



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1



ANNÉE 2020

N°422

Dépistage systématique des violences faites aux femmes aux Urgences :

Freins et retour d'expérience des médecins urgentistes de Croix-Rousse

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

**Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 17/12/2020 à 18h**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

**LAWSON-BODY Lounis
Né le 12 Août 1993, à Saint-Etienne**

Sous la direction de Docteure LABEYE Vanessa

REMERCIEMENTS :

Aux membres du Jury,

Au Professeur TAZAROURTE Karim, je vous suis extrêmement reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi et de me faire l'honneur de présider mon Jury de thèse. Merci d'être autant disponible et d'organiser autant de choses pour que notre formation soit la meilleure. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Professeur CALENDER Alain, je vous remercie profondément de faire partie de mon jury de thèse. Je vous exprime toute ma gratitude d'avoir répondu présent en ce jour si important. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur HOT Arnaud, je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir répondu présent pour faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur FANTON Laurent, c'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de juger mon travail et apportiez votre expertise dans le domaine de la médecine légale. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur LABEYE, je te suis extrêmement reconnaissant de m'avoir soutenu dans ce sujet qui me tient à cœur. Merci pour ta disponibilité, ta confiance, ton aide pour ce travail de thèse. C'est un vrai plaisir d'avoir pu travailler avec toi.

A ma mère, à qui je dois absolument tout. On a vécu plein de choses et je ne te serai jamais assez reconnaissant d'avoir été aussi forte et exceptionnelle. Sans toi, je n'aurai jamais pu en arriver là où j'en suis. T'es la meilleure et je ne te le dis pas assez mais je t'aime de tout mon cœur.

A mon père, merci d'avoir été un soutien pour moi dans toutes les circonstances, une figure paternelle à laquelle je tiens énormément. Tu m'as appris tellement de choses.

A mes sœurs, Kinsa, Anya, Hanaé, je me revois encore en train de vous donner le biberon, et maintenant vous êtes déjà grandes et vous me faites sentir vieux avec vos Tiktok et Cie... Je me rappelle une fois lors de ma première année où j'ai failli tout arrêter, et j'ai pensé à vous et ça m'a donné la force de continuer et de ne rien lâcher. Vous êtes vraiment les meilleures sœurs du monde !! Retenez une seule chose dans votre vie, soyez heureuses, ayez confiance en vous. Je vous aime.

A Pépé et Mémé, vous êtes des grands-parents en or, je vous en ai fait voir de toutes les couleurs avec mes caprices, mais c'est aussi grâce (ou à cause) de ça que je suis devenu une diva. Votre petit-fils est enfin Docteur.

A mes tantes, Zouzou, Zaza, Nana, Gugu, mes "deuxièmes mères" qui m'ont vu grandir et qui m'ont toujours soutenues. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir transmis toute votre ouverture d'esprit. Entre Zaza qui coupe mon cordon, Zouzou chez qui j'ai passé une grande partie de mon enfance, Nana une vraie confidente à qui on peut tout dire, Gugu la sorcière devenue l'accompagnante d'un de mes meilleurs voyages et qui me soutient dans toutes mes décisions (tu m'as tout appris dans le mélodramatique !).

A la grosse Neness, Silia, Aly, vous êtes mes deuxièmes frères et sœurs avec qui j'ai passé toute mon enfance. Que des bons souvenirs avec vous. Love you.

A Saïd, comment ne pas te citer dans ma thèse, un sacré phénomène avec qui on passe toujours un bon moment.

A tout le reste de ma famille, je ne pouvais pas tous vous citer, mais merci pour tout.

A Maeva, je ne sais même pas par quoi commencer tellement tu comptes pour moi. Quand on se dit qu'on est jumeau ce n'est pas pour rien. Je sais que je peux tout te dire, tout te confier, être moi-même à 100% et rien que pour ça, merci.

A Marine, tu me supportes depuis la première année donc déjà bravo. Merci d'être toujours là pour me soutenir, m'écouter et de me recentrer sur le droit chemin quand j'en dévie. Merci d'avoir pris autant de fois ta boîte de lentilles, la fameuse.

A ma Fanette, ma colocataire pendant toutes ces années d'externat, qu'est-ce qu'on a pu rigoler et en faire des conneries. Grâce à toi, j'ai vécu ma meilleure vie.

A Quentin, mon meilleur ami, mon confident, celui qui est toujours là pour moi, celui qui m'a toujours soutenu. Tellement de voyages et de belles choses passées avec toi. Merci pour tout mon gros !

A Pierre, mon frère d'ours, même si tu ne me réponds jamais, c'est toujours un plaisir de te revoir et de passer du temps avec toi. En souvenir de toutes nos vacances à Majorque, Berlin, Thaïlande, Bandol, c'était le feu !

A Laure, celle que je connais depuis le collège, je me revois encore nous serrer dans les bras quand on a vu nos classements de première année, t'as été un énorme soutien. Hâte de te retrouver dans les îles et qu'on revive un safari bis.

A tous ceux de médecine ou non, Yves, la petite V, Valou, mon gros Dridri, Mismett, Vas, Benj, Emma, Pablo, Clarisse, Agathe, Léonard pour toutes ces années d'externat et d'internat de dur labeur, mais qu'est-ce qu'on a pu rire !
Je n'oublie bien sûr pas celle qui fait partie de la Team Aya, Monsieur Chovet, la best et ma petite Tiff avec qui j'ai fait les 400 coups.

A Marion et Agnès, mes deux plus belles rencontres du premier semestre. Quand on nous dit que les rencontres du premier semestre on les garde, ce n'est pas pour rien. J'adore discuter avec vous, échanger sur pleins de sujets, votre ouverture d'esprit fait du bien et je vous en remercie.

A Clem, Lulu, Juju, mon gros Thibaut, les meilleurs cointernes ever, c'est toujours un plaisir d'être avec vous, trop de choses à vous dire mais je vous aime trop !! Je suis trop content de vous avoir rencontré.

A mes collocs, Marine, Christelle, Oriane, j'ai quand même vécu ma meilleure vie avec vous et ça ce n'est pas rien. Je vous kiff les bitches !

A toutes mes belles rencontres de Marseille, Popsy qui a intérêt de vite revenir nous rejoindre à Lyon, Juliette, Gab, Alex, et mes cointernes Barbabitch qui va trop me manquer, Gregibitch alias Miranda la meilleure cadre, Jim, Julien, Dark Clem et Camille.

Jules et Astrid, déjà trois ans qu'on se connaît, vous allez me manquer !

A Charlotte, Audrey, Jennifer, Louise les stars qui m'ont rendu la vie meilleure dans l'enfer de Valence.

A toute la famille de Manon, ses parents Nathalie et Serge, Stéphane et Florence, Romain Pauline et mon petit baby chat Achille, Pipoune, Camille et Germain, merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille dans laquelle je me sens très bien.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat, notamment ceux de Croix Rousse qui m'ont eu en tant que bébé interne et qui m'ont fait me sentir à l'aise dès le début et au grand Dr WATELET, qui m'a toujours soutenu durant mon internat. Je tiens à remercier le DR LEGE sans qui j'aurai pu faire ce sujet de thèse qui me tient à cœur.

Le meilleur pour la fin.

A Manon, je pourrai écrire des pages entières pour parler de toi et du bien que tu m'apportes. Une histoire qui commence il y a maintenant 10 ans par une belle histoire d'amitié et qui se poursuit par une belle histoire d'amour. Je n'aurai jamais pensé pouvoir me dévoiler et être autant moi-même avec quelqu'un, et ça c'est grâce à toi. Au-delà de l'image du dragon aigri mélodramatique que j'adore jouer, je ne te remercierai jamais assez de me laisser être ce que je suis vraiment, de m'accepter comme je suis et tu sais à quel point c'est important pour moi. Hâte de continuer à faire plein de choses avec toi, on a encore énormément d'aventures à vivre ensemble.

Je t'aime.

Merci à tous d'avoir été là pour moi, c'est grâce à vous que j'ai pu écrire cette thèse, sur un sujet qui me tient à cœur.

And never forget, BeYourself, BeYoncé.

Je vous aime.

King L.

LISTE DES ABREVIATIONS :

VIFF-SOS Femmes : Villeurbanne Information Femmes Famille- **SOS Femmes**

CEDAW : Convention for the **E**limination of **D**iscriminations **A**gainst **W**omen

ONU : **O**rganisations des **N**ations **U**nies

ENVEFF : **E**nquête **N**ationale sur les **V**iolences **E**nvers les **F**emmes en **F**rance

MIPROF : **M**ission **I**nterministérielle pour la **P**rotection des **F**emmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

AGIR : **A**ssociation **G**ay et lesbienne **I**ntersportive **R**ochelaise

LGBTQIA+ : **L**esbiennes, **g**ays, **b**isexuelles, **t**rans, **q**ueers, **i**ntersexes et **a**sexuelles

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

INSEE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **É**tudes **É**conomiques

HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté

USPSTF : **U**nited **S**tates **P**reventive **S**ervices **T**ask **F**orce

SNU : **S**ervice **N**ational **U**niversel

RESUVal : **R**éseau des **U**rgences de la **V**allée du **R**hône

CIM-10 : **C**lassification **I**nternationale des **M**aladies - **10**ème révision

RMM : **R**evue **M**orbi **M**ortalité

ANAES : **A**gence **N**ationale d'**A**ccréditation et d'**É**valuation en **S**anté

DIM : **D**épartement d'**I**nformation **M**édicale

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	3
1. Historique	4
2. Quelles sont les différences avec les couples homosexuels cis et transgenre, et hétérosexuels transgenre ?	6
3. Définition des violences faites aux femmes	7
4. Les étapes de la violence conjugale	8
5. Les différentes formes de violences	9
6. Les conséquences sur la santé	10
7. Epidémiologie	10
8. Quelles sont les évolutions positives ayant eu lieu au cours des différentes époques, et lesquelles ont conduit aux modifications des lois actuelles ?	12
9. Recommandations HAS : ces recommandations sont axées sur le repérage des femmes victimes et le dépistage systématique	15
10. Santé publique	17
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	18
III. RÉSULTATS	21
A. Premier questionnaire : LE POINT DE DÉPART	21
1. Epidémiologie	21
2. Etude des pratiques	21
3. Les freins au dépistage	21
4. Les ambitions et perspectives d'évolution	22
B. Deuxième questionnaire : ÉVOLUTION APRÈS SENSIBILISATION	22
1. Mise en pratique des recommandations et modifications des pratiques	22
2. Vécu psychologique du dépistage	23
3. Les bienfaits du dépistage	23
4. Les modes de communication et d'information qui fonctionnent	23
IV. DISCUSSION	25
1. Les limites de l'étude	25
2. Les points positifs	25
3. Analyse des principaux résultats	25
• Etat des connaissances sur le dépistage systématique	26
• Etat des lieux des pratiques de prise en charge	26
• Les obstacles au dépistage systématique et à la prise en charge des violences faites aux femmes	26
• Bénéfices de la formation et de l'information par les différents outils proposés	27
• Avis sur le dépistage systématique et freins persistants	27
• Les moyens de communication les plus influents et qui fonctionnent	27
4. Discussion des résultats suite à une comparaison avec les données de la littérature	28
• Un dépistage systématique pour n'omettre aucune femme	28
• Les freins liés au dépistage systématique	29
• Un dépistage systématique, prélude d'une sortie de l'emprise	29
• Comment informer de manière pertinente pour entraîner des changements de pratiques ?	30
5. Les perspectives	30
V. CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXE 1 : Questionnaire numéro 1	41
ANNEXE 2 : Questionnaire numéro 2	44
ANNEXE 3 : Brochure d'informations des femmes	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXE 4 : Arbre décisionnel

Erreur ! Signet non défini.

I. INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont des actes et un fléau anciens, constants, perpétuels et ce, mondialement. Les définir comme une simple entité est impossible et serait simpliste. En effet, les violences faites aux femmes entrent dans une globalité historique, sociale, politique, psychologique, judiciaire et médicale. C'est un réel enjeu de santé publique.

Dans un premier temps, nous allons revoir l'historique et l'évolution de ces violences au cours du temps pour essayer de comprendre l'origine et la cause de ces dernières. Puis, grâce à un état des lieux national analysant le mécanisme et l'épidémiologie terrifiante, de ces violences, nous aborderons les conséquences politiques, judiciaires et médicales engendrées.

En effet, des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé éditées en Juin 2019, concernant le dépistage systématique des violences faites aux femmes, m'ont donné l'envie de réaliser une thèse appliquée aux urgences.

Nous sommes partis du postulat que les médecins urgentistes auraient des freins à réaliser ce dépistage systématique, comme le recommande l'HAS. L'abord de possibles violences, lors d'un entretien médical aux urgences, qui sera réalisé au même titre que la recherche d'antécédents médicaux ou d'allergies, ne semble pas si évident, et notamment un des freins supposé était de penser que les médecins urgentistes ne connaissent pas tous la conduite à tenir en cas de dépistage positif. Le travail a initialement consisté à faire un état des lieux de leurs connaissances et de leurs réticences. Nous avons répondu à cela par la création d'outils et de moyens dans le service des urgences de Croix Rousse, répondant à leur attente. Enfin, après une période d'essai du dépistage systématique des violences, nous avons recueilli leur ressenti et leur retour d'expérience afin de pouvoir poursuivre ce dépistage de la manière la plus systématique possible, dans le contexte de l'urgence.

Le but de cette thèse était d'effectuer un protocole de prise en charge des femmes victimes de violence, de pouvoir les orienter au mieux, ainsi que d'évaluer le ressenti des médecins sur ce dépistage aux urgences.

1. Historique :

Les violences faites aux femmes sont tristement anciennes, et se perpétuent au quotidien à notre époque. Les femmes ont souvent été dénigrées et sujettes à des violences de toutes formes au cours de l'histoire.

En 343 av. J.-C., Aristote expose sa « théorie » qui consiste à considérer que le fœtus masculin se dotait d'une âme au bout de 40 jours contre 90 pour le fœtus féminin (1).

Par la suite, on assiste à l'avènement de la religion judéo chrétienne et d'une Sainte Trinité qui omet d'inclure les femmes (le Père, le Fils et le Saint Esprit).

On peut également citer au Moyen-âge, les "Coutumes de Beauvaisis", rédigées par le juriconsulte Philippe de Beaumanoir au XIIIe siècle, qui autorisaient le mari à battre une épouse désobéissante. Dans ce contexte, se développent des fabliaux violents qui ont pour but de faire rire. Un fabliau du XIIIe siècle, Des Tresses, attribué à un certain Garin raconte : « Il n'eut pas à aller loin pour chercher un bâton, car il en avait deux à son chevet. Alors il la saisit par les cheveux (...) L'autre qui tremble de terreur, n'ose crier mais elle est affolée (...) et le bourgeois la régale de coups d'un côté et de l'autre, sans faire semblant, au point qu'il pense l'avoir tuée. » (2).

Au XVIe et XVIIe siècles, entre 50 000 et 200 000 exécutions de femmes, définies comme des "sorcières", ont été perpétrées en Europe. C'est en décembre 1484, qu'une lettre patente du Pape, autorise l'Inquisition à mener une chasse cruelle contre les hérétiques. Les coupables sont bien souvent des femmes ayant une opinion sortant du cadre, en dehors de ce qui est généralement admis dans les domaines de la pensée, de la connaissance, de la religion (3).

Lors de la révolution française et au XIXème siècle, les premières féministes sont malmenées. Après l'exécution d'Olympe de Gouges, pionnière du féminisme français, le procureur de la commune de Paris, Pierre-Gaspard Chaumette la traite de « femme-homme » et précise dans son tristement célèbre discours : « vous sentirez que vous ne serez vraiment intéressantes et dignes d'estime que lorsque vous serez

ce que la nature a voulu que vous fussiez. Nous voulons que les femmes soient respectées, c'est pourquoi nous les forcerons à se respecter elles-mêmes. »

Au début du XXème siècle, de nombreux théoriciens considèrent encore les femmes comme des êtres inférieurs, Sigmund Freud à l'influence certaine et encore importante à l'heure actuelle, exprime clairement dans ses différents écrits, ses idées préconçues et négatives vis à vis des femmes : « l'infériorité sexuelle originelle », « l'infériorité intellectuelle », « une conscience morale plus faible » (4).

Au XXIème siècle, certains rapports de sociologie expliquent que la domination masculine, inculquée dès la plus tendre enfance aux jeunes garçons, pourrait être le terreau des violences conjugales (5). En effet, les agressions sont légitimées par l'idéologie sexiste de domination, dont les stéréotypes assignent des rôles différents, et clairement hiérarchiques, aux personnes de sexe féminin et masculin.

Lorsque l'on voit que le tiers des femmes de la planète ont déjà été victimes de violence physique ou sexuelle, il est légitime de se poser la question des rapports de genre dans les violences conjugales (6).

L'homosocialité masculine est un apprentissage très orienté dès la maternelle. Dans de nombreux milieux et dans la grande majorité des pays du monde, le garçon doit être viril, la toute puissance masculine est glorifiée, la misogynie et l'homophobie sont de mise, afin de dissiper une tension due à une société où l'on prône l'**hétéronormativité**. Tout cela est soutenu par le **patriarcat** qui organise la société, ce qui peut pénaliser aussi les hommes victimes de violences de la part de leur femme, la honte qu'ils ressentent pouvant limiter leur demande d'aide (7).

Tous ces exemples, parmi tant d'autres, permettent d'illustrer l'inégalité entre les hommes et les femmes, la **domination masculine** étant perpétuée de siècles en siècles. Il est donc peu étonnant que dans les violences conjugales les femmes soient majoritairement les victimes. Bien entendu, les violences ne sont pas entièrement réductibles à la domination masculine. A ce propos, des enquêtes réalisées sur les couples gays et lesbiens montrent que les violences sont les mêmes dans les couples hétéro- et homosexuels.

2. Quelles sont les différences avec les couples homosexuels cis et transgenre, et hétérosexuels transgenre ? :

En France, une lesbienne sur dix aurait déjà été victime de violences conjugales. Pourtant, le pays ne comptait qu'une seule association dédiée spécifiquement à ce problème, qui n'est actuellement plus active aujourd'hui. L'association AGIR révélait en 2013 que 11 % des lesbiennes, et 20 % des bisexuelles ont déclaré avoir été déjà victimes de violences conjugales et seulement 3 % d'entre elles ont porté plainte (8). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce manque de dépistage, informations :

- crainte de réactions homophobes de la part des policiers et des professionnels de santé,
- invisibilisation de cette question (comme de toutes celles liées à la santé des lesbiennes),
- clichés sur les couples de femmes (9), vu comme parfaitement égaux et fondés sur la douceur et peut-être aussi,
- la volonté du milieu de ne pas alimenter une vision négative des couples de même sexe.

Pourtant, les violences conjugales existent aussi chez les couples homosexuels, qu'ils ou elles soient **cis** (genre ressenti d'une personne qui correspond au sexe assigné à sa naissance) ou **trans** (genre ressenti d'une personne qui ne correspond pas au sexe assigné à sa naissance), et chez les couples hétérosexuels transgenre. Malheureusement, toutes les études concernant les "femmes" sont uniquement centrées sur les femmes cisgenre et oublient donc toutes les femmes transgenre, ce qui biaise les études, minimise les chiffres et fausse les données épidémiologiques.

Les violences conjugales dans les couples homosexuels cis/transgenre et hétérosexuels transgenres présentent des caractéristiques communes aux violences dans les couples hétérosexuels cisgenre (cycle de la violence apparent, formes de violences et conséquences identiques). Mais des particularités méritent d'être soulignées.

- La menace « d'outing » c'est-à-dire de révéler l'orientation sexuelle, comme un moyen de chantage et de menace.
- Peur de subir des LGBTphobies de la part des institutions et associations non spécialisées sur les thématiques LGBT
- Réticence à dévoiler son orientation sexuelle ou identité de genre : selon le parcours de chacun(e).
- Peur d'amener du discrédit sur la « communauté LGBT ».

Les violences domestiques ne touchent pas que les couples hétérosexuels cisgenre et les femmes n'en sont pas les seules victimes. La moitié des hommes gays sont eux aussi soumis à des abus en tout genre au sein de leur couple. La première étude à s'être intéressée à cette question a été publiée dans la revue *American Journal of Men's Health*. Parmi les 320 hommes suivis (160 couples) en 2018 par l'Université du Michigan, 46% déclarent avoir subi des violences morales ou physiques au cours de l'année précédente (10). Rob Stephenson, directeur du Centre sur les Disparités Sexuelles et Médicales, déclare que "nous sommes bloqués avec la représentation mentale d'une violence domestique perpétrée par un bourreau masculin sur une victime féminine. Même si cela existe, il y a d'autres formes de violences domestiques dans tous les types de relations" (11).

3. Définition des violences faites aux femmes :

La définition des violences faites aux femmes, adoptée par la France est celle de la convention européenne, dite convention d'Istanbul (ratifiée le 4 juillet 2014 entrée en vigueur le 1 novembre 2014) : (12)

« La violence à l'égard des femmes doit être comprise comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée ».

« Reconnaissant avec une profonde préoccupation que les femmes et les filles sont souvent exposées à des formes graves de violence telles que la violence domestique, le harcèlement sexuel, le viol, le mariage forcé, les crimes commis au nom du prétendu « honneur » et les mutilations génitales, lesquelles constituent une violation grave des droits humains des femmes et des filles et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes »

« La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation»

On parle de « violence conjugale » lorsque le rapport de force est asymétrique, contrairement au conflit conjugal, qui est égalitaire (13).

4. Les étapes de la violence conjugale : (14)

Bien souvent la violence est récurrente, cumulative, s'accélère et s'aggrave dans le temps, ce qui rend le dépistage systématique si important.

La violence n'est pas présente en continu dans le couple, elle est intermittente et répétitive. Elle peut intervenir par crises entrecoupées de périodes d'accalmie. Puis, les phases se rapprochent et s'intensifient en termes de gravité.

❖ La première étape est l'**escalade de la violence**.

C'est un climat de tension instauré par l'auteur des violences par des comportements désagréables : plaintes, accusations contre les agissements de la victime, gestes brusques, irritabilité. La victime est anxieuse et un sentiment d'insécurité s'établit progressivement, malgré les tentatives de détente de l'atmosphère.

❖ La deuxième étape est l'**explosion de la violence** définie par des actes de violence verbale, psychologique, physique, sexuelle ou économique de la part de l'auteur. La victime se sent alors humiliée, triste, honteuse.

- ❖ La troisième étape est la **justification**. L'auteur s'excuse et se justifie par des événements extérieurs ou par les actions de la victime elle-même, pour se dédouaner et minimiser son geste, le tout en rendant la victime coupable. La femme maltraitée est alors entraînée dans un cercle vicieux où elle se sent responsable de son malheur, convaincue de ses torts. L'auteur pense ainsi pouvoir l'influencer une nouvelle fois si la situation se représentait.
- ❖ Enfin, la quatrième étape est appelée la **lune de miel**. La victime est touchée par les promesses de l'auteur qui a réussi à se faire pardonner. Elle est dans l'espoir d'un changement.

5. Les différentes formes de violences : (15)

Il existe différentes formes de violences au sein du couple :

- Les violences **verbales** (injures, cris, menaces) sont le plus souvent banalisées par la victime. Elles accompagnent souvent les autres formes de violences.
- Les violences **physiques** (bousculades, morsures, coups avec ou sans objet, brûlures, strangulations, séquestrations) en général sur les zones saillantes, contrairement aux blessures accidentelles.
- Les violences **psychologiques** (intimidations, humiliations, dévalorisations, chantages affectifs, interdiction de fréquenter des amis ou la famille) sont destinées à dévaloriser la victime, en la privant de son autonomie et à la convaincre de son infériorité.
- Les violences **sexuelles** (pratiques imposées, viols, agressions sexuelles) sont les plus souvent peu reconnues par les victimes (16).
- Les violences **économiques** (contrôle des dépenses, des moyens de paiement, interdiction de travailler) visent à priver la victime de toutes possibilités d'autonomie financière, ce qui accentue son isolement.
- Les violences **sur la parentalité** s'expriment par la dévalorisation sur le rôle de mère, enlèvement, infanticide dans l'unique but que la mère perde le respect de ses enfants.
- La violence peut aussi se développer au moyen de confiscation de documents (passeport, livret de famille, carte d'identité, carte vitale...).

6. Les conséquences sur la santé : (17)

- Conséquences **psychologiques** : (18) Etat dépressif avec suicide, état de stress post traumatique, troubles anxieux, troubles de l'estime de soi, une dévalorisation, une peur des représailles, une honte, culpabilité, minimisation des violences, angoisse des obstacles qu'engendrerait la séparation, épisodes de dépersonnalisation, confusion, dits de dissociation.
- Conséquences **physiques** : (19) Fractures, hématomes, atteintes oculaires, ORL, neurologiques par traumatisme crânien, bucco-dentaires, douleurs chroniques, céphalées, dyspareunie, dysménorrhées, pathologie obstétricales (avortement, prématurité, menace d'accouchement prématuré, décollement placentaire, rupture des membranes, hypotrophie fœtale), infections sexuellement transmissibles, grossesse non désirée (viol).
Chez les victimes d'évènements de vie traumatisants dans l'enfance, les traumatismes constituent un facteur de risque de diverses maladies (combiné à une fragilité de terrain) : tabac*2, dépression*4,6... (20).
- Conséquences **sociales** : Difficultés scolaires, familiales, relationnelles, judiciaires, professionnelles.

D'un point de vue **neurobiologique**, lorsqu'une personne est exposée à une violence, l'évènement crée un stress parfois extrême et une réponse émotionnelle incontrôlable. Le cerveau va alors sécréter des substances « ketamine-like » et des endorphines, entraînant un état dissociatif et des troubles de la mémoire (21).

Ainsi, une personne victime de violence peut sembler confuse, avoir des propos contradictoires ou surprenants. Le praticien doit avoir cette notion pour gérer la situation de manière adéquate.

7. Epidémiologie : (22)

Selon le *Ministère de l'intérieur* (23) :

- **130 femmes ont été tuées** par leur (ex)-partenaire, soit **une femme tous les 2,8 jours**.
- 21 hommes ont été tués par leur (ex)-partenaire. Parmi eux, 11 étaient auteurs de violences.
- 25 enfants mineurs ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple.

Selon l'*INSEE* (24) :

- 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Près de la moitié des victimes n'a fait aucune démarche auprès d'un.e professionnel.le ou d'une association.
- 112 000 victimes de violences ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie, **88% sont des femmes**.(25)

Selon le *Ministère de la Justice* (26) :

- Près de 70 000 auteurs présumés ont été impliqués dans des affaires de violences entre partenaires traitées par les parquets en 2017 et 23 900 ont fait l'objet de poursuites.
- 17 600 auteurs ont été condamnés pour des violences sur leur partenaire ou ex-partenaire dont **96 % d'hommes**.

Concernant les violences sexuelles :

- **94 000 femmes** majeures déclarent avoir été victimes de **viols** et/ou de tentatives de viol sur une année et seulement 1 victime sur 10 déclare avoir déposé plainte.
- 42 000 victimes mineures et majeures de violences sexuelles ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie dont **86% de femmes** (27).
- **Plus de la moitié** des victimes de **violences sexuelles** connues des forces de sécurité sont **mineures**.

- Près de 33 000 auteurs présumés ont été impliqués dans des affaires de violences sexuelles (viols, agressions sexuelles et harcèlement sexuel sur personnes mineures et majeures) traitées par les parquets en 2017 (28).
- 5 700 auteurs ont été **condamnés** pour des **violences sexuelles (99 % sont des hommes)**

Depuis le mois d'octobre 2017 et le début du **mouvement #MeToo**, le nombre de victimes de violences sexuelles (viols, agressions sexuelles et harcèlement sexuel sur personnes mineures et majeures) enregistrées sur une année par les forces de sécurité a **augmenté de 23 %**.

8. Quelles sont les évolutions positives ayant eu lieu au cours des différentes époques, et lesquelles ont conduit aux modifications des lois actuelles ? :

Au XVIIIème siècle, le Duc De Condorcet lutte pour les droits des femmes, en expliquant comment elles ont été infériorisées et interdites d'instruction. Il appelle à la mise en cohérence des idéaux humanistes avec les droits des femmes (29).

En 1975, l'article rouge du Code Pénal (article 324) est abrogé. Ce dernier excusait le meurtre commis par un conjoint sur son épouse surprise en flagrant délit d'adultère (crime passionnel) (30).

Les mouvements féministes des années 70 ont entrepris la création des premières associations contre les violences faites aux femmes : SOS Femmes Alternatives qui a créé des structures d'hébergement, VIFF-SOS Femmes à Villeurbanne et le Foyer Louise-Labé à Paris.

En 1979, la CEDAW (Convention for the Elimination of Discriminations Against Women) stipule dans son article 10, que les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer les discriminations à l'égard des femmes, notamment en éliminant tous les stéréotypes sexistes à tous les niveaux et dans toutes les formes d'enseignement (31).

En 1985, la loi instaure l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux, dans la gestion des biens et la responsabilité des enfants mineurs (32).

En 1993, la Conférence Mondiale du Caire sur les droits humains souligne que les violations les plus fréquentes sont les violences faites aux femmes.

En 1995, l'ONU organise la Conférence Mondiale des Femmes à Pékin, qui conclut que « la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiques, qui ont abouti à la domination des hommes sur les femmes et à la discrimination » (33).

En réponse à la conférence de Pékin, l'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) a été réalisée en 2000 et a permis de montrer l'ampleur des violences, et notamment, fait important pour leur dépistage, la présence de ces violences dans tous les milieux sociaux (34).

En France, plusieurs plans ont été élaborés pour lutter contre les violences faites aux femmes : (35)

- Le premier plan se divise en dix mesures pour assurer une meilleure protection juridique des femmes, et moderniser l'action publique par le renforcement des partenariats et la mise en cohérence des interventions.
- Le plan 2008-2010 présente douze objectifs qui confortent les mesures mises en œuvre précédemment et qui corroborent de nouvelles actions en direction de l'entourage des victimes.
- Le plan 2011-2013 s'intéresse aux violences intra familiales, mariages forcés, violences sexistes, sexuelles et la traite des êtres humains.
- Le plan 2014-2016 a pour but qu'aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse, les victimes doivent être protégées. En Novembre 2012, la création de la MIPROF (Mission Interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) a été décidée. **Une circulaire du 25 novembre 2015 est relative à la mise en place dans les services d'urgence de référents sur les violences faites aux femmes, chargé de sensibiliser le personnel de ces services et d'identifier des partenaires utiles** (36).
- Le plan 2017-2019 doit concéder à toutes les victimes l'accès à leur droit, d'être protégées, accompagnées pour sortir des violences et se reconstruire (37).

Devant l'urgence et le nombre croissant de décès par an de femmes victimes de violence, le Gouvernement organise le **premier Grenelle contre les violences conjugales**. Ce processus débute le 03 septembre 2019 (symboliquement pour la ligne d'appel d'urgence des femmes victimes de violences) et se termine le 25 novembre 2019, journée internationale contre la violence à l'égard des femmes (38).

Afin de protéger les femmes au maximum, plusieurs mesures ont été prises (39) :

- 1000 nouvelles places d'hébergement et de logement temporaires à partir du 1^{er} janvier 2020 ;
- L'accès des femmes victimes à la garantie locative (caution gratuite accordée au locataire par Action Logement) ;
- Lancement d'une plateforme de géolocalisation afin d'identifier rapidement les places d'hébergements réservés disponible à proximité ;
- Un dispositif électronique anti-rapprochement dans les 48H après le prononcé de la mesure dans le cadre d'une ordonnance de protection ou d'un contrôle judiciaire ;
- Lancement d'un audit de 400 commissariats et gendarmeries, ciblé sur l'accueil de plus de 500 femmes victimes de violences, pour détecter des dysfonctionnements ;
- Généralisation de la possibilité de déposer plainte dans les hôpitaux ;
- Mise en place suite à chaque féminicide d'un retour d'expérience ;
- Possibilité de suspendre ou d'aménager l'exercice de l'autorité parentale directement par le juge pénal ;
- Formation des encadrants et volontaires du Service National Universel (SNU) ;
- Formation obligatoire de tous les professionnels de l'éducation ;
- Diagnostic sur l'état des relations filles-garçons et du sexisme dans chaque établissement ;
- 3919 étendu en 24h/24 et 7j/7 ainsi qu'une meilleure coordination entre le 115 et le 3919 ;
- Création d'une circonstance aggravante pour suicide forcé et inscription de la notion d'emprise dans la loi ;
- Objectif d'ouvrir dans toute la France des centres de prise en charge des auteurs ;

Le Premier ministre a notamment déclaré le 25 novembre 2019 : « Une des premières réussites du Grenelle des violences conjugales a été de briser la chaîne du silence et de libérer la parole des victimes et de leurs proches, des associations, des institutions, des experts, des policiers, des magistrats ».

Une des grandes avancées judiciaires concerne le **secret médical** sur le cadre pénal. Jusqu'à présent, nous étions dépositaires d'un secret médical du fait de notre profession comme l'indique l'article 226-13 du Code Pénal (40) : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende". Aucun signalement n'était possible si la personne était opposée.

Avant juillet 2020, lever le secret n'était possible qu'en cas de violences sur mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son incapacité physique ou psychique. Lever le secret était également possible en cas de caractère dangereux pour la personne ou pour autrui (détention d'arme ou la manifestation d'en acquérir une).

La loi du 30 juillet 2020, l'article 226-14 du Code Pénal (41) précise que le secret médical est toujours impératif, mais la loi introduit une nuance importante, on peut néanmoins déroger au secret médical : **si on estime que les violences mettent en danger immédiat la victime majeure 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 doit toujours s'efforcer d'avoir l'accord de la victime et si on décide de passer outre, il faut également l'informer du signalement au Procureur de la République.

Les démarches entreprises et les informations données à la patiente seront, autant que possible, inscrites dans le dossier médical.

9. **Recommandations HAS** : ces recommandations sont axées sur le repérage des femmes victimes et le dépistage systématique

Certaines revues systématiques des années 2000 n'ont pas trouvé de preuves suffisantes pour préconiser un dépistage systématique, car la preuve statistique d'une amélioration de la santé des femmes ou de la diminution de la fréquence des actes était insuffisante (42) (43).

En 2013, le rapport de l'OMS ne préconise pas le dépistage systématique des femmes victimes de violences. Dépister systématiquement augmente l'identification des femmes victimes de violences mais ne semble pas réduire la violence exercée par le partenaire et l'influence positive sur la santé des femmes n'est pas totalement prouvée (44).

Une revue systématique, publiée en 2012 aux Etats Unis (45), sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales s'intéresse aux conséquences d'un dépistage systématique, et recherche les éventuels effets négatifs de ces violences, ainsi que les outils utilisés. Elle s'est notamment basée sur un essai randomisé (46), portant sur 6743 femmes, et conclut, à la suite d'un dépistage systématique, à une réduction des épisodes de violences, des symptômes de stress post-traumatique, des addictions à l'alcool, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie, de la dépression et de la santé mentale, mais sans différence significative.

Elle ne retrouve pas non plus de différences d'effets indésirables dans les suites de cette demande, dans les deux groupes.

Au vu de cela, l'USPSTF (U.S Preventive Services Task Force) a donc préconisé un repérage auprès de toutes les femmes en âge de procréer, devant le risque faible d'effet indésirable de cette démarche. Aux Etats-Unis, plusieurs organismes (American Academy of Family Physicians, American Medical Association et American College of Obstetricians and Gynecologists) recommandent un dépistage systématique (47).

Les preuves restent tout de même modérées pour démontrer que le dépistage systématique augmente le nombre de patientes identifiées, au vue de la faible taille des études. Les données sont tout aussi insuffisantes pour démontrer la réduction des violences, ainsi que l'amélioration sur la qualité de vie et la santé physique et mentale des victimes.

Il est pourtant clair que le dépistage systématique présente de nombreux bénéfices. Les femmes peuvent parler, être écoutées et reconnues comme victimes et être mises en relation avec les différentes associations. **C'est pourquoi l'HAS publie en juin 2019, des recommandations de bonne pratique en préconisant le repérage systématique des femmes victimes de violences, même en l'absence de signes d'alerte, par une question simple, par exemple « avez-vous déjà subi des violences quelles qu'elles soient dans votre vie? », en expliquant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes compte tenu de la fréquence du risque.**

10. Santé publique : (48)

En 2013, l'OMS a conduit une étude avec pour ambition de mesurer les violences subies par les femmes et leurs impacts sur la santé à partir d'enquêtes produites dans plusieurs pays. Il en ressort que les femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime, ont une probabilité :

- deux fois plus élevée d'avoir des problèmes de consommation d'alcool, de dépression et de recours à l'avortement ;
- quatre fois et demi plus élevée de se suicider ;
- des conséquences négatives : physiques, psychologiques et somatiques, sociales.

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique puisque le coût global des seules violences conjugales en France est estimé à 3,6 milliards d'euros par an dont 290 millions pour le système de soins (49).

II. MATERIELS ET METHODES :

L'étude réalisée est une étude quantitative prospective monocentrique sur l'hôpital de la Croix Rousse, réalisée sur 24 médecins urgentistes du 27 octobre 2020 au 20 novembre 2020 inclus.

Le but de cette étude était d'effectuer un protocole de prise en charge des femmes victimes de violence et leur orientation ainsi que d'évaluer le ressenti des médecins sur le dépistage systématique.

Ce protocole a pu être réalisé en différentes étapes.

Dans un premier temps, un *questionnaire anonyme* (Annexe 1), constitué à l'aide des référentes des violences faites aux femmes des urgences de Croix Rousse : le Dr Lucie LEGE et le Dr Vanessa LABEYE) a été envoyé par mail aux médecins urgentistes du service des urgences, afin de recueillir les données épidémiologiques de la population interrogée et de vérifier l'adhérence au projet du dépistage systématique, tout en anticipant les freins possibles.

Pour que ce dépistage systématique puisse être réalisé, il a fallu *répondre aux freins des médecins* préalablement recueillis par le premier questionnaire.

La deuxième étape a consisté à la *création d'outils pratiques* afin d'améliorer la prise en charge des violences faites aux femmes. Ces derniers ont pu être créés grâce à de nombreuses réunions, avec entre autres les commissaires de police de Lyon, l'assistante sociale, les différentes associations Lyonnaises, l'équipe du RESUVal (Réseau des urgences de la vallée du Rhône), les médecins de Croix Rousse.

- Grâce à cela, une brochure informative (Annexe 3) destinée aux femmes victimes de violence a été conçue avec l'aide du RESUVal. Cette dernière propose principalement les différents numéros des associations de Lyon, préalablement consultées pour avoir leur accord, le mail de l'assistante sociale référente, ainsi que les numéros nationaux d'urgence comme le 3919, le numéro du secrétariat des urgences.

- Un arbre décisionnel (Annexe 4), destiné aux urgentistes, a été élaboré pour améliorer l'orientation et la prise en charge en fonction de la gravité, du jour et de l'heure d'arrivée de la patiente.
- Le numéro de téléphone de tous les commissariats en fonction de l'arrondissement du lieu des faits, et en fonction de l'horaire de prise en charge aux urgences a aussi été communiqué. Ces derniers ont été rencontrés pour faciliter les prises en charge des femmes victimes de violence, avec notamment la possibilité de porter plainte directement aux urgences, lorsque la situation est préoccupante.
- Une RMM de service a été organisée au cours de la même période, sur un cas de violence conjugale illustrant particulièrement la problématique, afin de présenter les outils déjà disponibles et de sensibiliser l'équipe à ces situations.
- Initialement des formations étaient prévues dans le service des urgences, mais, du fait du contexte sanitaire actuel, plusieurs diaporamas audio ont été envoyés par mail pour former et informer les médecins, notamment sur les avancées juridiques (réalisés à l'aide d'une juriste des HCL, Mme MANSUY) ou sur l'évaluation du danger et de l'emprise morale à l'aide des documents proposés par l'ordre des médecins et le RESUVal.
- Enfin, un médecin a sollicité tous les matins l'équipe médicale du jour, pour répondre à leurs questions, leur rapporter les évolutions législatives, les préconisations HAS et la présente thèse en cours dans le service.

Afin de réaliser le dépistage systématique des violences faites aux femmes à partir des urgences de la Croix Rousse, une question type, la plus simple et la plus efficace, déjà utilisée par plusieurs praticiens expérimentés, à été suggérée afin d'être utilisées au cours des consultations, par les urgentistes **“Avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie ?”**.

Ensuite, un code informatique CIM10 (classification internationale des maladies - 10ème révision) a été créé spécifiquement, avec l'équipe du DIM (Département d'Information Médicale), pour rapporter le diagnostic de violence conjugale, afin de permettre d'objectiver et de structurer ce diagnostic, évitant ainsi une disparité épidémiologique et rendant une étude de la population possible.

En accord avec l'assistante sociale, Mme BADIN, il a été convenu, lorsqu'une situation de violence se présentait, de la contacter par mail. Les patientes seront ainsi convoquées par l'assistante sociale, si elles y consentent.

Des outils sont créés dans le but de faire adhérer l'équipe à ce projet, et favoriser ainsi leur bonne utilisation. Cela a été réalisé par des méthodes de diffusions appropriées, reconnues et validées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (50).

Par la suite, une *période d'essai du dépistage systématique* a débuté le 27 octobre 2020 jusqu'au 20 novembre 2020 inclus.

Enfin, l'*adhésion de l'équipe médicale, l'évaluation de leur pratique professionnelle, leur ressenti et leur vécu* ont été évalués à posteriori à l'aide d'un nouveau questionnaire anonyme (Annexe 2) adressé par e-mail.

L'évaluation des pratiques professionnelles est réalisée selon la méthode de l'audit clinique (51), décrite par l'ANAES, qui consiste à mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique recommandée.

III. RÉSULTATS :

A. Premier questionnaire : LE POINT DE DÉPART :

- Epidémiologie :

Sur les 24 médecins interrogés, nous avons autant d'hommes que de femmes.

La moyenne d'âge est de 34.5 ans.

- Etude des pratiques :

Seulement 29,2% d'entre eux ont déjà été sensibilisés aux violences faites aux femmes (lors de congrès, DU..) et 87,5% se sentent incompetents.

Sur la question du dépistage systématique, pourtant préconisé par les recommandations HAS depuis 2019, le résultat est formel, aucun professionnel de santé ne le réalise.

Plus surprenant, 33,3% ne réalisent pas de dépistage même lorsque la situation semble très suspecte.

En cas de violences avérées :

- 50% des médecins donnent les coordonnées des associations existantes,
- 37,5% ne disposent pas des numéros des associations,
- 37,5% préviennent l'assistante sociale,
- aucun d'entre eux ne prévient les commissariats,
- 87,5% se contentent de lui délivrer un certificat coups et blessures.

66,7% des médecins urgentistes ne sont pas au courant qu'il existe un code CIM-10 permettant de côter les violences conjugales.

- Les freins au dépistage :

Ce dépistage systématique n'est jamais réalisé pour différentes raisons :

- 25% n'y ont jamais pensé,
- 54,2% manquent d'informations sur ce dépistage,
- 66,7% manquent de formations,
- 16,7% sont mal à l'aise pour poser la question et 8,3% pensent que les femmes seront mal à l'aise,

- 29,2% ne savent pas donner suite en cas de réponses positives,
- 12,5% pensent que ce n'est pas leur rôle d'urgentiste,
- 4% pensent que ce dépistage est inutile.

- Les ambitions et perspectives d'évolution :

Il est à noter que 95,8% des médecins urgentistes de Croix Rousse souhaitent faire évoluer leurs pratiques pour essayer de dépister les violences conjugales et tous souhaitent une formation pour s'améliorer.

66,7% seraient tout à fait d'accord pour appliquer le dépistage systématique si des recommandations officielles existaient, 29,2% sont assez d'accord et seulement un n'est pas du tout d'accord. 75% seraient tout à fait d'accord de l'appliquer s'ils étaient informés sur les bienfaits sur les femmes.

Si les coordonnées des commissariats étaient faciles d'accès, 54,2% sont tout à fait d'accord de les prévenir en cas de situations très préoccupantes, 33,3% sont assez d'accord, 8,3% ne sont plutôt pas d'accord.

79,2% sont favorables à signaler la situation de violence conjugale à l'assistante sociale par mail ou téléphone.

91,7% sont tout à fait d'accord pour distribuer une plaquette d'information avec les numéros les plus importants pour la victime afin de faciliter sa prise en charge.

83,3% des médecins étaient prêts à poser la question au même titre que les allergies ou antécédents.

B. Deuxième questionnaire : EVOLUTION APRÈS SENSIBILISATION :

Le deuxième questionnaire a permis d'évaluer les ressentis des médecins face à ce dépistage inhabituel et nouveau, ainsi qu'un retour d'expériences.

- Mise en pratique des recommandations et modifications des pratiques :

Sur les 24 médecins qui ont répondu à ce questionnaire, 70% ont participé au dépistage des violences conjugales auprès des patientes aux urgences. 15% d'entre eux ont posé la question entre 5 et 10 fois et 85% moins de 5 fois. Cela a été réalisé

dans 45% des cas de manière systématique et 55% en cas de points d'appels particuliers.

90% d'entre eux sont tout à fait d'accord ou d'accord de modifier leur pratique et ainsi d'introduire autant que possible le dépistage des violences conjugales dans leur prise en charge aux urgences. Cependant, le versant systématique est mitigé. 20% seraient tout à fait d'accord de le faire de manière systématique, 40% assez d'accord et 35% globalement pas d'accord. Cependant, 65% pensent que si le dépistage n'est pas réalisé de manière exhaustive, nombre de femmes ne seraient pas dépistées.

55% ont posé la question proposée "avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie?", et seulement 33,3% ont dû se justifier auprès des patientes.

- Vécu psychologique du dépistage :

D'un point de vue émotionnel personnel, 5% se sont sentis très à l'aise face à la question, 45% à l'aise, 39% moyennement à l'aise et 11% pas du tout à l'aise. En effet, 30% considèrent que poser cette question entraîne une charge psychique personnelle majeure et 40% pensent que cette charge psychique est moyenne.

- Les bienfaits du dépistage :

85% des médecins ont trouvé un bénéfice à ce dépistage. En effet, 60% d'entre eux ont été confrontés à des dépistages positifs et 37,5% ne s'y attendaient pas.

Initialement, certains médecins étaient réticents au dépistage systématique du fait d'un manque de formations, d'informations et d'outils en cas de dépistages positifs. Dorénavant, 85% pensent que les outils à disposition sont suffisants et 75% se sentent plus confiants dans la prise en charge des femmes victimes de violence.

- Les modes de communication et d'information qui fonctionnent :

Concernant les modalités de communication et les informations données aux professionnels de santé, qui ont conduit ou qui conduiront à changer leur pratique :

- les convictions personnelles sont citées dans 75%,
- la disponibilité des assistantes sociales et les réunions de service dans 65%,

- les supports papiers (arbre décisionnel, brochure destinées aux femmes) et l'étude d'un cas en revue de morbi mortalité dans 55%,
- l'évolution des mentalités et la facilité des liens avec les commissariats dans 50%,
- les recommandations HAS dans 45%.

Enfin, les médecins préfèrent dans 50% des cas être informés par mail, et l'autre moitié lors de réunions de service.

IV. DISCUSSION :

1. Les limites de l'étude :

Cette thèse présente un biais de recrutement. En effet, c'est une étude monocentrique réalisée sur les médecins urgentistes de la Croix Rousse.

La taille de l'échantillon ne repose que sur un petit nombre de médecins et tous n'ont pas encore franchi le cap de poser la question aux patientes.

Le ressenti des médecins quant au dépistage systématique n'a pu être évalué qu'après une courte période de 24 jours d'essai de dépistage.

On peut également évoquer le biais de désirabilité sociale défini par une motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne).

2. Les points positifs :

Cette étude prospective est intéressante dans le sens où elle est innovante. En effet, elle allie une analyse en amont des freins concernant le dépistage systématique, une formation et information des médecins pour répondre aux résistances, une période d'essai du dépistage puis une analyse du ressenti des médecins urgentistes. Il n'y a que très peu d'études réalisées aux urgences concernant le dépistage systématique des violences faites aux femmes. Plusieurs outils ont été utilisés sous différents formats, pour multiplier les chances d'adhésion du personnel. Les méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales sont des procédures validées par l'ANAES (50) et l'évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée selon le principe de l'audit clinique (51).

La majorité des médecins ont participé au dépistage des femmes victimes de violence.

3. Analyse des principaux résultats :

- Etat des connaissances sur le dépistage systématique :

Les médecins urgentistes sont globalement peu formés à la question des violences faites aux femmes, que ce soit au cours de leur étude ou de leur formation continue. En effet, moins d'un tiers a été sensibilisé à la question et pratiquement tous se sentent incompetents initialement. Aucun médecin n'était au courant des dernières recommandations HAS sur le dépistage systématique des femmes victimes de violences.

- Etat des lieux des pratiques de prise en charge :

Plus surprenant encore, non seulement aucun médecin ne réalise de dépistage, mais plus d'un tiers d'entre eux ne le réalisent pas même lorsque la situation semble suspecte. La grande majorité se contentait de délivrer un certificat coups et blessures à la patiente, seulement le tiers prévenait l'assistante sociale et la moitié donnait le numéro d'associations. Il était donc légitime d'intervenir en réalisant un protocole de prise en charge de ces femmes victimes. Ce qui était encourageant en débutant cette étude, c'est que tous souhaitaient être formés et prêts à changer leur pratique.

- Les obstacles au dépistage systématique et à la prise en charge des violences faites aux femmes :

Globalement, le facteur limitant principal à ce dépistage était la crainte du dépistage positif, avec l'incapacité à donner une suite cohérente et utile à la patiente par la suite. Tout cela est dû à un manque de formations et d'informations.

Questionner les patientes sur d'éventuelles violences subies était également limité par les croyances à propos du vécu des femmes à la suite de ces questionnements. Enfin, les médecins avaient des réticences plutôt d'ordre psychologique, personnelles en exprimant de la gêne et en se sentant peu à l'aise face à la question.

C'est pourquoi il a fallu, grâce à un travail multidisciplinaire, créer des outils, des fiches informatives, des arbres décisionnels pour former et informer les médecins en essayant de leur prouver le bénéfice de ce dépistage, préconisé par la Haute Autorité de Santé.

- Bénéfices de la formation et de l'information par les différents outils proposés :

Le positif de cette étude est notamment le fait que les trois quart des médecins se sentent plus confiants désormais dans la prise en charge des violences faites aux femmes, contre près de 90% qui se sentaient incompetents avant formations.

Ce qui est prometteur, c'est que sur une période de trois semaines, en posant la question des violences moins de 5 fois par médecins, pratiquement les trois quart ont été confrontés à des dépistages positifs et le tiers ne s'y attendaient pas.

Sachant qu'initialement le tiers des médecins ne posaient pas la question même en cas de fortes suspicions, la formation a permis que les trois quarts des médecins participent à ce dépistage, de manière systématique ou non. Pratiquement tous souhaitent modifier leur pratique et introduire le dépistage autant que possible dans la prise en charge de ces femmes. Le caractère systématique reste à discuter pour l'instant, le contexte de l'urgence, sa temporalité, ne s'y prêtant pas toujours.

- Avis sur le dépistage systématique et freins persistants :

De manière très contradictoire, un tiers des médecins n'est globalement pas d'accord de réaliser le dépistage systématique aux urgences, mais pratiquement les trois quarts pensent que si le caractère systématique n'est pas réalisé, un certain nombre de femmes seront négligées.

Cela peut s'expliquer par une charge psychique importante, d'autant plus que 85% trouvent que les outils apportés leur suffisent et 75% se sentent plus confiants dans la prise en charge.

La question de la charge de travail aux urgences, le manque de temps, la peur de choquer les femmes qui ne sont pas concernées ou encore le manque d'habitude sont des sujets qui ressortent et qui expliquent les freins demeurants. En effet, le dépistage systématique des femmes victimes de violences n'est pas une habitude pour les médecins urgentistes car c'est un sujet récent et peu connu.

- Les moyens de communication les plus influençants et qui fonctionnent :

Ce qui semble avoir été le plus décisif pour les médecins était la conviction personnelle du bienfait de ce dépistage. Leurs premiers pas ont été conduits aussi grâce à la

disponibilité des assistantes sociales, les supports papier (notamment la brochure à distribuer aux femmes regroupant les numéros les plus importants pour leur prise en charge), la RMM, la facilité des liens avec le commissariat et enfin les recommandations HAS.

Les médecins urgentistes de Croix Rouse paraissent préférer être informés par courriers électroniques ou lors de réunions de service.

4. Discussion des résultats suite à une comparaison avec les données de la littérature :

L'hôpital et notamment les services d'urgences sont un lieu clé de prise en charge des femmes victimes de violences, les urgentistes sont parfois même les premiers interlocuteurs. Le fait d'être face à un médecin impartial qu'elles ne connaissent pas, amoindri leur sentiment de honte (52).

Très peu d'études sur le dépistage systématique ont été réalisées aux urgences. Pourtant, les violences conjugales sont bien plus fréquentes que l'on pense.

- Un dépistage systématique pour n'omettre aucune femme :

Plus de la moitié des médecins urgentistes de la Croix Rouse pensent que si la question n'est pas posée de manière exhaustive, nombre de femmes ne seront pas dépistées.

Effectivement, une étude aux urgences de Poissy en 2008 (53), a montré que sur 100 patientes interrogées systématiquement, 74% avaient déjà vécu des violences conjugales.

Une autre étude réalisée aux urgences de Pau (54) a révélé que 56% ont subi des violences conjugales sur 282 femmes interrogées de manière systématique. L'intérêt du caractère systématique est aussi retrouvé dans cette même étude, car en effet, seulement deux patientes sur les 158 dépistées étaient venues pour "traumatisme suite à des violences conjugales".

Enfin, une étude réalisée aux urgences de Lens, retrouve 30,7% de victimes de violences conjugales au cours de leur vie sur 270 patientes incluses (55).

Aux urgences de Poitiers (56), 105 femmes ont été interrogées systématiquement, 43 étaient victimes de violences et seulement cinq consultaient pour des faits de violences.

Le dépistage systématique semble être bénéfique, efficace et serait même plébiscité par les femmes non victimes (57).

On retrouve la même chose en médecine générale où Gilles Lazimi a pu interroger 100 femmes en 2005 de manière systématique et 54% ont vécu des violences au cours de leur vie toutes causes confondues (58).

D'autres études ont permis de mettre en évidence les facteurs prédictifs ou les situations à risque permettant le dépistage ciblé aux urgences (59).

- Les freins liés au dépistage systématique :

Par la suite, plusieurs freins, dont le manque de formations sur la question, le sentiment d'incompétence retrouvés dans les réponses des urgentistes, sont aussi identifiés dans d'autres études (60) (61) (62).

Le manque de temps, d'informations sur ce sujet et la crainte d'offenser la patiente sont aussi avancés dans le Rapport Henrion (52) ou par l'étude du Dr Coy-Cachen qui demandaient à 11 médecins de réaliser un dépistage systématique des violences conjugales puis de détailler leurs difficultés rencontrées (63).

Une autre étude Belge corrobore cela et ajoute l'importance de l'information destinée aux patientes, de la marche à suivre en cas de dépistage positif, ainsi qu'un retour d'expériences pour encourager le dépistage des femmes victimes de violences (64).

La formation et l'information restent un point clé de l'élaboration et la persévérance du dépistage systématique pour éliminer les freins possibles.

Certains ont aussi décrit une charge psychique assez importante limitant le dépistage, et une des pistes pour l'expliquer pourrait être le "contre transfert", exposé par des psychanalystes (65).

- Un dépistage systématique, prélude d'une sortie de l'emprise :

La plupart des médecins de la Croix Rousse estiment que le dépistage est bénéfique. En effet, il semblerait permettre de stopper un processus et d'entraîner un déclic, même si la patiente répond faussement par la négative, elle se sentira prête à être

écoutée. Certaines souhaitent même être questionnées (66). Cela est confirmé par le Dr Roland, psychiatre, qui affirme que nombre de femmes assurent que si un médecin leur avait posé la question, elles en auraient parlé (67). La thèse du Dr Piau révèle effectivement que sur 55 femmes victimes de violences, 72% auraient souhaité être interrogées pour sortir de leur emprise (68).

L'observatoire départemental des violences envers les femmes, créé en 2002 en Seine-Saint-Denis, montre que la prévention et le dépistage améliore la prise en charge, car les femmes mettent en moyenne cinq ans à se sortir de leur situation, contre 19 il y a quelques années (69).

- Comment informer de manière pertinente pour entraîner des changements de pratiques ? :

Il semblerait que les méthodes traditionnelles d'informations orales ou de documents papiers chez le médecin soient les plus pertinentes. C'est ce qui est retrouvé dans une revue de la littérature datant de 2007 (70) ou par l'ANAES (51) (50).

5. Les perspectives :

Il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique sur plusieurs centres hospitaliers, dans les services d'urgence, et sur une longue période.

La formation de plus de professionnels de santé, l'information des médecins, l'adaptation des différents outils selon les centres d'urgence sur Lyon seraient utiles.

Pour aller plus loin, en informant le maximum de médecins urgentistes, sensibilisés à ce dépistage, il serait envisageable qu'un plus grand nombre de femmes victimes de violences, vivant dans l'ombre de leur partenaire, puissent être diagnostiquées et aidées. En effet, il serait envisageable de pouvoir quantifier cette augmentation de dépistage, et ses conséquences ultérieures, en faisant notamment une étude se basant sur le nombre de codage CIM10.

A l'instar des interventions brèves destinées aux personnes avec une consommation d'alcool dangereuse et problématique, qui sont d'une efficacité et d'un rapport coût

efficacité élevé (71), les violences faites aux femmes pourraient être l'objet de ce genre d'études.

Au même titre que les allergies, les toxiques, le dépistage des violences peut mettre du temps à rentrer dans les mœurs. C'est par l'information et la formation que l'on peut y arriver.

V. CONCLUSION :

La thématique des violences faites aux femmes est un sujet sensible et actuel notamment avec le mouvement MeToo ou encore le Grenelle des violences.

C'est un fléau conséquent car une femme décède tous les trois jours et cela représente un réel problème de santé publique.

En termes statistiques, ce sont les femmes qui sont essentiellement concernées, il se pose alors la question du genre, de la domination masculine, de l'évolution progressive et nécessaire des mœurs et des connaissances.

D'après le rapport Henrion, les urgences seraient un lieu privilégié pour dépister ces femmes et le dépistage systématique serait la seule manière de permettre aux femmes victimes de violence de sortir de l'emprise dans laquelle elles sont. Les violences touchent tous les milieux sociaux-culturels, tout âge. Ce dépistage est d'autant plus important puisque l'on sait que les violences s'amplifient et s'aggravent dans le temps.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les médecins urgentistes n'étaient pas formés à la prise en charge des femmes victimes de violences. Avant notre étude, aucun des médecins interrogés n'étaient au courant des dernières recommandations HAS sur la question du dépistage systématique. La majorité était prête à effectuer ce dépistage, mais un manque d'informations, d'outils et de formations sur la question étaient un frein limitant. En effet, la plupart se contentent de délivrer un certificat coups et blessures. En répondant à leurs réticences, nous avons pu observer un essai de changement de pratiques sur une période de trois semaines.

Les outils mis en place dans l'unité ont été multiples et en lien avec un travail avec tout le réseau comprenant les commissariats, les associations, la mairie de Caluire, les partenaires du service social de l'hôpital, des moyens de communication multiples et diverses.

Le retour d'expérience a permis de mettre en évidence, que la plupart des urgentistes, souhaitent introduire ce dépistage dans leur pratique quotidienne autant que possible et se sentent désormais plus confiants dans leur prise en charge. C'est notamment grâce à la disponibilité des assistantes sociales en aval, aux supports d'information papiers à distribuer aux femmes, aux réunions de service et mails, aux recommandations HAS, à l'étude d'un cas en revue de morbi-mortalité que les médecins ont trouvé un bénéfice à ce dépistage. En effet, certains ont même été

surpris de dépistages positifs auxquels ils ne s'attendaient pas. Ils persistent certains freins, dont le manque de temps aux urgences, ou encore une charge mentale psychique personnelle. Les modes de communication pour la formation et l'information les plus appréciés sont les réunions de service et les courriels électroniques.

Le dépistage systématique des violences faites aux femmes aux urgences reste un sujet important et décisif pour sortir les victimes de l'emprise dans laquelle elles sont ancrées. Instaurer un dépistage systématique nécessite un travail sur le long terme d'informations et de formations du personnel, pour que cela rentre dans les mœurs et les habitudes. Avant de pouvoir interroger systématiquement les patientes prises en charge aux urgences, peut-être faut-il fonctionner par étapes, avec la mise en place de groupes de travail, avec les infirmières d'accueil, et les médecins légistes, afin de mieux identifier les populations les plus exposées, à questionner en priorité, systématiquement : comme les patientes enceintes, en période de post partum, ou présentant des comportements inadaptés ou inhabituels, ou en cas de plaies des zones saillantes. Ainsi, une culture de service et un savoir-faire pluriprofessionnel pourra se développer, permettant de réaliser ces dépistages de plus en plus facilement et systématiquement et ce dans l'empathie et la bienveillance, en s'entourant d'un réseau multiprofessionnel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Aristote, Louis P (traducteur). Histoire des animaux. Les belles lettres. Vol. VII. Paris; 1961.
2. Garin. Des tresses, fabliaux du XIIIème siècle.
3. Le Bras G. La police religieuse dans l'ancienne France. Fayard/Mille et une nuits. 2010. 320 p.
4. Van Rillaer J. Les femmes selon Freud. Club de Mediapart [Internet]. 6 mai 2019 [cité 11 nov 2020]; Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/jacques-van-rillaer/blog/060519/les-femmes-selon-freud>
5. Durif-Varembont J-P, Mercader P. Les violences de genre à l'école, terreau des violences conjugales ? Rech Fam. 4 avr 2019;n° 16(1):117-128.
6. Thévenot A, Metz C. Les femmes et les violences conjugales. Rech Fam. 4 avr 2019;n° 16(1):83-95.
7. Abed F, Meach F, M'hiri K, Escard E. Violences chez l'homme, un sujet peu connu des praticiens. Rev Médicale Suisse. 2016;12:1620-1623.
8. AGIR, une association pour lutter contre les violences physiques et morales chez les couples LGBT [Internet]. KOMITID. 2014 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.komitid.fr/2014/05/03/agir-une-association-pour-lutter-contre-les-violences-physiques-et-morales-chez-les-couples-lgbt/>
9. Chbat M. Violence des femmes. Rech Fam. 4 avr 2019;n° 16(1):103-115.
10. Suarez NA, Mimiaga MJ, Garofalo R, Brown E, Bratcher AM, Wimbly T, et al. Dyadic Reporting of Intimate Partner Violence Among Male Couples in Three U.S. Cities. Am J Mens Health. 2018;12(4):1039-1047.
11. Stephenson R. Male couples report as much domestic violence as straight couples [Internet]. University of Michigan News. 2018 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://news.umich.edu/male-couples-report-as-much-domestic-violence-as-straight-couples/>
12. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul; 2011. Report No.: 210.
13. Daligand L. Violences conjugales. J Psychol. 2008;n° 255(2):49-53.
14. Debats F, Debats M, Geurts M, Prestat C. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. Empan. 5 juin 2009;n° 73(1):57-69.
15. Chan Sum Fat J, Vilacastin B, Cortellini B, Wisard V. Violence conjugales : le

- choix des possibles [Internet]. Solidarité Femmes et le Centre LAVI Genève; 2015. Disponible sur: http://centrelavi-ge.ch/wp-content/uploads/2018/09/violence_conjugale_le_choix_des_possibles_2015.pdf
16. Gigandet M, Seitenfus L. Violences sexuelles contre les femmes, que faire? La violence est inacceptable [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.ge.ch/document/16817/telecharger>
 17. Violences conjugales [Internet]. VIFFIL; 2008. Disponible sur: http://www.viffil.com/wp-content/uploads/2012/07/Violence_sante_mentale_part1.pdf
 18. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment. *Dir Psychiatr.* 30 nov 2000;21.
 19. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes N°14 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/ONVF%20n%C2%B014-Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf
 20. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.* *Am J Prev Med.* mai 1998;14(4):245-58.
 21. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Outils de formation sur les violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. 2018 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#download-form>
 22. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°13 : les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/ONVF%20n%C2%B013%20violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf

23. Ministère de l'Intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple [Internet]. 2019 p. 21. Disponible sur: [etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2019.pdf](#)
24. Burricand C, Jamet L. Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints - Insee Première - 1607 [Internet]. 2016 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019028>
25. l'Intérieur M de. Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>
26. Ministère de la justice. Le traitement judiciaire des violences conjugales en 2015 [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/le-traitement-judiciaire-des-violences-conjugales-en-2015-31324.html>
27. Ministère de la justice. Les condamnations pour violences sexuelles [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/les-condamnations-pour-violences-sexuelles-31757.html>
28. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/violences-sexuelles-et-atteintes-aux-moeurs-31432.html>
29. De Condorcet N. Sur l'admission des femmes au droit de cité. Journal de société, numéro V. 1789;
30. Code pénal ancien. Paragraphe 2 : Crimes et délits excusables, et cas où ils ne peuvent être excusés. (Articles 321 à 326) - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006490204/1994-02-28/>
31. Nations Unies Droits de l'Homme. HCDH | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes [Internet]. 1979 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
32. Legifrance. Loi n° 85-1372 du 23 décembre 1985 relative à l'égalité des époux

- dans les régimes matrimoniaux et des parents dans la gestion des biens des enfants mineurs. 85□1372 déc 23, 1985.
33. Nations Unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes [Internet]. Beijing du 4 au 15 septembre 1995; 1996. Disponible sur: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>
 34. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), commandée en 1997 par le service des droits des femmes et le secrétariat d'Etat aux droits des femmes, coordonnée par l'Institut de démographie de l'Université de Paris-1. 2000.
 35. Daligand L. Les violences conjugales. Presse Universitaire de France. 2016.
 36. Touraine M. Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes [Internet]. nov 20, 2015. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf
 37. Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf
 38. Service de presse de Matignon. Grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019 sept p. 16. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/09/dossier_de_presse_-_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_03.09.2019.pdf
 39. Conclusion du Grenelle des violences conjugales : de la mobilisation à l'action ! – Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/conclusion-du-grenelles-des-violences-conjugales-de-la-mobilisation-a-laction/>
 40. Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (Articles 226-13 à 226-14) - Légifrance [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006181756/2020-11-13/>

41. Article 226-14 - Code pénal - Legifrance [Internet]. [cité 13 nov 2020].
Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/
42. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess Winch Engl.* mars 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
43. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 10 août 2002;325(7359):314.
44. WHO | Responding to intimate partner violence and sexual violence against women [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cité 12 nov 2020].
Disponible sur:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
45. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 5 juin 2012;156(11):796-808, W-279, W-280, W-281, W-282.
46. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 5 août 2009;302(5):493-501.
47. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician.* 15 oct 2016;94(8):646-51.
48. Bustreo F, Piot P, Abdool Karil S, Chestnov O. Global and regional estimates of violence against women [Internet]. 2013 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur:
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564625>
49. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique (Bucur).* 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
50. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. 2000 janv.
51. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. 1999 avr p. 27.

52. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales - le rôle des professionnels de santé [Internet]. Paris: La Documentation Française; 2001. 84 p. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
53. Gazaigne L. Violences faites aux femmes : poser la question est-il possible ? Université Paris 6; 2008.
54. Eygun J. Intérêt d'un dépistage systématique aux urgences des violences conjugales. Université de Bordeaux; 2017.
55. Detavernier L. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens [Internet]. Université du droit et de la santé. Lille 2; 2018. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e784d414-bdf7-4cf3-87fb-466aa102be59>
56. O'Neill R. Dépistage des victimes de violence au service d'accueil des Urgences du CHU de Poitiers. Université de Poitiers; 2015.
57. Ferrari M, Brosin-Doutaz F. Intérêt d'un dépistage systématique, fait aux urgences, des violences intra familiales contre les femmes. [Internet]. 2019 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.urgencesdirectinfo.com>
58. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Université Paris 6; 2006.
59. Vernudachi D, Nollet M, Revil I, Tazarourte K, Ageron FX. Violences faites aux femmes : facteurs prédictifs de repérage précoce. Étude cas témoins dans un service d'accueil des urgences en 2015 [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.urgencesdirectinfo.com>
60. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : quelles réponses peut-on apporter ? [Internet]. Université de Lorraine; 2016. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810/document>
61. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Internet]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf
62. Morvant C. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : analyse à

- partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Université Paris 6; 2000.
63. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire. [Internet]. Université Paris 6; 2005. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/gachen_coy_These-violence-conj.pdf
 64. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 26 sept 2006;6:238.
 65. Denis P. Incontournable contre-transfert. *Rev Fr Psychanal*. 2006;Vol. 70(2):331-50.
 66. Punukollu M. Domestic violence: screening made practical. *J Fam Pract*. juill 2003;52(7):537-43.
 67. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. *Vie Publique - République Française*; 2006 mars [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28136-auteurs-de-violence-au-sein-du-couple-prise-en-charge-et-prevention>
 68. Piau Charruau D, Rougé-Maillart C. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès des femmes victimes. Université d'Angers; 2006.
 69. L'Observatoire Départemental des violences envers les femmes [Internet]. seinesaintdenis.fr. 2020 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://seinesaintdenis.fr/solidarite/observatoire-des-violences-envers-les-femmes/article/l-observatoire-departemental-des-violences-envers-les-femmes>
 70. Davies K, Harrison J. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Inf Libr J*. juin 2007;24(2):78-94.
 71. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in europe: a public health perspective, a report for the European commission. [Internet]. London: Institute of alcohol studies; 2008 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Questionnaire numéro 1 :

1. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

2. Âge

3. Avez-vous déjà été sensibilisé aux violences faites aux femmes (congrès, DU, études) ? OUI NON

4. Avez-vous l'impression d'être compétent dans ce genre de situation ? OUI NON

5. Réalisez-vous de manière systématique chez toutes les femmes, un dépistage des violences conjugales ? OUI NON

6. Réalisez-vous de manière orientée lorsque la situation vous semble suspecte un dépistage des violences conjugales : OUI NON JE N'AI JAMAIS RÉALISÉ DE DÉPISTAGE. AUTRE

7. Je ne réalise pas ce dépistage de manière systématique car :
 - Je n'ai jamais pensé
 - Je manque de recommandations
 - Je pense que c'est inutile
 - Je manque d'informations sur ce dépistage systématique
 - Je manque de formations sur ce dépistage systématique
 - Je suis mal à l'aise
 - Je pense que les femmes seront mal à l'aise
 - Je ne sais pas donner suite en cas de réponse positive
 - Je pense que ce n'est pas mon rôle d'urgentiste

8. En cas de violences avérées :

- Je lui donne les coordonnées des associations existantes sur Lyon
- Je ne dispose pas des coordonnées des associations existantes sur Lyon
- Je préviens le commissariat de police
- Je préviens l'assistante sociale
- Je lui fais ce pourquoi elle est venue (Certificats coups et blessures dans la majorité des cas)
- Autre

9. Souhaiteriez-vous faire évoluer vos pratiques pour essayer de dépister les violences conjugales ? OUI NON

10. Seriez-vous prêt à accepter une petite formation pour améliorer votre pratique ? OUI NON

11. Si des recommandations officielles existaient, seriez-vous prêt à les appliquer afin de dépister des violences conjugales ?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

12. Si on vous prouvait de manière objective les bienfaits du dépistage systématique ainsi que les bénéfices pour les femmes, seriez-vous d'accord pour le réaliser ? :

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

13. Si les coordonnées des commissariats étaient facilement accessibles, seriez-vous d'accord de prévenir la police en cas de situations très préoccupantes ?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

14. Seriez-vous d'accord pour effectuer un simple mail ou un appel téléphonique à l'assistante sociale afin qu'elle prenne le relais sur la prise en charge ?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

15. Seriez-vous d'accord pour distribuer une plaquette d'information avec les numéros les plus importants pour la victime afin de faciliter sa prise en charge ?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

16. Si on vous suggérait une question simple à poser comme par exemple « avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie ? », seriez-vous d'accord pour l'utiliser au même titre que la recherche d'une allergie ou des antécédents ?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

17. Savez-vous utiliser la fiche de liaison (EASILY) afin de contacter des personnes comme l'assistante sociale ?

18. Savez-vous s'il existe un code CIM 10 "séviées" pour les violences conjugales ou équivalent ?

ANNEXE 2 : Questionnaire numéro 2 :

1. Avez-vous recherché, au cours du dernier mois, d'éventuelles violences conjugales auprès des patientes des urgences ?

2. Combien de fois avez-vous posé cette question?

Moins de 5 fois, entre 5 à 10 fois, plus de 10 fois

3. La question a-t-elle été posée en cas de points d'appels particuliers (traumatisme de la face, mécanisme non compatible avec le traumatisme, consultations répétées...)? OUI NON

4. Seriez-vous d'accord pour modifier vos pratiques et introduire le dépistage des violences conjugales dans votre pratique autant que possible?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord
Sans opinion

5. Quelles sont les informations/modalités de communication qui ont déjà conduit et/ou conduiront à changer vos pratiques habituelles et ainsi, à poser cette question aux patientes?

- Recommandation HAS
- Mails de mise à jour des connaissances et d'information
- Support papier (arbre décisionnel, brochure d'informations destinées aux femmes victimes)
- Powerpoint audio de mise à jour des connaissances
- Étude d'un cas de violence en revue de morbi mortalité dans le service
- Incitation du fait d'un travail de thèse en cours
- Communication en réunion de service
- Explications données le matin après la relève
- Disponibilité en cas de besoin des référents sur la question dans le service
- Disponibilité des assistantes sociales en cas de besoin
- Facilité de liens avec les commissariats grâce aux réunions réalisées en amont
- Conviction personnelle

- A la suite de plusieurs cas rencontrés
- Contexte sanitaire et social actuel
- Évolution des mentalités en lien avec les évolutions de société

6. Etiez-vous à l'aise face aux femmes lorsque vous posiez la question ?

Pas du tout à l'aise Moyennement à l'aise A l'aise Très à l'aise

7. Avez-vous utilisé la phrase proposée "avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie ?" OUI NON

8. Avez-vous utilisé une phrase de votre choix ? si OUI, merci de la préciser :
(Réponse courte)

9. Avez-vous dû vous justifier à propos de ce questionnaire auprès des femmes ? OUI NON

10. Avez-vous trouvé un bénéfice à ce dépistage? OUI NON

11. Pensez-vous qu'il soit possible de poser la question systématiquement, autant que possible, à toutes femmes consultant aux urgences (les violences conjugales étant fréquentes et touchant tous les milieux sociaux)?

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord

Sans opinion

12. Pensez-vous que si cette question ne s'adresse qu'à une population ciblée, nombre de violences ne seront pas dépistées ? OUI NON

13. Pensez-vous que le dépistage systématique n'est possible que pour une population ciblée aux urgences ? OUI NON

14. Avez-vous été confronté à des dépistages positifs ? OUI NON

15. Si oui, était-ce des situations auxquelles vous ne vous attendiez pas ? OUI
NON

16. Initialement, certains médecins étaient réticents au dépistage systématique car manquaient d'informations et d'outils en cas de dépistage positif, les outils proposés sont-ils désormais suffisants (support d'information pour les patientes, numéros des commissariats, rappel de la législation, évaluation du risque vital et de l'emprise moral...)? OUI NON
17. Vous sentez vous plus confiant dans la prise en charge des femmes victimes de violences ? OUI NON
18. Merci d'évaluer la charge psychique/les freins psychologiques qu'entraînent ce type de question à poser aux urgences :
- Charge psychique importante ne permettant pas de poser cette question aux urgences
 - Charge psychique présente moyenne limitant les possibilités de questionnement sur une population très ciblée
 - Charge psychique modérée permettant un dépistage assez fréquent
 - Charge psychique faible permettant un dépistage très fréquent adapté au flux de l'urgence
19. Existe-t-il encore des freins pour ce dépistage? OUI NON
20. Si oui, merci de préciser lesquels? Réponse courte
21. Avez-vous besoin d'outils supplémentaires pour pouvoir questionner plus facilement les patientes ? OUI NON
22. Merci de préciser les aides dont vous avez besoin pour améliorer et faciliter ces prises en charges à l'avenir : Réponse courte
23. Quel moyen de communication préférez-vous pour vous informer ? (Réunions, diaporamas, mails...)? Réponse courte

LAWSON-BODY Lounis

Dépistage systématique des violences faites aux femmes aux Urgences :
Freins et retour d'expérience des médecins urgentistes de Croix-Rousse

Thèse Médecine d'urgences : Lyon 2020 ; n°422

Résumé

Les violences faites aux femmes sont un fléau mondial et un réel problème de santé publique. En effet, une femme meurt tous les trois jours de violences conjugales. Afin que ces femmes puissent être prises en charge de manière adéquate, l'HAS préconise depuis juin 2019, un dépistage systématique. L'hôpital serait un lieu clé et un dépistage précoce permettrait de stopper le processus d'emprise dans lequel les femmes sont ancrées. Nous avons réalisé une étude prospective sur 24 médecins urgentistes de la Croix-Rousse, à l'aide de questionnaires. Le premier permettait de recueillir les freins pour réaliser ce dépistage. La deuxième étape a donc consisté à créer des outils afin de former et d'informer les médecins sur la question, permettant ainsi d'éliminer les réticences. Puis, une période d'essai du dépistage sur trois semaines a été réalisée. Enfin, un dernier questionnaire s'intéressait au retour d'expériences des médecins et les freins persistants. D'après nos résultats, après formations et informations, la plupart se sentent plus confiants dans leur prise en charge mais ils persistent des réserves, notamment psychologiques personnelles, dues à un manque d'habitude. Une étude multicentrique avec notamment la quantification de l'augmentation du nombre de femmes dépistées serait intéressante.

MOTS CLÉS : Dépistage systématique ; Violences faites aux femmes ;
Service d'Accueil des Urgences

JURY : Président : Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim

Membres :

Monsieur le Professeur FANTON Laurent

Monsieur le Professeur HOT Arnaud

Monsieur le Professeur CALENDER Alain

Madame la Docteure LABEYE Vanessa

DATE DE SOUTENANCE : 17/12/2020