

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 17 décembre 2018 à Poitiers
par Mlle Maxine Chaumont

**Prise en charge des femmes victimes de violences par les médecins et sages-femmes des Urgences et des Maternités des Centres Hospitaliers de Charente-Maritime :
État des lieux et obstacles.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Monsieur le Docteur Michel SAPANET
Monsieur le Docteur Jean Vincent CHANE-CHING

Directeur de thèse : Dr Jean Vincent CHANE-CHING

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Olivier MIMOZ**,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le **Professeur Jean-Louis SENON**,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de votre présence, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur de **Docteur Michel SAPANET**,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail aujourd'hui, soyez assuré de ma gratitude et de tout mon respect.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le **Docteur Jean Vincent CHANE-CHING**,

Je te remercie pour ton soutien et tes précieux conseils tout au long de ce travail. Tu as su te rendre disponible autant que nécessaire, sois assuré de tout mon respect et de toute mon amitié.

A Christophe, merci pour ton soutien inconditionnel pendant tout ce travail, alors que je sais à quel point tout cela pouvait parfois te paraître abstrait. Tu m'as appris à avoir confiance en moi et ce n'était pas facile. Je suis heureuse de débiter notre nouvelle aventure familiale à tes côtés, le bonheur est là, et ce n'est que le début...

A ma famille, pour son soutien durant toutes ces années. Promis, il n'y aura plus de révisions ou de relecture de mémoire ou de thèse pendant les vacances. A toi Maman, pour ton sens critique à la relecture de mon travail ;)

A Marion, pour ta présence et ton soutien, toutes ces années, tu n'as jamais failli ! A Claire, Sarah et Bénédicte pour ces longues soirées de sous colles dont on arrivait à ressortir avec le sourire, toujours ! A tous les toulousains, pour ces années aussi folles qu'in vraisemblables : Diaz, Tonton/papa Garnier, Aymeric, Dada, Doudou, Wass, Laurent, Romain, Gaëlle et Hélène. Sans oublier nos voyages et multitudes d'échecs : Vietnam, Cambodge, Inde et le plus exotique d'entre eux, la Bretagne.

A Anne Lise, pour cette belle amitié qui survie au temps et à la distance.

A ces rencontres d'internat, aussi belles qu'inattendues : Lore et Alex (sans oublier Ginger, Babette et la Boule), Laure Anne ou Laurianne qui va se transformer en toulousaine, Thibaut et sa famille nombreuse.

A Cindy pour son soutien dans les moments difficiles.

A mes différents maîtres de stage. En particulier, Uriel, qui m'a énormément appris pendant mon internat et qui continue, Khanh qui est toujours aussi paternaliste, là aussi c'est le début d'une nouvelle aventure.

A Stéphane Delance, pour son aide dans la réalisation des tests statistiques.

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
A. Avant-Propos	1
B. Définitions	2
1. Définition des violences	2
2. Types de violences	3
3. Cycle de la violence	4
4. Conséquences	5
C. Epidémiologie	7
D. Loi et aspect médico-légal	8
1. Évolution des lois	8
2. Plans d'action interministériels	9
3. Certificat médical initial	10
4. Déontologie médicale	11
E. Enjeux économiques	12
F. Réseau local en Charente Maritime	13
G. Problématique	15
II. MATERIEL ET METHODE	16
A. Praticiens cibles	16
B. Territoire interrogé	16
C. Construction du questionnaire	16
D. Mode de diffusion	17
E. Recueil de données	18
F. Analyse statistique	18
III. RESULTATS	19
A. Description de la population de praticiens interrogés	19
1. Taux de participation	19
2. Sexe	19
3. Activité	19
4. Ancienneté d'exercice	20
5. Lieu d'exercice	20
B. Repérage des femmes victimes de violences	21
1. Estimation du nombre de victimes sur l'année 2017	21
2. Déroulement de la dernière consultation dans une situation de femme victime de violences	21
3. Type de repérage effectué par les praticiens	22
C. Prise en charge des femmes victimes de violences	23
1. Ressenti des praticiens	23
2. Rédaction du certificat médical initial	23
3. Tenue du dossier médical	24
4. Évaluation de la situation au domicile	24
D. Orientation des patientes	25
1. Orientation à l'issue de la consultation	25
2. Outils à disposition	25
E. Obstacles rencontrés par les praticiens	26

1.	Formation.....	26
2.	Autres difficultés.....	28
F.	Dépistage systématique.....	29
IV.	<i>DISCUSSION</i>.....	30
A.	Limites et forces de l'étude.....	30
1.	Limites de l'étude.....	30
2.	Forces de l'étude.....	31
B.	Population de l'étude	31
C.	Repérage des femmes victimes de violences par les praticiens interrogés	32
D.	Prise en charge des femmes victimes de violences	33
E.	Orientation des patientes victimes de violences.....	35
F.	Obstacles rencontrés	36
G.	Proposition de dépistage systématique.....	37
H.	Propositions d'amélioration	38
V.	<i>CONCLUSION</i>.....	39
VI.	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	40
VII.	<i>ANNEXES</i>.....	44
	SERMENT	50

ABREVIATIONS

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CH : Centre hospitalier

HAS : Haute autorité de santé

ITT : Incapacité totale de travail

MIPROF : Mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PMI : Protection maternelle et infantile

SAV : Service d'aide aux victimes

VIRAGE : Violence et rapport de genre

I. INTRODUCTION

A. Avant-Propos

En France en 2015, une femme meurt tous les trois jours victime de son conjoint ou ex conjoint [1]. Cette statistique est encore confirmée en 2016 [2] : 109 femmes sont décédées dans ces conditions. Selon les chiffres de ces mêmes études, deux femmes sont ainsi décédées en Charente Maritime en 2014 et 2015 et une en 2016.

Pourtant, la première campagne d'information sur les violences faites aux femmes a eu lieu dès 1989. Depuis, la violence conjugale est considérée comme un problème de santé publique. Il y a maintenant 18 ans, l'enquête ENVEFF [3] (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) révèle des chiffres à la fois alarmants et saisissants pour le grand public comme pour les professionnels : en 2000, 10% des femmes de 20 à 59 ans interrogées ont déclaré avoir été victimes de violences dans les 12 derniers mois de la part de leur partenaire. Une prise de conscience des autorités a permis le déploiement de campagnes de sensibilisation et de plans interministériels. Mais le taux de victimes de violences conjugales reste stable à 10%.

De multiples éléments rendent difficile la prise en charge précoce de ces victimes. Outre les difficultés liées à la spécificité de ces violences qui ont lieu dans l'intimité et qui s'appuient sur des mécanismes psychologiques particuliers, leur prise en charge nécessite l'alliance de plusieurs domaines : la santé, la justice et le social. Mais pour obtenir une articulation solide, chaque secteur doit fonctionner efficacement.

Je me suis donc intéressée aux services hospitaliers de premier recours des femmes victimes de violences sur le département de la Charente Maritime, afin de comprendre quelles étapes de leur parcours pourraient être améliorées.

Ce travail se décompose en deux parties : la première permet de définir et de contextualiser la problématique des violences conjugales, la deuxième partie présente l'étude menée.

B. Définitions

1. Définition des violences

Les termes définissant les violences envers les femmes ont beaucoup évolué.

La violence correspond à « la contrainte, morale ou physique, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé » [4]. La notion amenée dans cette définition indiquant que la violence n'est pas seulement physique est primordiale, car c'est ce qui fait toute la complexité de ces violences. L'expression de « femmes battues » n'est alors plus privilégiée car comme nous le verrons plus loin, les coups et la violence physique ne se résument pas aux violences conjugales.

La violence envers les femmes est définie par l'ONU en 1993 [5] comme « tout acte fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. »

La violence conjugale a été définie en 2011 [6] dans la convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, comme étant un processus de domination au cours duquel l'un des deux conjoints installe et exerce une emprise sur l'autre en usant « de tromperie, de séduction, de menace, de contraintes ou de tout autre moyen à l'encontre de toute femme et ayant pour but et pour effet :

- de l'intimider, de la punir, de l'humilier
- de la maintenir dans des rôles stéréotypés liés à son sexe
- ou de lui refuser sa dignité humaine, son autonomie sexuelle, son intégrité physique, mentale et morale
- ou d'ébranler sa sécurité personnelle, son amour propre, sa personnalité
- ou de diminuer ses capacités physiques ou intellectuelles. »

Cette convention est aujourd'hui ratifiée par 30 pays dont la France.

Il est toutefois important de souligner que ce type de violences entre partenaires intimes ne concerne pas que les femmes. Ces situations touchent également les hommes mais aussi les couples homosexuels hommes ou femmes. Cependant, les femmes restent les principales victimes en terme statistique.

2. Types de violences

Les **violences psychologiques** se font via des comportements et des propos méprisants ou culpabilisants, des menaces, le fait de dénigrer les opinions, les valeurs et les actions. Elles conduisent à la dégradation de l'estime de soi. De manière plus insidieuse, le dominant arrive ensuite à limiter l'entourage et le contact social de sa victime, aboutissant à une augmentation de la pression psychologique ressentie.

Les **violences verbales** englobent les hurlements, les cris et les insultes mais aussi les silences et le refus de communiquer.

Les **violences physiques** concernent toute atteinte à l'intégrité corporelle, les blessures, la violence contre ou avec un objet. Ces manifestations sont très variables et vont des crachats et bousculades aux fractures et à la séquestration

Les **violences sexuelles** correspondent à tous types de sévices sexuels comme les coups et blessures sur les parties génitales, les agissements sexuels imposés, les viols ou encore l'exploitation sexuelle.

Les **violences économiques et administratives** se font via le contrôle économique ou professionnel, la privation des ressources, la rétention des papiers. Ces actions conduisent à la privation des libertés et s'installent progressivement au cours de la relation de domination.

Ces violences sont intriquées et parfois simultanées mais c'est l'escalade dans le recours à ces violences qui conduit à une fin dramatique. Chaque étape peut durer des mois ou des années.

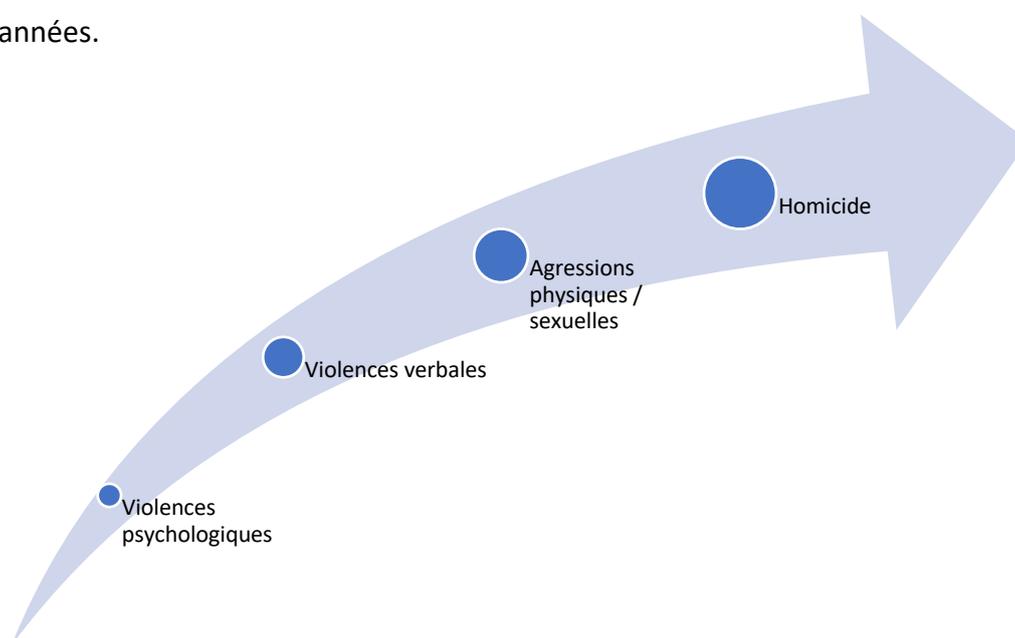


Figure 1: Escalade des violences au cours du temps

3. Cycle de la violence

Ce cycle témoigne de la subtilité des violences conjugales. Il permet à l'agresseur d'établir une relation dominant – dominé tout en faisant penser à sa victime que c'est elle la responsable et que lui est, au contraire, bienveillant. La phase de séduction, aussi appelée « love bombing », permet à l'agresseur narcissique d'impressionner sa victime. C'est une phase lune de miel qui conduit la femme à baisser ses barrières de protection. Vient ensuite l'étape d'effraction psychique. L'agresseur intimide sa victime et use de violences qui paraissent peu importantes. Il prive ainsi sa victime de son sens critique et de son libre arbitre. Cette dernière commence à penser que « ce n'est pas si grave » ou qu'elle a sa part de responsabilité. L'agresseur instaure ainsi un climat de tension.

Chacune de ces phases peut durer des mois ou des années, les crises alternent avec des gestes tendres et à chaque fois la promesse de ne pas recommencer. L'agresseur trouve toujours une manière de se justifier : soit il ne reconnaît pas ses actes, soit il les reconnaît mais minimise les faits en culpabilisant la femme. C'est ainsi que l'agresseur réussit à reprogrammer totalement sa victime qui se trouve alors dans un état de dissociation-passivité.

Cette progression dans la relation du couple explique les difficultés qu'ont les femmes victimes de violences à sortir de cette relation où elles sont sous emprise. Même quand elles arrivent à identifier que la situation ne correspond pas à un fonctionnement normal, elles reviennent auprès de leur agresseur. Il est donc important de comprendre ce fonctionnement pour aider les victimes.

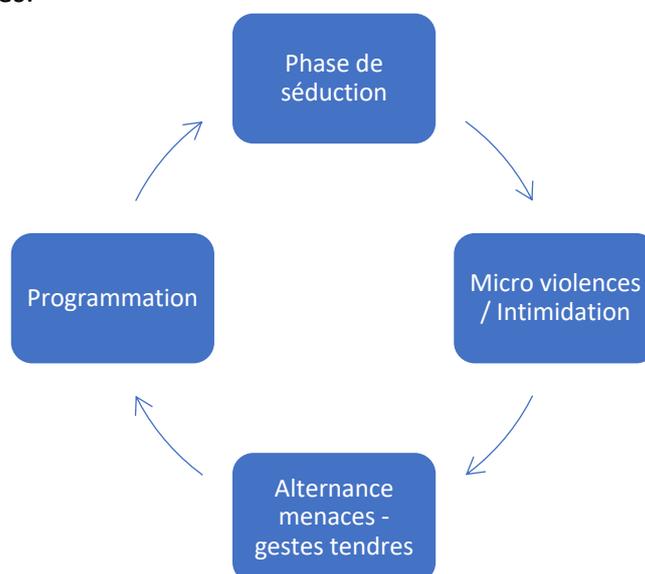


Figure 2: Le cycle des violences au sein du couple

4. Conséquences

Les conséquences en terme de santé sont nombreuses sur les femmes victimes de violences. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les femmes victimes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. Elles auraient 60% de problèmes de santé en plus que les femmes non victimes [7].

- Les **traumatismes physiques** et leurs séquelles : les lésions sont de nature et de fréquence variables. Elles sont retrouvées chez 33% des victimes de violences en France [8] ; elles sont temporaires dans 87% des cas, définitives dans 5% et invalidantes dans 1,4%.
- Le **déséquilibre et l'altération de pathologies chroniques** : ces troubles sont liés aux difficultés de suivi de ces patientes qui tentent de dissimuler leur situation. Ainsi elles espacent leur suivi ou sont moins assidues dans la prise de leurs traitements.
- Les **troubles psychiatriques** : la pathologie la plus fréquente est la dépression qui touche 50% des victimes (rapport Henrion [9]). Outre les troubles émotionnels (anxiété, angoisses, auto dévalorisation, phobies, ...), on retrouve également des atteintes psychosomatiques (lombalgies, troubles digestifs, asthénie, ...), des troubles du sommeil, de l'alimentation, des troubles cognitifs (difficultés de concentration, confusion, ...). Une autre conséquence mal connue est le syndrome de stress post traumatique qui toucherait 47 à 58% des femmes victimes de violences [10]. Les patientes présentent alors trois symptômes principaux : des reviviscences sous forme de flash-back, des techniques d'évitement volontaires ou non et un état d'hyper vigilance. Leur mise en œuvre constitue une véritable stratégie de survie pour le cerveau des victimes afin d'éviter de déclencher la mémoire traumatique émotionnelle qui est non contrôlable et hypersensible. Lorsque c'est insuffisant, les patientes ont alors recours à des conduites dissociantes anesthésiantes via la consommation de produits dissociant (consommation de psychotropes majorée de 22% selon l'ENVEFF [3]) ou des conduites à risque.

- Les **troubles gynécologiques** : ils sont multipliés par trois et comprennent les traumatismes, les infections sexuellement transmissibles, les infections urinaires à répétition, les troubles de la sexualité, les douleurs non expliquées, les anomalies du cycle menstruel.
- Les **complications des grossesses** : la grossesse est une des situations à risque élevé de décompensation dans les situations de violences de la part du partenaire. Ces violences sont à l'origine d'une augmentation du risque de mort fœtal in utero, de fausse couche ou encore de naissance prématurée [9]. Il existe aussi des grossesses non désirées survenant dans un contexte de violences sexuelles et qui aboutissent à des interruptions de grossesse.
- Les **enfants témoins** : probablement la plus grande et la plus grave des conséquences sur le long terme car en France, 143000 enfants vivent dans des foyers où une femme adulte est victime de violences [11] et dans 70% des cas, les violences entre conjoints ont lieu devant les enfants. Parmi les enfants victimes, on dénombre ceux qui décèdent des suites de ces violences, en défendant leur mère ou eux même directement victimes (36 enfants décédés en 2015). Les autres victimes sont les témoins des violences, voire du meurtre d'un de leur parent. Ces situations de stress intense sont à l'origine de troubles psychiatriques (anxiété, troubles du sommeil, phobies scolaires, dépression, tentative de suicide, ...) et au moins 50% d'entre eux développeraient un syndrome de stress post traumatique. Les répercussions sont également importantes lorsque ces enfants atteignent l'âge adulte avec un risque de reproduction de cette violence car il s'agit du seul mode de communication qu'ils connaissent, notamment en cas de conflit. Ils ont des convictions stéréotypées des rôles hommes / femmes et ont parfois un manque de respect envers les femmes.

C. Epidémiologie

Une analyse menée en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé [12] en partenariat avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le South Africa Medical Research Council sur les données de 80 pays, montre que 38% des meurtres de femmes dans le monde sont commis par le partenaire intime. Près de 30% des femmes qui ont déjà été en couple signalent avoir subi une forme de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie. Ces chiffres sont importants et ne sont pas seulement liés au sous-développement économique de certains pays. La proportion de femmes agressées physiquement au moins une fois par leur partenaire est de 29% au Canada, 21% en Suisse, 22% aux États-Unis [12]. Au cours de l'année 2006, en Europe, le nombre de décès de femme en lien avec des violences conjugales a été estimé à 2419 soit 7 décès par jour [13].

En France, 10% des femmes interrogées dans l'enquête ENVEFF [3] en 2000, ont révélé avoir subi des violences conjugales dans l'année écoulée. Les violences psychologiques sont les plus fréquentes et représentent 37% des cas. Toutes les formes de violences sont constatées : verbales (4,3%), physiques (2,5%), sexuelles (0,9%). 225000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire sur un an [11] et pour 75% d'entre elles, ces violences sont des faits répétés. Dans 24% des cas ces femmes ont été vues par un médecin dans les suites.

En 2016, les violences conjugales se sont soldées par un décès pour 138 personnes en France [2]. 109 femmes et 29 hommes. A ces chiffres s'ajoutent les décès de 9 enfants, « victimes collatérales », et 16 enfants témoins de la scène de crime. Les morts violentes au sein du couple représentent plus de 15% des homicides non crapuleux et violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

Dans la majorité des cas :

- Ces crimes ne sont pas prémédités,
- Une arme est utilisée (77,5%),
- La crise a lieu au domicile (88%), dans un contexte de séparation,
- Le crime est suivi du suicide de l'auteur (34%).

En Charente Maritime, une des priorités du plan d'action contre la délinquance de 2013 était la lutte contre les violences faites aux personnes et en particulier les femmes. Des intervenants sociaux ont été installés dans les commissariats et gendarmeries de La Rochelle et Saintes permettant la prise en charge de 233 victimes depuis la création de ces postes.

D. Loi et aspect médico-légal

1. Évolution des lois

La première campagne d'information sur les violences faites aux femmes a été lancée en 1989 et la violence conjugale a été reconnue comme problème de santé publique.

Depuis, la législation évolue afin de protéger au mieux les victimes. La spécificité de ces violences, commises au sein du couple, a été légalement reconnue en 1994 [14], lorsque les actes de violences par le conjoint ou concubin sont devenus une circonstance aggravante lors d'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne. Ainsi, quel que soit l'ITT, ces faits sont constitutifs d'un délit et donc passibles du tribunal correctionnel.

La loi du 4 avril 2006 [15] vise à étendre la prévention et à majorer la répression des violences au sein du couple puisqu'elle élargit la notion de circonstance aggravante aux Pacsés, conjoint, concubin et ex-conjoint, et le domaine d'application de cette circonstance aggravante est désormais étendue au meurtre, au viol et à l'agression sexuelle.

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	Articles du CODE PENAL	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-12	DELIT Tribunal correctionnel 3 ans pour déposer plainte
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende	222-13	
Harcèlement moral	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-17	
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	CRIME Cour d'assises 10 ans pour déposer à partir de l'infraction
Meurtre	Réclusion à perpétuité	222-4	
Viol	20 ans de réclusion	222-24	

Tableau 1: Les principales infractions et les peines encourues en France, que le lien conjugal soit présent ou passé

La protection des victimes est ensuite renforcée à deux reprises avec :

- La loi du 9 juillet 2010 [16] qui crée l'ordonnance de protection des victimes. Ainsi, la victime peut saisir le juge aux affaires familiales qui délivre en urgence une ordonnance de protection accordant provisoirement certaines mesures, par exemple :
 - Expulser l'auteur du domicile,
 - Autoriser la victime à dissimuler son adresse,
 - Définir les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

- La loi du 17 août 2015 [17] qui permet au juge de prendre des mesures pour la protection des victimes au cours de la procédure pénale.

2. Plans d'action interministériels

Parallèlement à ces avancées légales, depuis 2004, 5 plans d'action interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes se sont succédés. Le but initial était d'améliorer la prise en charge sociale, économique et d'assurer la protection juridique de ces femmes. Le 4^e plan, avec 66 millions d'euros alloués à l'optimisation de la prise en charge des victimes, a permis :

- Le renforcement des liens Santé-Police-Justice, avec la création de postes d'intervenants sociaux au sein même des commissariats et des brigades.
- La promotion du numéro unique 3919 pour aider et orienter les femmes victimes de violences.
- La création d'hébergements d'urgence supplémentaires.
- La mise en place du kit de première constatation en urgence des viols.
- Le financement de l'enquête Virage [18].
- La diffusion du téléphone grand danger pour les femmes victimes : attribué par le procureur pour 6 mois renouvelable, il permet de géo-localiser la victime et de faire intervenir la police ou la gendarmerie en cas de nécessité.
- La mise en place d'un programme de formation initiale et continue pour tous les professionnels impliqués, géré par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof).

Le cinquième plan vise, en plus du renforcement des dispositifs actuels, à lutter contre le sexisme, racine de ces violences envers les femmes. Les médecins urgentistes et les sages-femmes sont une des cibles de ce plan avec la poursuite de leur formation via un médecin référent [19].

Malgré tout, en 2016, on estime que 29% des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie [20]. Seulement 19% ont déposé plainte et 8% une main courante.

3. Certificat médical initial

Pour que la procédure judiciaire se mette en place il faut une plainte ou un signalement. Il faut donc savoir encourager, accompagner les victimes qui peuvent déposer plainte à toute heure, 7 jours sur 7. Lors de cette démarche, le certificat médical initial n'est pas une obligation préalable, mais étant donné son importance, il peut tout à fait être ajouté au dossier par la suite. Si la victime ne souhaite pas porter plainte, il est tout de même possible de faire une simple déclaration sous forme de main courante (commissariat) ou de procès-verbal de renseignements judiciaires (gendarmerie). Cette déclaration permet de conserver une trace écrite des violences qui peut alors être utilisée en cas de future plainte ou d'enquête. En effet, lors de coups et blessures, le délai de prescription est de 3 ans. C'est pourquoi, les éléments du dossier médical et en particulier la copie du certificat médical initial doivent être notifiés et conservés car même si la patiente n'est pas prête à porter plainte, elle dispose de 3 années pendant lesquelles ces informations seront utilisables. A noter que le délais de prescription est porté à 10 ans en cas de viol aggravé.

Le certificat médical peut être établi par un médecin ou une sage-femme (ces dernières n'ont pas la possibilité d'établir une ITT). Le médecin peut être amené à rédiger ce certificat dans trois circonstances :

- sur demande de la victime,
- sur réquisition judiciaire,
- en cas de signalement de sa part lors de violences constatées sur des personnes mineures ou vulnérables. Il s'agit d'une dérogation [21] au secret médical professionnel et d'une obligation déontologique [22].

Pour une bonne rédaction de ce document, il est recommandé [23] d'y reporter les dires spontanés de la victime et ses doléances, de décrire avec précision les lésions constatées ainsi que les signes cliniques positifs mais aussi négatifs qui seraient contributifs, sans oublier les signes psycho comportementaux. Il faut également mentionner les examens complémentaires et avis spécialisés demandés, un éventuel arrêt de travail et conclure en déterminant une ITT. Un certificat complémentaire pourra être établi à la réception des résultats d'examens demandés.

Ce certificat étant valable 3 ans à compter de sa rédaction, il est primordial de le rédiger même si la victime ne souhaite pas déposer plainte dans l'immédiat, de lui remettre en main propre et d'en conserver une copie dans le dossier médical.

4. Déontologie médicale

Le rapport Henrion [9] fait état de la crainte de nombreux professionnels face aux éventuelles retombées judiciaires de la prise en charge de ces patientes. En effet, la limite peut sembler floue entre le devoir d'assistance en cas de danger et le respect du secret médical.

Le secret médical est défini par l'article 4 du code de déontologie médicale comme étant *« instauré dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »*. Il est protégé par l'article 226-13 du code pénal : *« 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 15 000 euros d'amende »*.

Dans le cadre des victimes de violences, il est alors souvent mis en opposition avec la notion de non-assistance à personne en danger énoncée par l'article 223-6 du Code pénal : *« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende »*.

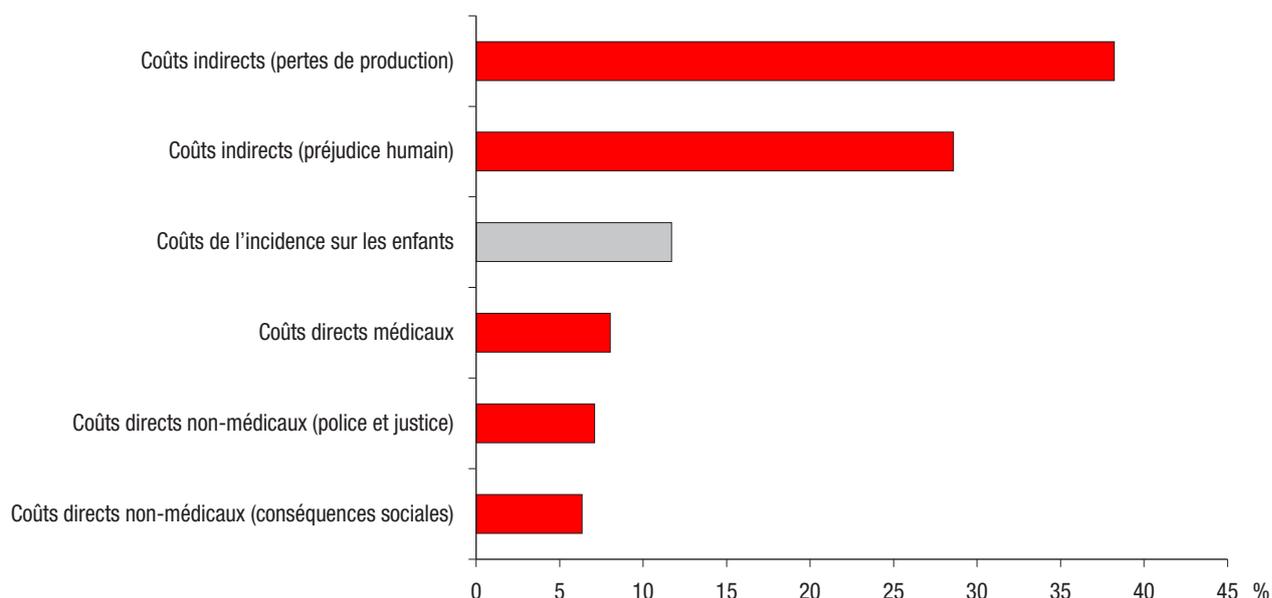
Toutefois, l'article 226-14 du Code pénal prévoit bien que ce secret ne soit pas applicable dans certaines situations notamment lorsque les sévices sont infligés à un mineur ou une personne vulnérable, ou s'il obtient le consentement de la victime afin de dévoiler ces informations au procureur de la République ou à la cellule de recueil des informations préoccupantes. Les articles 10 et 44 du code déontologie médicale rejoignent ces dispositions mais tout de même en précisant : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* ».

E. Enjeux économiques

Selon l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en charge ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher que pour une autre femme. En France pour l'année 2012, ce coût global a été estimé à 3,6 milliards d'euros lors d'une étude menée en 2014 pour répondre à un des objectifs du 4^e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [24].

Ces chiffres sont repris dans la figure 3 et se répartissent ainsi :

- 21,5% pour les coûts directs, qu'ils soient médicaux ou non : la consommation de soins, l'accueil et l'accompagnement des victimes, l'activité de la police et de la gendarmerie, l'activité de la justice civile et pénale, l'hébergement et l'aide au relogement de victimes, le fonctionnement de l'administration pénitentiaire.
- 66,8% pour les coûts indirects qui sont en fait les gains perdus du fait de la perte de production (arrêt de travail, absentéisme, incarcération, décès) et du préjudice humain.
- 11,7% pour le coût du retentissement sur les enfants, incluant le coût direct de leur accueil et accompagnement et le coût indirect lié aux décès prématurés.



Source : Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Rapport final de l'étude. Paris : Psytel ; 2014. 102 p. http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/11/Psytel_CoutVSC_RapFin_141114-21.pdf

Lecture : pour l'année 2012, sur un coût total de 3,6 milliards d'euros, 281 618 890 euros sont des coûts directs médicaux liés à des consommations de soins et dispositifs médicaux par des femmes. Le total des coûts directs médicaux représente 8% des 3,6 milliards.

Figure 3: Coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants, par grand type de coût, France, 2012

F. Réseau local en Charente Maritime

Deux interlocuteurs complémentaires sont particulièrement actifs sur le territoire : le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) Charente-Maritime et Tremplin 17.

Le CIDFF Charente-Maritime possède plusieurs antennes déployées sur le département dont les plus importantes se trouvent à La Rochelle et Saintes. Il s'agit d'une association départementale agréée par L'État. Sa mission de départ est de promouvoir une égalité entre les femmes et les hommes. Ainsi cette association permet d'informer, d'accompagner et de soutenir toute personne le souhaitant et en toute confidentialité via l'action de juristes et de psychologues. Les conseils répondent à des demandes variées telles que l'accompagnement à l'emploi, les démarches de droit civil ou le soutien psychologique.

Les antennes du CIDFF accueillent également le Service d'aide aux victimes (SAV), moins bien connu des professionnels de santé. C'est un service gratuit et confidentiel destiné à toute personne ayant subi une infraction pénale afin de les aider dans leurs démarches juridiques et de leur proposer un soutien psychologique. Ce service est donc particulièrement adapté à la prise en charge de femmes victimes de violences. Sur le SAV de Saintes, la plupart des victimes sont orientées par la police ou la gendarmerie. En 2016, seulement 3% l'étaient par le corps médical. Sur la même année, 88% des personnes ayant bénéficié d'un soutien psychologique y ont eu recours à la suite d'une atteinte à la personne. Et dans 64% des cas, il s'agissait d'une situation de violences conjugales [25].

L'association Le Tremplin 17 vient compléter ces actions en proposant des solutions d'hébergement ainsi qu'un soutien et un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle à tout public en difficulté (cette association gère aussi les Centres d'Hébergement et de Réinsertion sociale qui accueillent en particulier les victimes de violences, les personnes confrontées à la toxicomanie et à l'alcoolisme et les personnes sortant de prison). Cette association peut être contactée directement en cas de nécessité d'un hébergement d'urgence notamment pour les femmes victimes de violences en danger immédiat. Le pôle social de Saintes de Tremplin 17 organise régulièrement des réunions autour du réseau local « violences conjugales et familiales ». Ces interventions permettent de rassembler les différents intervenants (CIDFF, Tremplin 17, assistantes sociales, éducateurs, médecins urgentistes, policiers, gendarmes, avocats, procureur...) afin de discuter des travaux de chacun et d'échanger sur des situations concrètes, mettant alors en jeu une coopération plus efficace entre les différents intervenants.

G. Problématique

La médiatisation de certaines affaires de violences sexuelles et de la problématique sexiste dans notre société commencent à éveiller l'intérêt public. Dans cet objectif de sensibilisation et de modification des comportements, l'égalité Femme-Homme est déclarée « grande cause du quinquennat ». La lutte contre les violences conjugales est un des engagements pris en ce sens par Marlène Schiappa, Secrétaire d'État à l'égalité entre les femmes et les hommes. Ces violences sont aussi dénoncées par l'opinion publique entraînée par la médiatisation, l'implication de personnalités publiques influentes, et différents mouvements sur les réseaux sociaux (#MeToo).

Le public commence à se sentir concerné par les violences envers les femmes et les violences conjugales ne sont plus considérées comme des affaires de drames familiaux.

Seulement, pour avoir un impact, cette prise de conscience doit être accompagnée de mesures afin de favoriser une prise en charge optimale de ces femmes à tous les niveaux : médico-psychologique, social et juridique. Or, d'après l'étude ENVEFF [3], les femmes victimes se confient en premier à un médecin dans 24% des cas. Il convient donc que notre système de soins soit prêt à accueillir ces femmes mais aussi à repérer celles qui n'osent pas en parler. Lors de ma participation au groupe de travail du Centre Hospitalier de Saintes sur la prise en charge des femmes victimes de violences, deux questions ressortaient : comment se passe actuellement la prise en charge d'une femme victime et de quoi auraient besoin les professionnels de santé pour améliorer cette prise en charge ?

L'objectif principal de cette étude est donc d'analyser la prise en charge des femmes victimes de violences intra familiale au sein des Services d'Urgences et Maternités des Centres Hospitaliers de Charente-Maritime, afin d'en faire ressortir les points forts et les points à améliorer. L'objectif secondaire est la mise en évidence d'éventuels obstacles à une prise en charge optimale.

II. MATERIEL ET METHODE

L'étude a été réalisée sous la forme d'une enquête de pratique, observationnelle et descriptive, via l'envoi d'un questionnaire aux professionnels de santé (Annexe 1).

A. Praticiens cibles

Cette étude s'est intéressée aux pratiques des professionnels hospitaliers et en particulier des services amenés à recevoir ces patientes 24H/24. Ce sont donc les professionnels des services d'urgences et des maternités qui ont été interrogés. Ainsi, le questionnaire a été envoyé :

- Aux médecins urgentistes,
- Aux médecins gynécologues-obstétriciens,
- Aux sages-femmes.

B. Territoire interrogé

Cette étude a été réalisée à l'échelle du département de la Charente Maritime. Le questionnaire a donc été envoyé aux urgentistes, gynécologues obstétriciens et sages-femmes travaillant sur les centres hospitaliers suivant : Jonzac, La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes et Saint Jean d'Angély.

C. Construction du questionnaire

Le questionnaire a été construit autour de 5 parties afin de comprendre au mieux les différentes étapes de la prise en charge d'une femme victime de violences par les professionnels (Annexe 1) :

- Partie préalable : des généralités étaient demandées afin de connaître le sexe, la profession (urgentiste, gynécologue-obstétricien ou sage-femme), le lieu ainsi que l'ancienneté d'exercice.

- Partie 1 : Repérage des femmes victimes de violences. Les quatre questions étaient destinées à comprendre comment le praticien repère ces patientes ; d'abord d'une manière générale puis en reprenant le dernier cas de femme victime auquel il a été confronté.
- Partie 2 : Prise en charge des victimes de violences. Ces quatre questions permettaient de savoir quelle démarche médico légale (certificat médical, tenue du dossier médical) effectue le professionnel et d'évaluer son aisance face à la situation.
- Partie 3 : Orientation des patientes. Les trois questions de cette partie étaient destinées à connaître vers qui ou quelle structure, le praticien oriente ces patientes à la suite de la consultation et s'il avait à sa disposition dans l'hôpital, un protocole pour l'aider dans sa démarche.
- Partie 4 : Difficultés rencontrées. Ces deux dernières questions avaient pour but d'identifier la formation de chacun sur la question des violences faites aux femmes mais aussi les éléments pouvant altérer leur prise en charge dans la pratique quotidienne.

D. Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé sous deux formats :

- Un format mail, comprenant un texte d'accompagnement pour expliquer le sujet de l'étude, suivi d'un lien orientant vers le questionnaire construit dans Google Form©. Ce mail a été diffusé via les mailing listes des secrétariats des urgences et maternités des Centres Hospitaliers de Charente Maritime.
- Un format papier construit de manière identique et précédé du même texte d'accompagnement a été distribué dans les casiers individuels des médecins et dans les salles de soins des sages-femmes.

E. Recueil de données

L'étude s'est déroulée entre le 17 mars et le 4 juillet 2018. Les données ont été intégrées dans un tableur Excel pour être ensuite analysées. Les données provenant des réponses du questionnaire construit sur Google Form© ont été intégrées automatiquement au tableur et les données des questionnaires papiers ont été rentrées manuellement par la suite.

F. Analyse statistique

La population de l'étude a été analysée de manière descriptive. Les variables quantitatives ont été exprimées en nombre et en pourcentage. L'analyse statistique a été faite par l'intermédiaire des logiciels Excel© pour Mac 2018 et SAS 9.4. Une analyse par test du Chi2 a été réalisée pour comparer : les modalités de rédaction du CMI selon l'activité des praticiens, le repérage des victimes sur l'année 2017 par les praticiens formés et non formés, l'aisance des praticiens formés et non formés. Le seuil de significativité statistique, définissant le fait qu'une différence observée entre deux valeurs ne soit pas dû au hasard, est retenu à $p < 0,05$. Le test de Fisher a été utilisé lorsque la réalisation du test de Chi 2 n'était pas réalisable (échantillon trop petit).

III. RESULTATS

A. Description de la population de praticiens interrogés

Au total, 78 personnes ont répondu au questionnaire.

1. Taux de participation

	Urgentistes	Gynéco- Obstétriciens	Sages-Femmes	TOTAL
Jonzac	33% (n=2)	-	25% (n=1)	30% (n=3)
La Rochelle	44% (n=11)	0% (n=0)	8% (n=4)	18% (n=15)
Rochefort	80% (n=4)	67% (n=4)	41% (n=9)	52% (n=17)
Royan	60% (n=3)	-	-	60% (n=3)
Saintes	62% (n=8)	100% (n=10)	50% (n=18)	61% (n=36)
Saint Jean d'Angély	100% (n=4)	-	-	100% (n=4)
TOTAL	55% (n=32)	56% (n=14)	29% (n=32)	40% (n=78)

Tableau 2: Taux de participation en fonction de l'activité et du Centre Hospitalier d'exercice

2. Sexe

64% de femmes et 36% d'hommes ont répondu au questionnaire.

3. Activité

41% (n= 32) des répondants étaient des urgentistes, 41% (n=32) étaient des sages-femmes et 18% (n= 14) étaient des gynécologues-obstétriciens.

4. Ancienneté d'exercice

La répartition des praticiens selon l'ancienneté de leur pratique et leur sexe est présentée dans les graphiques suivants :

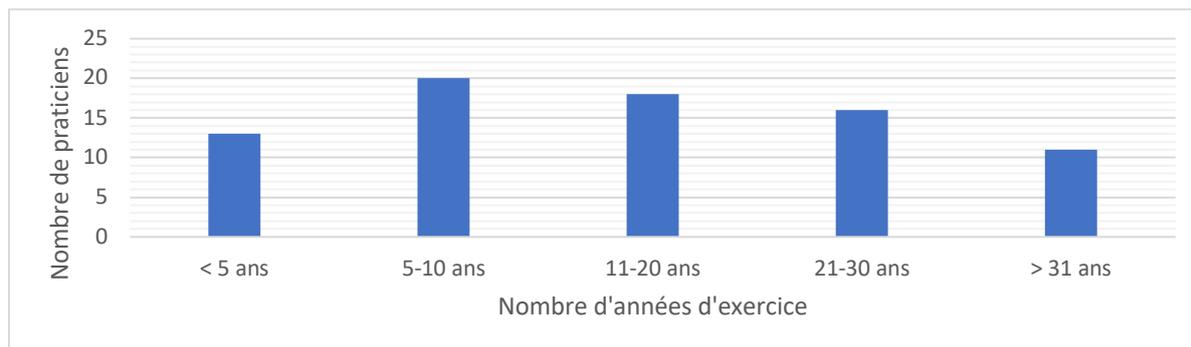


Figure 4 : Répartition de la population en fonction du nombre d'années d'exercice

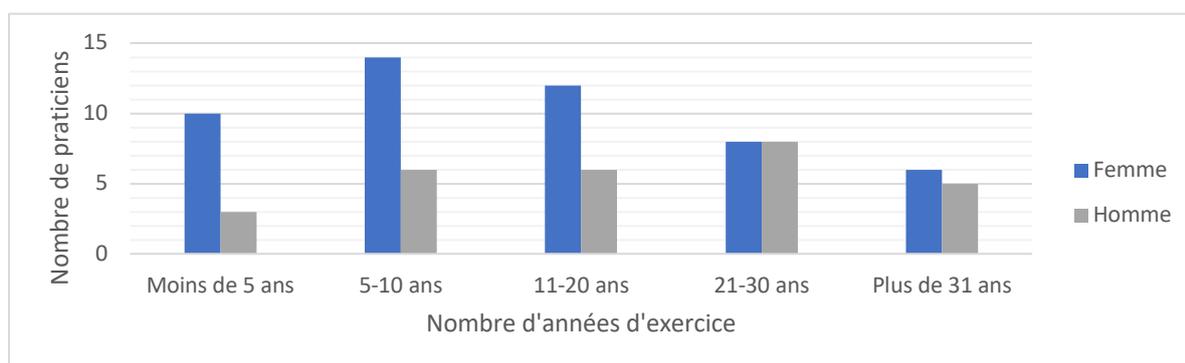


Figure 5 : Répartition femme-homme de la population en fonction du nombre d'années d'exercice

5. Lieu d'exercice

Les différents lieux d'exercice des participants sont présentés dans le graphique suivant :

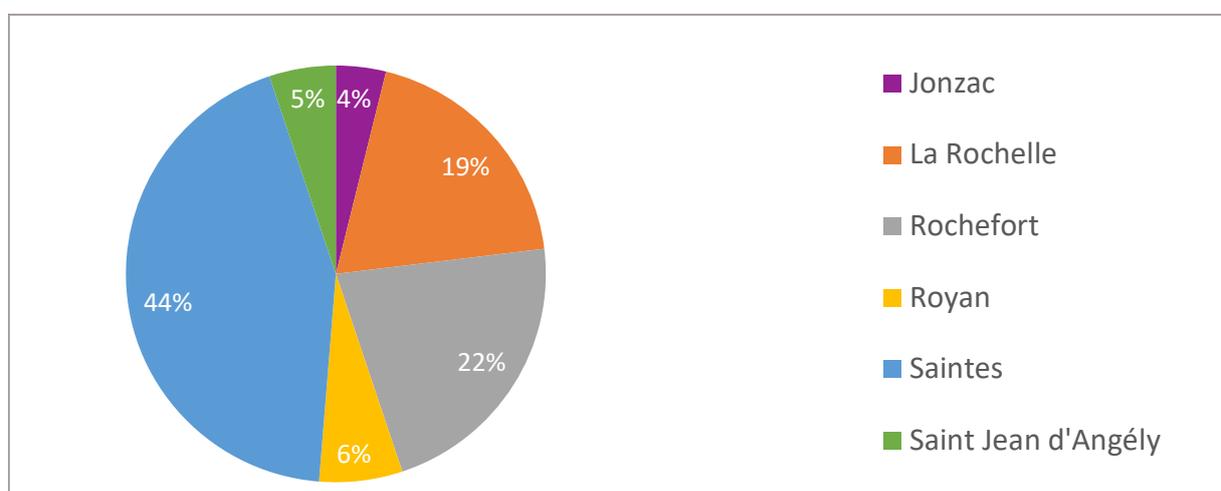


Figure 6 : Répartition de la population par Centres Hospitaliers d'exercice

B. Repérage des femmes victimes de violences

1. Estimation du nombre de victimes sur l'année 2017

L'estimation du nombre de femmes victimes de violences vues en consultation par chaque praticien en 2017 est présentée dans le graphique suivant :

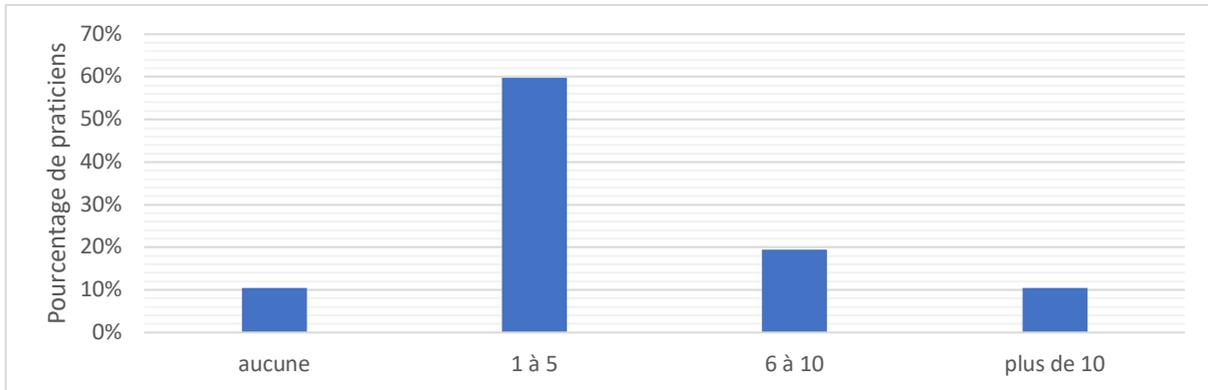


Figure 7 : Estimation du nombre de victimes vues en consultation en 2017 par les praticiens interrogés

2. Déroulement de la dernière consultation dans une situation de femme victime de violences.

Lors de la dernière consultation où les praticiens ont été confrontés à une femme victime de violences, le sujet a été abordé dans 57% des cas par la patiente.

Le motif initial de cette dernière consultation est détaillé dans le graphique suivant.

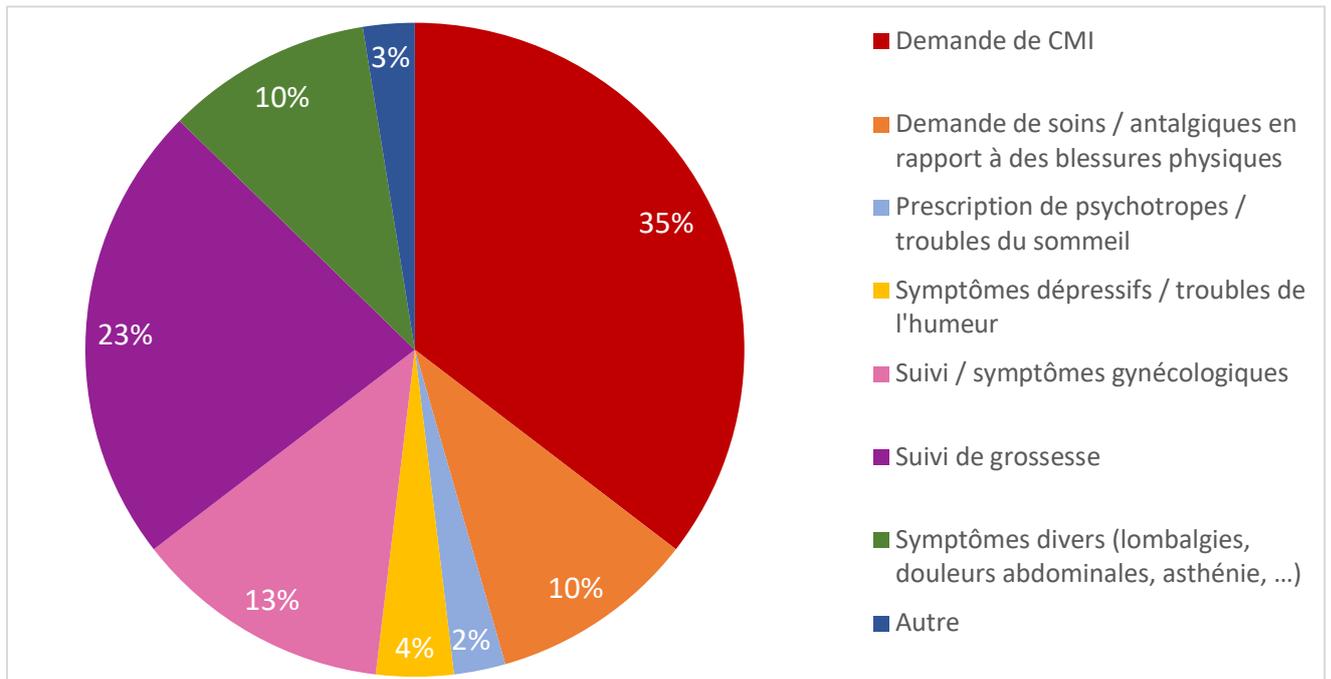


Figure 8 : Répartition des différents motifs de consultation lors de la dernière situation de femme victime de violences rencontrée

3. Type de repérage effectué par les praticiens

Les différents éléments amenant les praticiens à poser la question des violences à leurs patientes sont répartis dans le graphique suivant.

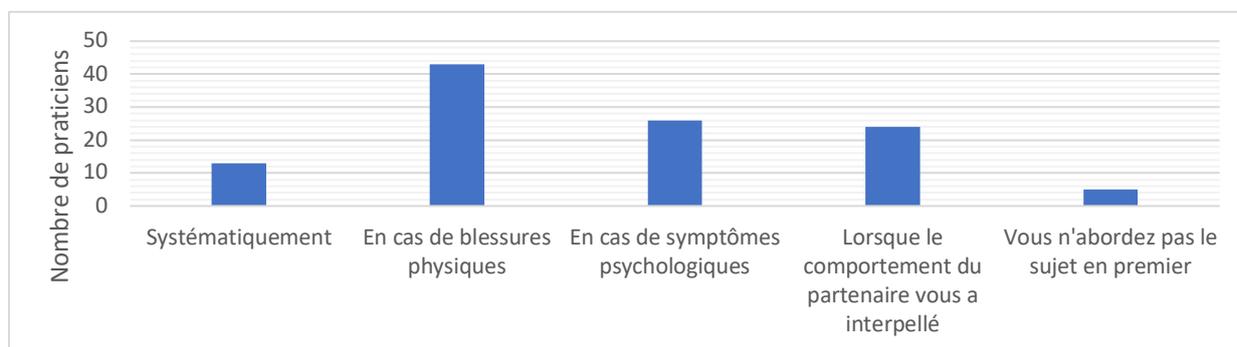


Figure 9 : Éléments pouvant amener les praticiens à poser la question des violences au cours de la consultation

5 praticiens ont répondu ne jamais aborder le sujet en premier. Pour 3 d'entre eux, le motif était qu'ils n'étaient pas certains de savoir comment réagir ou aider la patiente, 1 pense que c'est à la patiente d'aborder le sujet en premier et le dernier ne pose pas la question car n'y pense pas.

Le rapport entre le type de repérage effectué et l'activité des différents praticiens est présentée dans le graphique suivant :

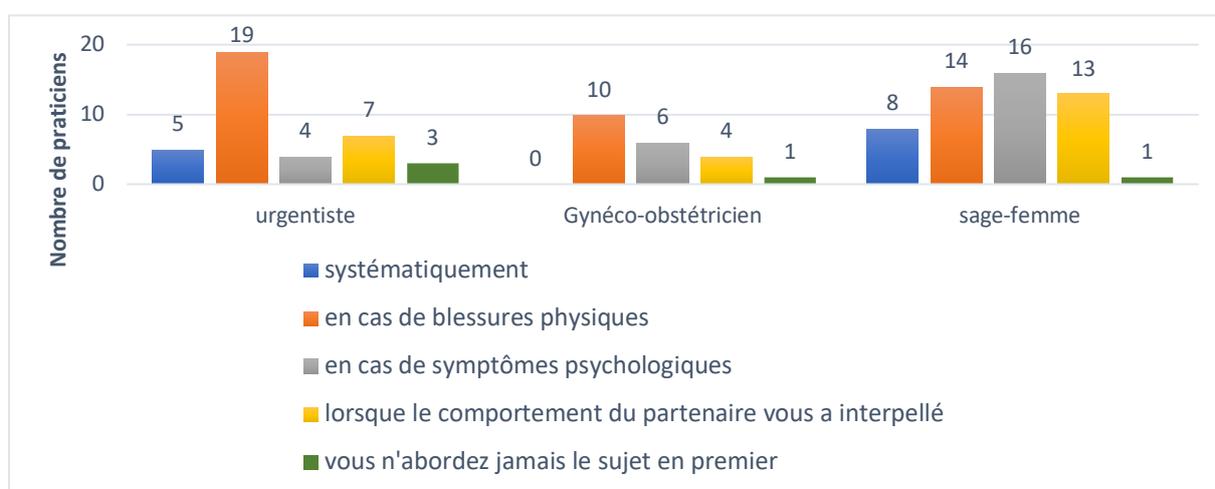


Figure 10 : Éléments amenant les praticiens à poser la question des violences en consultation, en fonction de leur activité

On ne peut pas conclure à une différence statistiquement significative entre les gynécologues obstétriciens et les autres praticiens dans le fait de poser systématiquement la question des violences aux patientes ($p=0,0715$).

C. Prise en charge des femmes victimes de violences

1. Ressenti des praticiens

Une échelle graduée de 0 à 10 permettait aux praticiens d'évaluer leur aisance à gérer une consultation dans le cas d'une femme victime de violences. 0 correspondait à « pas du tout à l'aise » et 10 à « aucune difficulté ». Les résultats sont présentés dans la figure 10.

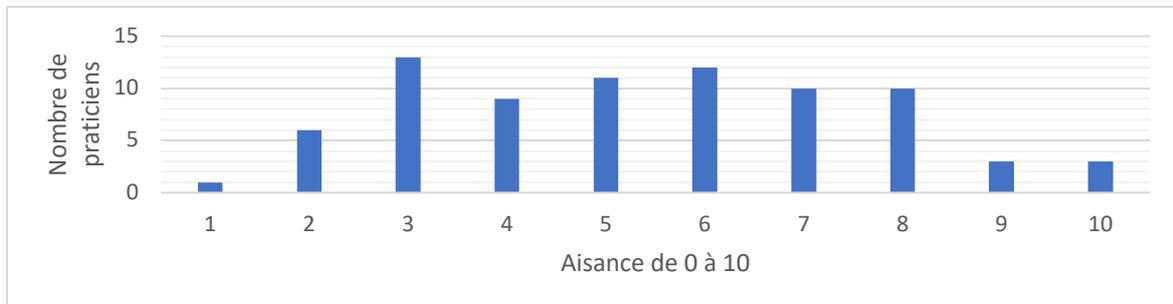


Figure 11 : Aisance des praticiens lors d'une consultation avec une femme victime de violences

2. Rédaction du certificat médical initial

La question de la rédaction d'un certificat médical et selon quelles modalités a été posée aux praticiens. Les résultats : « oui », « non » et les différentes modalités sont présentés dans le tableau 3 puis, selon les activités des praticiens participants dans la figure 12.

Rédigez-vous un certificat médical initial ?	Total (%)
Oui	9
Oui, systématiquement même si la victime ne souhaite pas porter plainte	4
Oui, en indiquant une ITT	15
Oui, systématiquement ET en indiquant une ITT	22
Non	50

Tableau 3: Taux de rédaction du certificat médical initial

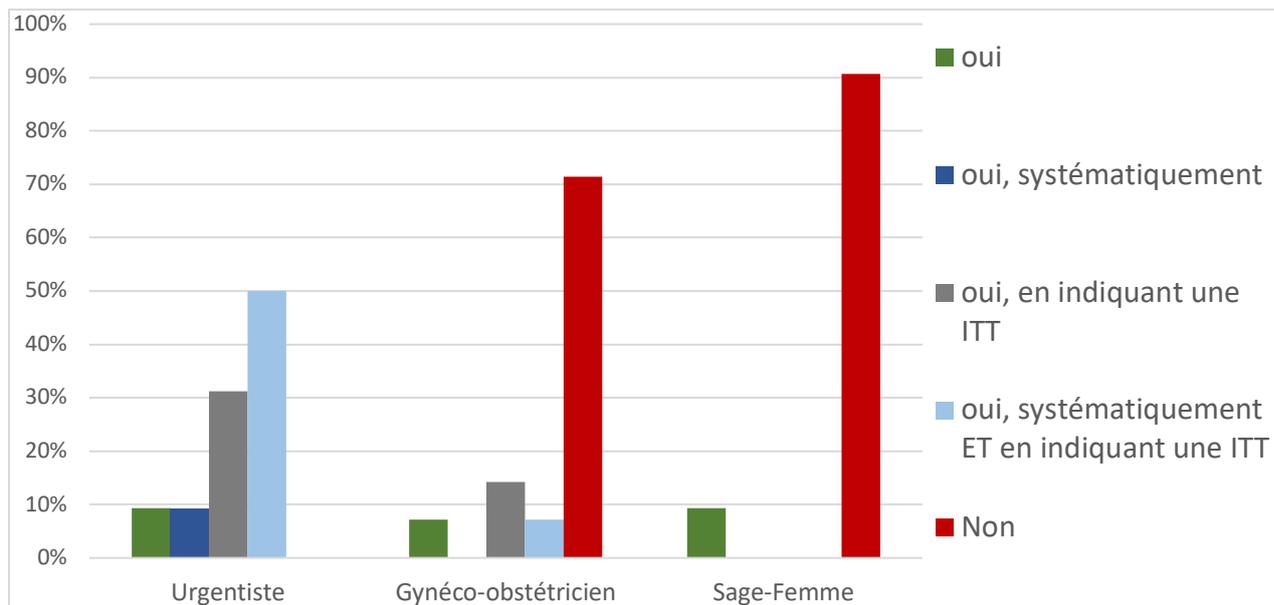


Figure 12 : Taux de rédaction du certificat médical initial selon l'activité des praticiens interrogés

Il existe une différence statistiquement significative entre les différents groupes de praticiens concernant le fait de rédiger un CMI dans de bonnes modalités (systématiquement et avec ITT pour les médecins, systématiquement pour les sages-femmes) ($p < 0,0001$).

3. Tenue du dossier médical

88% des praticiens interrogés reportent systématiquement dans le dossier médical les éléments médicaux et psychologiques constatés lors de la consultation (94% pour les urgentistes, 79% pour les gynéco-obstétriciens et 88% pour les sages-femmes).

4. Évaluation de la situation au domicile

85% des praticiens cherchent à évaluer la dangerosité de la situation au domicile et 90% s'il y a des enfants à protéger au sein du foyer.

D. Orientation des patientes

1. Orientation à l'issue de la consultation

Le graphique suivant présente les différents interlocuteurs et structures vers qui les praticiens orientent leurs patientes à l'issue de la consultation.

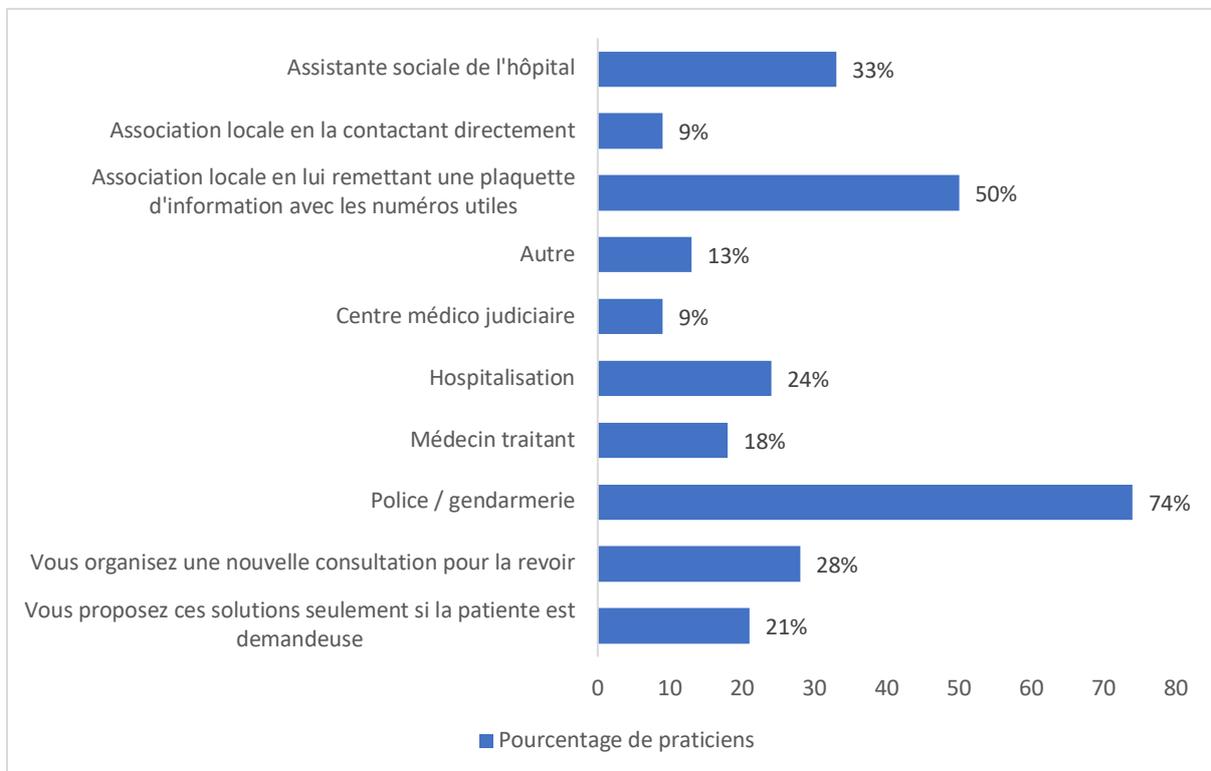


Figure 13 : Orientation des patientes par les praticiens à l'issue de la consultation

Les 13% de praticiens ayant répondu « autre » proposaient : la PMI (4 réponses), un psychologue (4 réponses), un hébergement d'urgence (1 réponse) et un conseiller conjugal (1 réponse).

2. Outils à disposition

60% des praticiens ont des interlocuteurs privilégiés avec qui ils travaillent directement dans ces situations. 83% n'ont pas de protocole à leur disposition pour faciliter leur prise en charge et parmi eux 91% pensent que cela pourrait les aider. Parmi les 17% ayant un protocole à disposition, 83% l'utilise.

E. Obstacles rencontrés par les praticiens

1. Formation

51% des participants n'ont jamais reçu de formation sur la prise en charge des femmes victimes de violences. Les autres avaient déjà bénéficié d'une formation via :

- Leur formation initiale (47%),
- La formation médicale continue (24%),
- Des congrès (29%),
- D'autres alternatives (16%) : retour des médecins référents, réunions institutionnelles avec le ministère des affaires sanitaires et sociales, formation personnelle, experts judiciaires.

Le rapport entre le repérage des victimes par les praticiens sur l'année 2017 et leur éventuelle formation est représenté dans le graphique suivant.

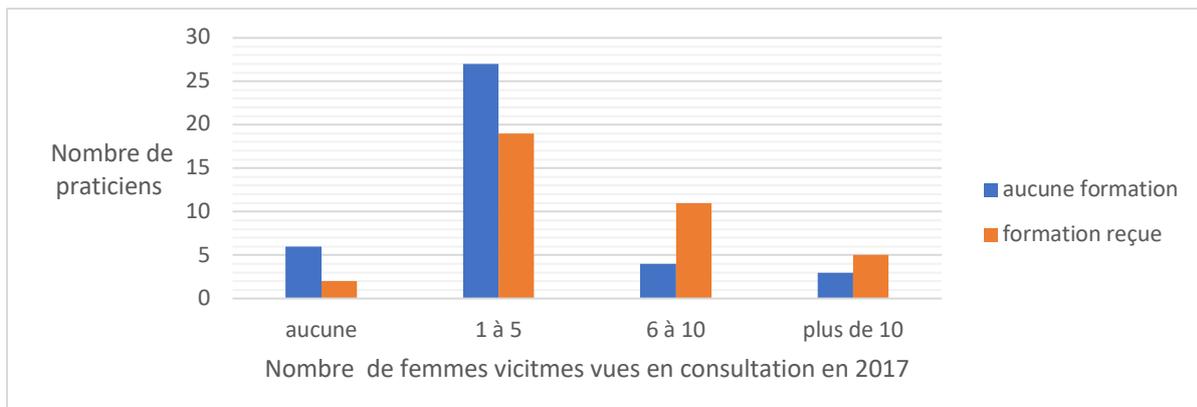


Figure 14 : estimation du nombre de femmes victimes vues en consultation en 2017 par les praticiens selon s'ils ont reçu ou non une formation

Il existe une différence statistiquement significative entre les groupes formés et non formés pour les praticiens n'ayant repéré aucune victime ($p < 0,0001$) et ceux ayant repéré 6 à 10 victimes ($p < 0,0001$). On ne peut pas conclure à une différence statistiquement significative dans le fait d'avoir reçu ou non une formation pour les praticiens ayant repérés 1 à 5 victimes ($p = 0,2186$).

Le rapport entre l'aisance des praticiens dans la gestion de ces consultations et leur éventuelle formation est présenté dans le tableau et le graphique suivants :

Aisance des praticiens sur une échelle de 0 à 10	Nombre de praticiens n'ayant reçu aucune formation	Nombre de praticiens ayant reçu une formation	p
1	0	1	p<0,0001
2	5	1	p<0,0001
3	10	3	p<0,0001
4	5	4	p=0,0044
5	4	7	p=0,2355
6	6	6	p=0,3241
7	3	7	p=0,0031
8	4	6	p<0,0001
9	2	1	p<0,0001
10	1	2	P=0,0373
Total	40	38	

Tableau 4: Aisance des praticiens formés et non formés, sur une échelle de 0 à 10

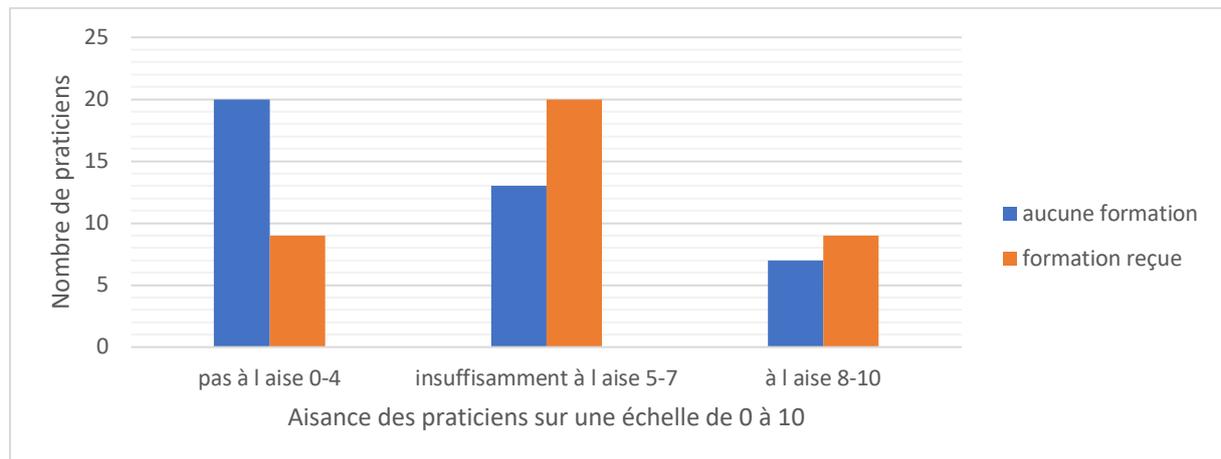


Figure 15 : Aisance des praticiens, sur une échelle de 0 à 10 (0= pas de tout à l'aise, 10= aucune difficulté), dans la gestion d'une consultation avec une femme victime de violences

Il a également été demandé aux praticiens quels étaient les points de formation qui les intéressaient le plus. 4 ne souhaitaient pas plus de formation (2 urgentistes et 2 gynéco-obstétriciens). Les réponses des 74 praticiens intéressés par des formations sont présentées dans le tableau suivant.

	Rédaction du CMI	Détermination de l'ITT	Réseau et associations locales	Prise en charge psychologique
Urgentiste	43%	53%	83%	63%
Gynéco-obstétricien	58%	83%	92%	58%
Sage-femme	50%	38%	78%	56%
TOTAL, tout praticiens	49%	51%	82%	59%

Tableau 5: Pourcentage de praticiens intéressés par les différents axes de formation, selon leur activité

2. Autres difficultés

Les différentes difficultés rencontrées par les praticiens au cours des consultations et qu'ils ont estimé comme gênantes à leur bonne prise en charge, sont présentées dans le graphique suivant.

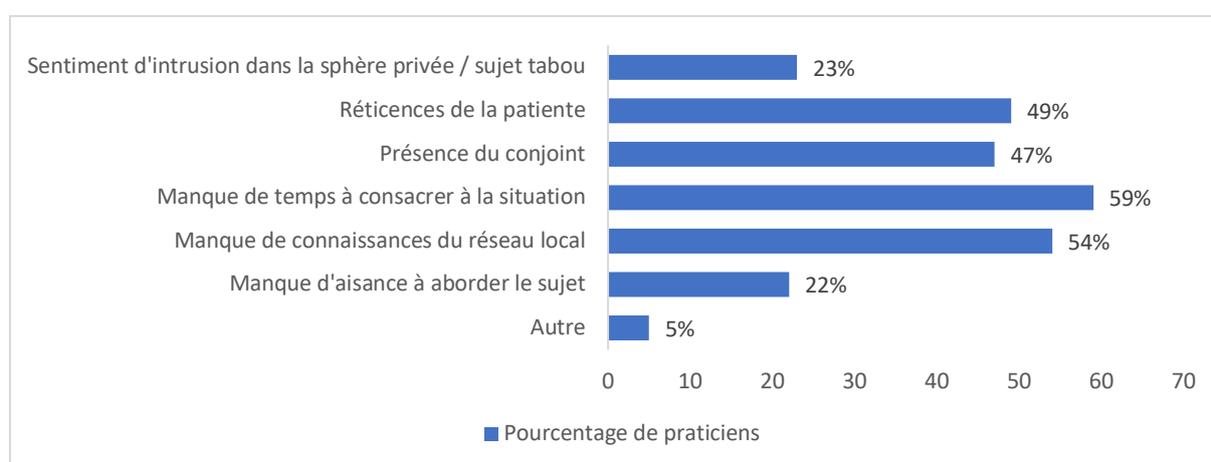


Figure 16 : Difficultés rencontrées par les praticiens pendant leurs consultations

Les difficultés rapportées dans la catégorie « autre » étaient : le manque de formation, le manque de connaissances dans le domaine juridique, le manque d'intervenants la nuit.

F. Dépistage systématique

Une dernière question visait à connaître la position des praticiens concernant le dépistage systématique des femmes victimes de violences dans leur patientèle. 83% se disaient favorables (71% des urgentistes, 85% des gynéco-obstétriciens et 94% des sages-femmes) et 2 personnes n'ont pas répondu à la question. Parmi les justifications à un refus du dépistage systématique on trouvait :

- Le manque de temps (cité par 5 personnes),
- Le choix de faire un repérage actif plutôt qu'un dépistage systématique (cité par 3 personnes),
- L'absence de suivi médical possible (cité par 1 personne).

IV. DISCUSSION

A. Limites et forces de l'étude

1. Limites de l'étude

Il existe plusieurs biais liés au choix du format du questionnaire. En effet, le choix de l'anonymat implique qu'en théorie une seule personne pouvait remplir plusieurs fois le questionnaire. Les praticiens n'étaient invités à laisser leur adresse mail seulement s'ils souhaitaient recevoir les résultats de l'étude. Ensuite, nous avons fait le choix d'un double format de questionnaire (papier et internet) afin d'obtenir plus de réponses et de pallier aux difficultés de diffusion du lien Google Form à certains praticiens, notamment les sages-femmes. L'option papier nous a certes permis d'augmenter la taille de la population étudiée (100% des retours sur le CH de Rochefort étaient en format papier), en revanche, certains praticiens n'ont pas répondu à toutes les questions, ou à l'inverse, beaucoup de praticiens ont sélectionné plusieurs réponses alors que ce n'était pas une question à choix multiples (en particulier concernant la question 3 du questionnaire) (Annexe 1).

Seuls 78 professionnels (40%) du département ont répondu à l'étude ce qui peut entraîner un manque de puissance mais qui peut être également un reflet du manque de sensibilisation des professionnels de santé sur le sujet. La maternité du CH de La Rochelle a rendu un nombre plus limité de réponses, qui semble lié à une difficulté de diffusion au niveau de ce service.

A noter que le taux de participation est une estimation basée sur un nombre de praticiens communiqué par les différents services, alors qu'il existe beaucoup de fluctuations de postes sur de courtes périodes et certains praticiens exercent dans plusieurs centres hospitaliers à la fois. Il n'y a pas de maternité dans les Centres Hospitaliers de Jonzac, Royan et Saint Jean d'Angély mais seulement une activité de consultation avec des gynécologues et des sages-femmes dépendants du Centre Hospitalier de Saintes. Sur le CH de Jonzac, il s'agit de sages-femmes ayant une activité en partie libérale.

Tous les Centres Hospitaliers interrogés ont participé à l'étude, avec un plus fort taux de participation sur le CH de Saintes qui s'explique par le fait que les initiateurs de cette étude travaillent sur ce Centre Hospitalier.

2. Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale s'intéressant aux pratiques des médecins de différentes spécialités des Centres Hospitaliers, mais aussi des sages-femmes. En effet, ces dernières années, plusieurs études ont été menées sur la prise en charge des femmes victimes de violences mais elles analysaient principalement les pratiques des médecins généralistes. Les praticiens interrogés sont les premiers interlocuteurs de ces victimes, car ils exercent dans des services de premiers recours, mais ils sont aussi les seuls praticiens que ces femmes peuvent consulter la nuit et les week-end, ce qui représente malheureusement la majorité des situations [26].

Cette étude a également permis d'analyser les pratiques d'un territoire entier en s'intéressant aux Centres Hospitaliers de tout le département de la Charente-Maritime. Les résultats obtenus permettent de connaître les pratiques et les difficultés à cette échelle territoriale correspondant à la réalité du terrain.

Ce travail s'est intéressé à la prise en charge globale des femmes victimes de violences en analysant leur repérage, leur prise en charge et leur orientation (avec une mise en évidence de l'importance du travail en réseau). Mais, cette étude s'est aussi attachée à rechercher les difficultés rencontrées par les praticiens.

B. Population de l'étude

64% de femmes ont répondu au questionnaire. Ce résultat est cohérent avec la forte féminisation des spécialités ciblées par l'étude : 97,4% des sages-femmes [27], 59% des gynécologues médicaux hospitaliers et 67% des gynécologues-obstétriciens hospitaliers [28] sont des femmes. Ce résultat reflète la démographie actuelle de la population interrogée et ne semble pas lié à un intérêt plus important des femmes pour le sujet. Il est conforté par le résultat montrant que la population de moins de 20 ans d'expérience est majoritairement représentée par des femmes (figure 5), ce qui correspond à la forte féminisation de la médecine ces vingt dernières années.

17% des participants ont moins de 5 ans d'expérience et sont donc intéressés par le sujet alors qu'ils ont probablement été assez peu confrontés à la problématique. Cet intérêt est probablement lié aux campagnes de sensibilisation menées ces dernières années mais peut aussi être lié à la facilité d'accès aux ressources nécessaires à la prise en charge via l'utilisation d'internet, comme l'explique Bonnet P. [29].

C. Repérage des femmes victimes de violences par les praticiens interrogés

Dans notre étude, 10% des praticiens interrogés déclarent n'avoir vu aucune patiente victime de violences en 2017, la victime aborde elle-même le sujet des violences dans 57% des situations (et dans 35% des cas la victime consulte pour une demande de CMI) et seulement 17% des praticiens déclarent poser systématiquement la question des violences. Ces résultats témoignent de la difficulté à réaliser un repérage efficace. Dans une étude réalisée en 2000, Morvant C. [30] montrait que dans 85% des cas, la patiente signalait elle-même les violences à son médecin avec seulement 7,7% des médecins qui faisaient du dépistage actif. 10 ans plus tard, Cornilleau A. montrait que la sensibilisation des médecins permettait de ramener ce chiffre à 69% ($p=1,68 \times 10^{-6}$) [31]. Il semble donc que le repérage des victimes soit plus efficace mais toujours insuffisant si l'on considère que les violences seraient 10 fois plus fréquentes que ne le perçoivent les médecins [32] faute de dépistage actif.

On remarque cependant qu'aucun gynécologue-obstétricien de l'étude ne déclare faire du dépistage systématique (figure 10) même si on ne peut conclure à une différence statistiquement significative avec les autres praticiens ($p=0,0747$). Or, 36% des consultations avaient lieu pour un motif gynéco-obstétrical. Ce résultat est bien loin de ceux retrouvés par des auteurs Américains [33] où 26% des gynécologues femmes et 19% des gynécologues hommes faisaient du dépistage systématique des violences conjugales chez leur patientes. Le développement du dépistage systématique aux États-Unis est favorisé par l'American College of Obstetricians and Gynecologists qui recommande le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes. Cette absence de dépistage systématique dans notre étude peut s'expliquer par un défaut de formation comme l'a montré Rouveyre M. [34].

En effet, dans son étude interrogeant des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens et des médecins généralistes, il existait un lien entre le fait que les praticiens trouvaient leur formation suffisante et le fait de réaliser un dépistage systématique ($p=0,01192$).

Dans l'étude de Morvant C. [30] le suivi de grossesse et les troubles gynécologiques ne représentaient respectivement que 1% et 2,5% des motifs initiaux de consultations. Cette différence peut s'expliquer par le fait que cette étude interrogeait une population de médecins généralistes.

Nos résultats concordent avec la notion que la grossesse est une situation à risque de décompensation des violences [35] et que cette période doit permettre un repérage renforcé des patientes comme le recommande depuis 2005 l'HAS [36] et donc nécessite l'implication des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes.

Les conclusions du rapport Henrion [9] évoquent la nécessité d'une étude portant sur les urgences gynéco-obstétricales et les violences conjugales, ce que confirment les résultats de notre étude. Une des 10 actions prioritaires recommandées par ce rapport était déjà l'incitation des gynécologues-obstétriciens au dépistage et l'identification d'un référent en maternité pour le suivi de ces patientes.

D. Prise en charge des femmes victimes de violences

Les résultats montrent que seuls 50% des praticiens ayant participé rédigent un CMI, mais notre étude permet de mettre en avant que le détail est bien plus complexe. En effet, 71% des gynécologues et 91% des sages-femmes déclarent ne pas faire de CMI, alors que 100% des urgentistes font un certificat. Ce résultat est cohérent avec l'étude menée sur les urgences Cochin [37] qui retrouvait le même taux de réalisation du certificat chez les urgentistes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les urgentistes sont plus régulièrement confrontés à des situations nécessitant la rédaction de CMI que les autres médecins ou les sages-femmes. En effet, même dans ce contexte, les patientes amenées à consulter la nuit sont dirigées vers les urgences et celles qui vont en premier lieu à la gendarmerie ou au commissariat, afin de déposer une plainte, sont ensuite redirigées vers les urgences afin d'obtenir un CMI.

On constate également qu'aucune sage-femme ne déclare rédiger un CMI systématiquement et seulement 7% des gynécologues-obstétriciens déclarent le rédiger systématiquement avec ITT contre 50% des urgentistes. Le taux de rédaction du CMI dans de bonnes modalités est significativement plus bas pour les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes que pour les urgentistes ($p < 0,0001$). Ceci peut également s'expliquer par une aisance plus particulière des urgentistes dans la rédaction du CMI car ils sont amenés à en faire régulièrement et dans d'autres contextes que celui des femmes victimes de violences, mais aussi par un défaut de formation comme nous le verrons plus loin.

Ces résultats sont donc moins bons que ceux de l'étude de Bures J. [38] où 82% des médecins généralistes interrogés déclaraient faire un certificat, mais ils se rapprochent de ceux de Poyet A. en 2006 [39] avec seulement 44% de certificats rédigés. Mais ces études posaient seulement la question de la rédaction du certificat sans savoir si elle était systématique et/ou avec détermination de l'ITT.

Comparativement aux autres études [31, 38] on retrouve un bon taux de retranscription dans les dossiers médicaux (88%), ce chiffre est un peu moins bon si on s'intéresse seulement aux gynécologues (79%). Ceci peut s'expliquer par le fait que certains gynécologues remettent aux patientes leur dossier lors des suivis de grossesse, élément qui peut aussi être un frein évident à la rédaction d'un CMI.

La dangerosité immédiate des violences au sein du foyer est une préoccupation des praticiens dans leur prise en charge puisque 85% cherchent à l'évaluer et 90% s'informent sur les éventuels enfants à protéger. Ces éléments de prise en charge sont rarement évoqués dans les autres études.

E. Orientation des patientes victimes de violences

Les résultats concernant l'orientation des patientes à l'issue de la consultation (figure 13) montrent que 74% des praticiens orientent leurs patientes vers la police ou la gendarmerie, 50% vers une association locale et 33% à l'assistante sociale de l'hôpital. Cornilleau A. [31] a montré une progression du recours aux associations (42% en 2011) et aux travailleurs sociaux (31,5% en 2011), grâce à une sensibilisation des professionnels de santé. L'orientation de ces patientes à la police ou à la gendarmerie reste néanmoins majoritaire, étant donné que leur implication est un préalable nécessaire aux démarches judiciaires. Comme expliqué précédemment, les patientes entreprenant en premier lieu des démarches judiciaires en allant déposer plainte sont renvoyées vers un médecin pour établir un CMI. Seulement, devant les délais de rendez-vous parfois longs des médecins généralistes [40], les patientes sont orientées vers les urgences afin d'obtenir rapidement un CMI puis sont réorientées vers la gendarmerie ou le commissariat. Cette rapidité d'obtention du certificat est nécessaire afin d'éviter de perdre la patiente de vue et qu'elle ne retombe pas dans le cycle des violences.

D'ailleurs, on constate que le lien avec la médecine de ville est assez peu fait puisque seulement 18% des praticiens proposent aux patientes de revoir leur médecin traitant. Or, celui-ci pourrait permettre une continuité des soins qui est difficile à organiser dans un contexte de consultation d'urgence. Pourtant on remarque que le suivi de ces patientes interpelle les praticiens avec 28% d'entre eux qui décident d'organiser une nouvelle consultation. Ces résultats témoignent de la nécessité de sensibiliser les praticiens au travail en réseau afin de permettre la coordination du suivi des patientes.

Un point négatif qui ressort de cette question est que plus d'un praticien sur cinq propose une orientation seulement à la demande de la patiente. Or, un des principaux rôles des praticiens dans ces situations est celui d'information et d'orientation des patientes [9]. Ces difficultés dans l'orientation des patientes pourraient être diminuées avec la mise en place d'un protocole de prise en charge et d'orientation dans ces services puisque les résultats montrent qu'une grande majorité des praticiens seraient favorables à son utilisation.

F. Obstacles rencontrés

Plus de la moitié (51%) des praticiens n'ont jamais été formés à la prise en charge des violences envers les femmes. Notre étude a permis de montrer que le manque de formation des professionnels avait un impact direct sur le repérage et la prise en charge des patientes :

- Les praticiens formés estiment avoir vu plus de femmes victimes de violences sur l'année 2017 que ceux non formés (Figure 14) ($p < 0,0001$) et les praticiens non formés ont plus tendance à ne repérer aucune victime que ceux formés ($p < 0,0001$).
- Les praticiens formés sont plus à l'aise dans la gestion d'une consultation avec une femme victime de violences que ceux non formés (Figure 15). En effet, les praticiens que l'on peut estimer à l'aise dans ces consultations (score d'aisance entre 8 et 10) ont plutôt tendance à être des praticiens formés ($p < 0,05$). Et inversement, ceux que l'on peut estimer comme n'étant pas à l'aise (score de 0 à 4) ont tendance à ne pas avoir reçu de formation ($p < 0,05$) (tableau 4). 22% des praticiens estiment que leur manque d'aisance à aborder le sujet des violences les a déjà gênés dans leur prise en charge.

Le manque de formation est un obstacle à la bonne prise en charge évoqué dans de nombreuses études. Dans l'étude de Morvant C. [30] 60,3% des médecins s'estimaient insuffisamment formés, et la première action recommandée par le rapport Henrion [9] était la sensibilisation des médecins et des professionnels de santé ainsi que l'organisation de formations multidisciplinaires. Barroso-Debel M. [41] a montré que pour 25% des médecins interrogés, l'amélioration de la formation initiale et de la formation continue permettrait d'améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales.

95% des praticiens interrogés sont intéressés par un ou plusieurs axes de formation. La moitié d'entre eux souhaiterait être formée à la rédaction du CMI et à la détermination de l'ITT. Et en particulier 50% des sages-femmes demandent une formation concernant le CMI et 82% des gynécologues concernant l'ITT. Ces résultats recourent les constatations faites dans la Partie « Prise en charge » des patientes sur les défauts de rédaction du certificat. Cet intérêt des praticiens devrait donc donner lieu à des séances d'information afin de les accompagner dans l'amélioration de leur prise en charge.

En plus de la formation et de la sensibilisation des professionnels de santé, la bonne prise en charge de ces patientes passe par la coordination avec d'autres partenaires [42], en particulier les associations et les travailleurs sociaux. Notre étude montre que 54% des praticiens sont toujours gênés par le manque de connaissances du réseau local et 82% souhaiteraient une formation sur ce sujet. C'est l'axe de formation le plus demandé par les praticiens interrogés.

D'autres éléments sont vus par les praticiens comme des difficultés lors de leur prise en charge. En particulier, le manque de temps à consacrer à ces situations, évoqué par 59% des praticiens, est également un des obstacles retrouvés par Barroso-Debel M. [41].

G. Proposition de dépistage systématique

83% des praticiens interrogés sont favorables à un dépistage systématique au sein de leur patientèle. Or, actuellement, il n'y a pas de preuves suffisantes pour des recommandations vis-à-vis d'un dépistage systématique des femmes victimes de violences [43]. Même si cela permettrait l'identification d'un plus grand nombre de victimes [44], il n'y a pas de preuve de la réduction des violences ou de leurs conséquences. Les remarques des praticiens non favorables sont cependant intéressantes :

- Plusieurs se sont prononcés en faveur d'un repérage ciblé plutôt qu'un dépistage systématique. Cette option peut être efficace mais implique que les praticiens soient capables et donc formés à la prise en compte de signes indirects faisant suspecter des violences.
- Certains ont évoqué le côté chronophage du dépistage systématique qui est déjà un obstacle à la bonne prise en charge des patientes lorsque la situation de violences est identifiée.

H. Propositions d'amélioration

Le dépistage systématique n'est pas exclu par les professionnels interrogés mais n'a pour le moment pas fait ses preuves. Une telle démarche nécessiterait que les professionnels de santé le mettant en œuvre aient une réponse adaptée à apporter aux patientes qui seraient dépistées dans ce cadre.

Aux urgences du Centre Hospitalier de Bayonne [26], aucun cas de violences conjugales n'avait été signalé à l'assistante sociale en 2015. En 2016, à l'initiative de la référente « femmes victimes de violences », plusieurs séances de sensibilisation et de formation du personnel des urgences ont été réalisées. En 2017, au 31 octobre, 70 victimes (dont 67% ayant consulté la nuit ou le week-end) avaient été orientées à l'assistante sociale et 96% d'entre elles ont bénéficié d'un accompagnement tout au long de leurs démarches.

Il convient donc d'abord d'améliorer les ressources à disposition des praticiens dans un but de sensibilisation et donc d'amélioration du repérage mais aussi de la prise en charge globale des victimes. Pour ce faire, 4 axes de travail ressortent de cette étude :

- La formation des professionnels de santé : sensibiliser les professionnels au sujet des femmes victimes de violences, promouvoir le repérage, informer sur la rédaction du CMI et la détermination de l'ITT.
- Le développement de protocoles pour aider les praticiens dans leur prise en charge et orientation des patientes.
- L'optimisation du travail en réseau à l'échelle locale.
- La gestion de la contrainte du temps de ces consultations, peut être en s'appuyant sur le développement des référents dédiés dans les services.

V. CONCLUSION

La prise en charge des femmes victimes de violences est un enjeu de Santé Publique depuis des années mais les professionnels ne peuvent s'appuyer sur une prise en charge standardisée et sont souvent démunis face à ces situations.

L'objectif principal de ce travail était de connaître la prise en charge actuelle de ces victimes dans les services de premiers recours des Centres Hospitaliers de Charente-Maritime. Les principaux résultats montrent que 10% des praticiens estiment n'avoir vu aucune patiente victime de violences en 2017, 36% des patientes consultaient initialement pour un motif gynécologique ou obstétrical, 50% des praticiens dont 71% des gynécologues-obstétriciens et 91% des sages-femmes ne font pas de certificat médical initial et seulement 50% des urgentistes réalisent un certificat systématiquement avec notion d'une ITT ($p < 0,0001$), le lien avec la médecine de ville est assez peu fait (18% des praticiens) et enfin un praticien sur 5 n'oriente la patiente que si celle-ci en fait la demande.

L'objectif secondaire était d'identifier les principaux obstacles rencontrés par les professionnels de santé. Le principal est le manque de formation des praticiens qui se répercute à tous les niveaux de la prise en charge : difficultés au repérage des victimes, manque d'aisance, défaut de rédaction du CMI, méconnaissance du réseau local.

La volonté de formation des praticiens interrogés sur le sujet des femmes victimes de violences est forte (95%) et la plupart d'entre eux serait prêt à faire du dépistage systématique même si celui n'est actuellement pas recommandé.

Un travail de sensibilisation des professionnels de santé des Urgences de Saintes ainsi que la création d'un protocole de prise en charge est en cours. Des travaux devront être réalisés pour en évaluer l'impact sur la prise en charge des patientes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, Ministère de l'Intérieur, 2015.
2. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, Ministère de l'Intérieur, 2016. Consulté le 15 avril 2018. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf>.
3. Enveff : enquête nationale sur les violences envers les Femmes en France. Consulté le 16 septembre 2017. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf.
4. Définition terme « violence », Larousse, 2018.
5. Assemblée générale, Nations Unies, Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le 23 février 1994, 48^e session, point 111 de l'ordre du jour. un.org
6. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Bureau des Traités. Consulté le 28 mars 2018. <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
7. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence, Lancet, 2002 ;359(9314) : 1331-6.
8. Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B, Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, 2016, INVS.
9. Henrion R, sous la direction. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au Ministre chargé de la Santé, Paris, Ministère de l'emploi et de la Solidarité, 2001.
10. Garibay-West F. Schoof, psychiatric disorders of abused women at a shelter. 1990, Psychiatric Quarterly, 61 (4), 295-301.
11. Enquête cadre de vie et sécurité, INSEE, ONDRP, 2010-2015
12. World Health Organization, La violence à l'encontre des femmes, Principaux repères sur la violence à l'encontre des femmes, violence d'un partenaire intime et violence sexuelle, 2017. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
13. Nectoux, Marc, Claude Mugnier, Sandrine Baffert, Maité Albagly, et Bertrand Thélot. Évaluation économique des violences conjugales en France, Summary . *Santé Publique* 22, n° 4 (16 septembre 2010): 405-16. <https://doi.org/10.3917/spub.104.0405>.

14. Code pénal - Article 222-13-6, particularité des violences commises au sein du couple, 222-13 Code pénal § (s. d.). Consulté le 24 mai 2018.
15. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs (s. d.). Consulté le 16 janvier 2018.
16. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, 2010-769 § (2010).
17. LOI n° 2015-993 du 17 août 2015 portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne, 2015-993 § (2015).
18. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, Dupuis J, Cromer S, Hamel C. Enquête violences et rapport de genre (Virage) : présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Consulté le 9 février 2018. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
19. « 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) ». Secrétariat d'État en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. Consulté le 16 septembre 2017. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
20. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. MIPROF. La lettre de l'observatoire National des violences faites aux Femmes, n°12, Novembre 2017.
21. Code pénal - Article 226-14, 226-14 Code pénal § (s. d.). Consulté le 29 septembre 2018.
22. Article R 4127-44 du Code de la santé publique
23. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonne pratique. Octobre 2011.
24. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 – INVS « Cout des violences au sein du couple en 2012 ». Consulté le 27 février 2018. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23_2.pdf.
25. CIDFF Saintes, bilan annuel, 2016
26. SOULAT M. Prise en charge des femmes victimes de violences intra-familiales en Nouvelle-Aquitaine, Gynécologie sans frontières, Journée du 23 novembre 2017, Bordeaux.
27. Nombre de sages-femmes par genre en France, CNOSF 2017.
28. Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, SYNGOF 2014.

29. Bonnet P, État des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne, Thèse d'exercice en Médecine, Poitiers, 2017.
30. Morvant Cécile, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, et Pierre Chauvin. « Violences conjugales : repérer et aider les victimes. » *Revue du Praticien Médecine Générale*, n° 702/703 (septembre 2005) : 945-54.
31. CORNILLEAU A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Thèse d'exercice en Médecine, Paris, 2012.
32. Stark E, Flitcraft A. Violence among intimates :an epidemiological review. In : Hasselt, Morrison, Hersen, eds. *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press, 1988, pp. 203-318.
33. Collective. The battered woman, Washington, American College of Obstetrics and Gynecology, Technical bulletin 124, 1989
34. ROUYEYRE M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-De-Dôme, Mémoire diplôme d'État de Sage-Femme, Clermont Ferrand, 2012.
35. JOUDRIER H. Violences conjugales, grossesse et Médecine Générale. Thèse d'exercice en Médecine. Paris. 2012.
36. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la Parentalité. Recommandations pour la pratique clinique, Saint Denis de la Plaine : HAS, 2005.
37. VAREILLE C, CLAESSENS YE, ALLO JC et al. Amélioration du dépistage et optimisation de la prise en charge des violences conjugales aux urgences de Cochin. *Journal Européen des Urgences*, Juin 2009, Volume 22, supplément 2, Pages 183-184.
38. BURES.J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse d'exercice en médecine. Rouen. 2016.
39. POYET A. Le médecin généraliste face aux violences : évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Thèse d'exercice en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2006.
40. Observatoire de l'accès aux soins par l'IFOP pour Jalma, 2017.
41. BARROSO DEBEL Maria. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice en Médecine. Paris. 2013
42. LEBAS J., MORVANT C., CHAUVIN P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecin de premier recours. *Bull. Acad. Nationale de Médecine*, 2002, 186, n°6, 949-961, séance du 4 juin 2002.

43. US Preventive Services Task force, 2004 : Wathen et MacMillian, 2003, Ramsay et al 2002.

44. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A, Screening women for intimate partner violence in healthcare settings, Cochrane database of systematic reviews, 2015.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire et texte d'accompagnement

Questionnaire à l'attention des Urgentistes, Gynécologues-obstétriciens et Sages-femmes

Chère consœur, cher confrère,

Je suis interne de médecine générale et je prépare actuellement ma thèse portant sur **la prise en charge des femmes victimes de violences intra familiales en Charente Maritime.** Ce travail est mené sous la direction du Dr CHANE-CHING, urgentiste au Centre Hospitalier de Saintes et aidé par le Dr Munoz, responsable du groupe de travail sur les violences faites aux femmes au sein de ce même centre hospitalier.

La problématique des femmes victimes de violences est toujours un réel problème de santé publique : une femme tuée tous les 3 jours par son partenaire ou ex-partenaire, 225000 femmes par an victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, ou encore un coût total estimé à plus de 3,6 milliards d'euros annuels dont 290 millions rien que pour les soins médicaux. Ce travail s'inscrit dans un des objectifs du 5^e plan de lutte interministériel contre toutes les violences faites aux femmes, consistant à « faciliter l'orientation vers les dispositifs d'écoute et d'accompagnement, notamment par la formation des professionnels qui constituent le premier recours des femmes victimes de violences ».

Ainsi, le but du questionnaire suivant est d'analyser le parcours de ces femmes (repérage, prise en charge, orientation) dans leurs services de premier recours du secteur hospitalier (urgences, gynécologie et maternité) et de détecter d'éventuels freins à leur prise en charge.

Ce questionnaire est bien sur **anonyme** et ne vous prendra que quelques minutes.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à ce projet. Je reste bien sûr à votre disposition pour toute question ou information complémentaire : maxinechaumont@gmail.com

Maxine CHAUMONT, interne en médecine générale

Faculté de Médecine de Poitiers

GENERALITES

Etes-vous : Une femme

Un homme

Depuis combien d'années exercez-vous ?

<5 ans

5-10 ans

11-20 ans

21-30 ans

>31 ans

Vous êtes : Urgentiste

Gynéco-obstétricien

Sage-femme

Votre lieu d'exercice principal :

Jonzac

La Rochelle

Rochefort

Royan

Saintes

Saint Jean d'Angély

PARTIE 1 : Repérage des femmes victimes de violences

1) Combien de femmes victimes de violences intra familiales estimez-vous avoir vu en consultation au cours de l'année 2017 ?

Aucune

1 à 5

6 à 10

plus de 10

2) Lors de la dernière situation où vous avez été confronté à une patiente victime de violences :

▪ Le sujet a été abordé : par la patiente
 vous avez posé la question

▪ Le motif initial de la consultation était :

demande de CMI (certificat médical initial)

demande de soins / antalgiques en rapport à des blessures physiques

prescription de psychotropes / troubles du sommeil

symptômes dépressifs / troubles de l'humeur

suivi / symptômes gynécologiques

suivi de grossesse

symptômes divers (lombalgies, douleurs abdominales, asthénie, ...)

autre :

3) D'une manière générale, avez-vous tendance à poser la question des violences :

systématiquement

en cas de blessures physiques

en cas de symptômes psychologiques

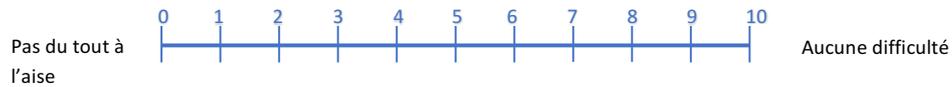
lorsque que le comportement du partenaire vous a interpellé

vous n'abordez pas le sujet en premier

- 4) Si vous avez répondu que vous n'abordiez pas le sujet en premier, est-ce parce que :
- vous estimez sortir de votre rôle de soignant
 - vous pensez que c'est à la patiente de se confier si elle est prête à en parler
 - vous n'êtes pas certain de savoir comment réagir ou aider la patiente
 - vous trouvez cela inutile / qu'il n'y aura pas de changement pour la patiente pour autant
 - autre :

PARTIE 2 : Prise en charge des victimes de violences

- 5) Lorsque vous êtes confronté à une situation où une patiente est victime de violences, vous estimez-vous à l'aise dans la gestion de la consultation ? Indiquez d'une croix votre ressenti sur cette échelle :



- 6) Rédigez-vous un CMI (certificat médical initial) ?
- oui, et ce, systématiquement même si la victime ne souhaite pas porter plainte
 - en indiquant une ITT (Incapacité Totale de Travail)
 - non
- 7) Ecrivez-vous **systématiquement** dans le dossier ce que vous constatez au cours de la consultation (éléments médicaux, psychologiques) ? oui non
- 8) Lorsque vous identifiez une situation où une patiente est victime de violences, cherchez-vous à :
- Evaluez la dangerosité de la situation à la maison : oui non
 - Savoir s'il y a des enfants à protéger au domicile : oui non

PARTIE 3 : Orientation des patientes

- 9) Généralement, vous orientez ces patientes vers : *plusieurs réponses possibles*
- la police / gendarmerie
 - l'assistante sociale de l'hôpital
 - une association locale en lui remettant une plaquette d'information avec les numéros utiles
 - une association locale en la contactant directement
 - le médecin traitant
 - un centre médico judiciaire
 - une hospitalisation
 - vous proposez ces solutions seulement si la patiente est demandeuse
 - vous organisez une nouvelle consultation pour la revoir
 - autre :
- 10) Avez-vous des interlocuteurs privilégiés avec qui vous travaillez directement dans ces situations (assistante sociale, psychologue, association, ...) ?
- oui non
- 11) Disposez-vous d'un protocole à l'hôpital sur la prise en charge de ces femmes ?
- oui non
- Si oui**, l'utilisez-vous ? oui non
- Si non**, pensez-vous que cela faciliterait votre prise en charge ? oui non

PARTIE 4 : Difficultés rencontrées

- 12) Avez-vous été formé à la prise en charge des femmes victimes de violences ?
plusieurs réponses possibles
- oui : formation initiale
- formation médicale continue
 - congrès
 - autre :
- non
- 13) Quels points vous ont déjà gêné dans votre prise en charge ? *plusieurs réponses possibles*
- Sentiment d'intrusion dans la sphère privée / sujet tabou
 - Présence du conjoint lors de la consultation
 - Manque de temps à consacrer à la situation
 - Réticences de la patiente
 - Manque de connaissances du réseau local
 - Manque d'aisance à aborder le sujet
 - Autre :

14) Y a-t-il des points sur lesquels vous aimeriez être plus formé ou informé ? *plusieurs réponses possibles*

- Rédaction du CMI (certificat médical initial)
- Détermination de l'ITT (incapacité totale de travail)
- Réseau et associations locales
- Prise en charge psychologique
- Autre :

15) Seriez-vous prêt à faire du dépistage systématique des femmes victimes de violences dans votre patientèle ?

- oui
- non, pourquoi ?

Commentaires ou remarques :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Si vous souhaitez recevoir les résultats de ce travail, laissez-moi votre mail :

Prise en charge des femmes victimes de violences par les médecins et sages-femmes des urgences et des maternités des Centres Hospitaliers de Charente-Maritime : état des lieux et obstacles.

Résumé

Introduction : En France, une femme meurt tous les trois jours victime de son conjoint ou ex-conjoint. L'objectif principal de cette étude est d'analyser la prise en charge des femmes victimes de violences (FVV) dans les services d'Urgences et Maternités des Centres Hospitaliers (CH) de Charente-Maritime. L'objectif secondaire est la mise en évidence d'obstacles à une prise en charge optimale. **Matériel et Méthode :** Nous avons réalisé une enquête de pratique, observationnelle et descriptive sous la forme d'un questionnaire destiné aux urgentistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes des CH de Charente-Maritime du 17 mars au 4 juillet 2018. **Résultats :** 78 praticiens ont répondu au questionnaire. 10% estimaient n'avoir vu aucune FVV en 2017 et aucun gynécologue-obstétricien ne posait systématiquement la question des violences à ses patientes. Dans 36% des cas, la patiente consultait pour un motif gynéco-obstétrical et dans 35% pour une demande de certificat médical initial (CMI). 91% des sages-femmes et 71% des gynécologues-obstétriciens ne rédigeaient pas de CMI et 50% des urgentistes le rédigeaient systématiquement et avec détermination de l'Incapacité Totale de Travail. Il existait une différence significative entre les trois groupes de praticiens dans le fait de rédiger le CMI dans de bonnes modalités ($p < 0,0001$). Les résultats sur le critère secondaire ont montré que les praticiens formés repéraient plus de FVV ($p < 0,0001$), qu'ils étaient plus à l'aise dans la gestion de ces consultations et 82% des praticiens souhaiteraient être formés sur le réseau local existant. **Conclusion :** Cette étude montre la nécessité de former les professionnels de santé afin d'améliorer le repérage des FVV, de promouvoir la bonne rédaction systématique du CMI et de favoriser la prise en charge en réseau de ces patientes.

Mots clés : femmes victimes de violences, repérage, certificat médical initial, formation.

Abstract

Background: In France, a woman dies every three days victim of her spouse or former spouse. The main objective of this study is to analyse the care offered in the Emergency and Maternity Services of the Hospitals Centers (CH) of Charente-Maritime to women victims of violence. The secondary objective is to highlight obstacles to optimal support. **Material and Method:** We conducted an observational and descriptive survey in the form of a questionnaire for emergency physicians, gynaecologists-obstetricians and midwives from the CHs of Charente-Maritime from March 17 to July 4, 2018. **Results:** 78 practitioners responded to the questionnaire. 10 % felt that they had not seen any female patient victim of violence in 2017, and no gynaecologist-obstetrician systematically asked his/her female patients about violence. In 36% of cases, the patient was consulting for a gynaeco-obstetrical reason and 35% of the cases concerned a request for an initial medical certificate (CMI). 91% of midwives and 71% of gynaecologists-obstetricians did not write a CMI and 50% of emergency physicians wrote one systematically including the level of Total Incapacity to Work. There was a significant difference between the three groups of practitioners in writing the CMI following an adequate methodology ($p < 0.0001$). The results on the secondary criterion showed that trained practitioners identified more women victims of violence ($p < 0.0001$), were more comfortable managing these consultations, and 82% of practitioners would like to be trained in the existing local network. **Conclusion:** This study shows the necessity to train health professionals in order to improve the identification of women victims of violence, to promote a systematic good drafting of the CMI and to promote a network assistance for these patients.

Key words: women victims of violence, identification, initial medical certificate, formation

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

