UNIVERSITE DES ANTILLES FACULTE DE MEDECINE

2026 HYACINTHE BASTARAUD

Dépistage des violences conjugales et intrafamiliales aux urgences de Cayenne.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 08 Octobre 2026
Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine d'Urgence

Par COLLECCHIA Elsa
Née le 18 Novembre 1997

A Évry

Examinateurs de la thèse :

Pr Maylis DOUINE	Professeure (Présidente)
Dr Claire BOCENO	Docteure
Dr Jeanne CHARBONNIER	Docteure
Dr Atoumane CISSE	Docteur
Dr Alexis FREMERY	Docteur (Directeur de thèse)

Liste des enseignants

UFR SANTÉ
Faculté Hyacinthe BASTARAUD

Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY
Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY
Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Laurent BRUREAU

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Antoine ADENIS antoine.adenis@ch-cayenne.fr	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention** CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Daniel AJZENBERG daniel.ajzenberg@chu-martinique.fr	**Parasitologie - Mycologie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 96 65
Véronique BACCINI veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr	**Hématologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Romain BLAIZOT blaizot.romain@ch-cayenne.fr	**Dermatologie-Vénéréologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 50
Pascal BLANCHET pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr	**Chirurgie Urologique** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
Sébastien BREUREC stephane.breurec@chu-guadeloupe.fr	**Bactériologie & Vénérologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
Laurent BRUREAU laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr	**Urologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André CABIE andre.cabie@chu-martinique.fr	**Maladies Infectieuses** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE philippe.cabre@chu-martinique.fr	**Neurologie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Raymond CESAIRE raymond.cesaire@chu-guadloupe.fr	**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
Nadège CORDEL nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr	**Dermatologie & Vénérologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE pierre.couppie@ch-cayenne.fr	**Dermatologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
CHERET Antoine antoine.cheret@chu-guadeloupe.fr	**Thérapeutique-Médecine de la douleur** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Bertrand De TOFFOL Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr	**Neurologie** CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE magalie.demar@ch-cayenne.fr	**Parasitologie et Infectiologue** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY christophe.deligny@chu-martinique.fr	**Médecine Interne** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU felix.djossou@ch-cayenne.fr	**Maladies infectieuses et tropicales** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Maylis DOUINE Maylis.douine@ch-cayenne.fr	**Epidémiologie, Economie de la Santé** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 00
Moustapha DRAMÉ moustapha.drame@chu-martinique.fr	**Épidémiologie, Économie de la Santé** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr	**Pédiatrie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Loïc EPELBOIN loic.epelboin@ch-cayenne.fr	**Maladies infectieuses** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Karim FARD karim.fard@chu-martinique.fr	**Médecine Nucléaire** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
Moana GELU-SIMEON moana.simeon@chu-guadeloupe.fr	**Gastroentérologie hépatologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Jocelyn INAMO jocelyn.inamo@chu-martinique.fr	**Cardiologie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72
Christina IOSIF Christina.iosif@chu-martinique.fr	**Radiologie et imagerie médicale** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacques JOUGON jacques.jougon@chu-martinique.fr	**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hatem Kallel hatem.kallel@ch-cayenne.fr	**Médecine intensive-réanimation** CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr	**Nutrition** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
Annie LANNUZEL annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr	**Neurologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
Olivier LESENS olivier.lesens@ch-cayenne.fr	**Maladies infectieuses, Maladies tropicales** CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 84
Mehdi MEJDOUBI mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr	**Radiologie et imagerie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Harold MERLE harold.merle@chu-martinique.fr	**Ophtalmologie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Mathieu NACHER mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	**Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention** CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Olivier PARANT olivier.parant@chu-guadeloupe.fr	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET stephanie.puget@aphp.fr	**Neurochirurgie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN chantal.raherison@chu-guadeloupe.fr	**Pneumologie, Addictologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE dabor.resiere@chu-martinique.fr	**Thérapeutique-médecine de la douleur** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr	**Maladies infectieuses, Maladies tropicales** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
François ROQUES chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr	**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE jean.roudie@chu-martinique.fr	**Chirurgie Digestive** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Maturin TABUE TEGUO maturin.tabueteguo@chu-martinique.fr	**Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
André-Pierre UZEL andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA magaly.zappa@ch-cayenne.fr	**Radiologie et imagerie médicale** CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 50

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers	
Stéphane AMADEO stephane.amadeo@chu-martinique.fr	**Psychiatrie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr	**Épidémiologie, économie de la santé et prévention** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE papa.GUEYE@chu-martinique.fr	**Médecine d'Urgence** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Laurent LARIFLA laurent.larifla@chu-guadeloupe.fr	**Cardiologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 20/14 28
Hossein MEHDAOUI hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr	**Médecine intensive-réanimation** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP patrick.portecop@chu-guadeloupe.fr	**Médecine d'urgence** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Professeurs des Universités	
Guillaume COUDEVYLLE guillaume.coudevylle@univ-antilles.fr	

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Cindy BERAL cindy.beral@chu-guadeloupe.fr	**Ophtalmologie** CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
Ianis COUSIN ianis.cousin@chu-martinique.fr	**Chirurgie Infantile** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Maïder FIRPION-COPPRY maider.coppry@chu-guadeloupe.fr	**Hygiène hospitalière** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Najeh HCINI hcininajeh@gmail.com	**Gynécologie-Obstétrique** CH de CAYENNE Tel : 05 94 34 89 34
Clarisse JOACHIM-CONTARET clarisse.joachim@chu-martinique.fr	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jean-Pierre KARAM jean-pierre.karam@chu-guadeloupe.fr	**Médecine Intensive-Réanimation** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 11 32
Fabienne LOUIS-SIDNEY fabienne.louis-sidney@chu-guadeloupe.fr	**Rhumatologie** CHU de Martinique Tel : 05.96.55.22.51
Frédéric MARTINO frederic.martino@chu-guadeloupe.fr	**Médecine Intensive –Réanimation** CHU de Guadeloupe Tel : 05.90.89.11.32
Amélie ROLLE amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr	**Anesthésie Réanimation** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE Emmanuelle.sylvestre@chu-martinique.fr	**Biostatistique, Informatique médicale et Technologie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr	**Endocrinologie, diabète - nutrition** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférences	
Yoann GARNIER **Yoann.garnier@inserm.fr**	**Biologie Moléculaire et Céllulaire** INSERM

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers

Professeur Associé de Médecine Générale	
Franciane GANE-TROPLENT franciane.troplent@orange.fr	**Médecine générale** Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé drwcdk@gmail.com	**Médecine générale** Cabinet libéral

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale	
Philippe CARRERE philippe.carrere@gmail.com	**Médecine générale** Cabinet libéral
Kève-Yann LARA keve_yannlara@hotmail.com	**Médecine générale** Cabinet libéral

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale	
PLACIDE Axiane a.placide@hotmail.fr	**Médecine Générale** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

CHEFS DE CLINIQUE	
ABEL Aurore abelaurore@orange.fr	**Médecine Interne** CHU de Martinique Tel : 0596 55 20 00
BAALA Mélina melina.baala@gmail.com	**Médecine Générale** **Cabinet libéral**
BADE Ophélie ophelie.bade@gmail.com	**Neurologie** CH de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
CHANAU Florent leo.casse@chu-guadeloupe.fr	**Psychiatrie** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

CHINGAN Alexandre chingan.alexandre@live.fr	**Ophtalmologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
DEQUITD Tanguy tanguy.dequitd@chu-guadeloupe.fr	**Infectiologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
DONAT Sunniva sunniva.donat@chu-martinique.fr	**Médecine Interne** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
DRAME Diafara diafara.drame@chu-guadeloupe.fr	**Anesthésie-Réanimation** CHU de Guadeloupe Tel : 05.90.89.11.30
EDWARDS Joy joy.edwards.d.l@gmail.com	**Endocrinologie-Diabétologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
EECKOUT Marie marie.eeckout@yahoo.fr	**Médecine Générale** Cabinet libéral
GROTTA Geoffrey geoffreygrotta92@gmail.com	**Dermatologie** CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
GUION-FIRMIN Julia Julia.guionfirmin@chu-martinique.fr	**Cardiologie** CH de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
LAMBERT Yann yann.lambert@ch-cayenne.fr	**Santé publique** CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
MATE Kinga matekingabrigitta@gmail.com	**Urologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
MOLLARD Philippe philippe.mollard@chu-guadeloupe.fr	**Urologie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
MONTAGNAC Clémentine montagnac.clementine@gmail.com	**Neurologie** CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
OUASSOU Amaël amael.ouassou@gmail.com	**Réanimation** CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 55 20 00

PLAVONIL Sarah sarah.plavonil@outlook.com	**Médecine interne** CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
ROMANA Julie julie.romana@gmx.fr	**Gériatrie** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
SCUSSEL Renaud scusselrenaud@hotmail.fr	**Maladies Infectieuse** CHU de Guyane Tel : 05 94 39 50 50
SIMONET Rémi remisimonet@hotmail.fr	**Médecine Générale** CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Remerciements

Professeure Maylis Douine, merci de me faire l'honneur de présider ce jury, merci pour votre disponibilité et vos conseils lors de ce travail.

Docteure Claire Boceno, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, merci pour ton travail à la PASS et ton implication auprès de tes patients.

Docteure Jeanne Charbonnier, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, merci pour tes conseils tout au long de ces 4 années et merci de défendre ces femmes.

Docteur Atoumane Cisse, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, ta présence signifie beaucoup pour moi, j'ai beaucoup appris à tes côtés lors de cet internat.

Docteur Alexis Fremery, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ta grande patience et ton écoute tout au long de ce travail, je n'aurais pas pu être mieux encadrée. Je tiens à te remercier également pour ta bienveillance et ton soutien tout au long de cet internat.

Professeur Portecop, merci pour le soutien dont vous avez fait preuve envers mes projets professionnels comme personnels au cours de cet internat.

A toute l'équipe des urgences et du SMUR de Cayenne, Maëlle, Assane, Rémi, Diouf, Daouda, Abdoulaye, Alex, Ousmane et ceux que j'ai oublié, merci de m'avoir accompagnée durant cet internat, merci pour tout ce que vous m'avez transmis et pour tous ces bons moments.

Aux infirmiers du SMUR et des urgences de Cayenne, Mélissa, JB, Elo, Alex, Mathieu, Martin, Isa, Nize, Vivi, Laeti, Paul, Mellie, Inès, Nao et tous les autres, je vous remercie infiniment, c'est un plaisir d'avoir passé cet internat à vos côtés, merci pour vos précieux conseils et merci pour l'aide inestimable à la distribution des questionnaires de cette thèse.

A toutes les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire, merci pour votre confiance, votre résilience, merci d'avoir partagé un bout de votre histoire avec moi, j'en suis honorée.

A ma famille,

Marie, Lélé, merci au CSC pour votre amour inconditionnel, vous êtes des femmes incroyablement talentueuses et je suis extrêmement fière d'être votre grande sœur.

Papa, merci pour ton soutien sans faille depuis le premier jour, et pour les valeurs que tu m'as transmises. Merci de m'avoir donné les clés pour y arriver.

Maman, merci de répondre présente malgré la distance, je n'y serai pas arrivée sans ton aide.

Tata et Tonton, Maud, merci de m'avoir donné le goût du voyage et merci pour tous ces étés parisiens merveilleux.

Thierry et Martine, Sylvie et Doudou, vous m'avez vue grandir, merci de m'accueillir toujours chez vous à bras ouverts et merci pour votre soutien.

Laurie, merci d'être ma 3ème sœur malgré la distance, je suis fière de la femme que tu es devenue.

A mes ami.es :

Aurélia, merci pour nos 20 ans d'amitiés et merci d'avoir dit oui à 20 ans de plus, merci de répondre toujours présente malgré les milliers de kilomètres, pour les fous rires, les discussions interminables en tente et ailleurs, pour nos voyages, ta détermination et ta joie de vivre.

Lulu, merci pour toutes ces années à tes côtés, merci

Agathe, merci d'être là depuis ces 10 années, de Rennes à Cayenne, pour ta présence dans les bons comme dans les moins bons moments.

A mon ghetto, Alice, Mathou, Lisa, Bobby, Salim, Marie, Nanou, Clairo, Philou, Briçou, Ely, merci pour cette formidable année en Guadeloupe, pour notre petite famille d'amour, pour les colocs, les repas, les fous rires et les larmes, les soirées interminables et les courses de brouettes, à nos voitures cabossées. A toutes nos futures bêtises et à nos futures colocs !

Pantou, Cam et Lisou, merci pour ces 6 années rennaises à vos côtés, à tous ces jeudis soirs, à ces journées BU qui n'auraient pas eu la même saveur sans vos bouilles et sans nos rires. J'attends nos retrouvailles avec impatience.

Amaury et Robin, merci pour votre soutien constant malgré les difficultés de cet internat, merci pour vos convictions précieuses et si rares dans ce milieu. Vous êtes des médecins formidables et bientôt des supers docteurs !

Antoine, merci pour ton amitié baladée entre Guadeloupe et Guyane, merci pour toutes les rigolades partagées.

Jérôme, merci pour ta sagesse et pour nos commérages, pour le nombre d'heures passées sur ce fameux banc, pour ta bonne humeur en toute circonstance. Tu es sans aucun doute l'un des médecins que j'estime le plus, n'en doute jamais.

Kimmy et Loanita, merci pour votre énergie débordante et communicative, votre maison cocon si chaleureuse et accueillante, merci pour votre créativité impressionnante et pour votre joyeuse folie. Et merci Matthias pour ces dernières semaines et tous ces pains au chocolat.
Loulou, merci pour ton amitié pétillante et tes blagues, merci pour nos combats (jamais gagnés ...).

Et enfin, Nico, merci pour ces 4 belles années, pour tes alter egos, pour nos aventures brésiliennes en Clio douteuse, pour notre quotidien doux malgré tout, pour ta perception du monde, pour ta musique et pour ton amour.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 15

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES 16

RESUME 17

ABSTRACT 18

CONTRIBUTION DES AUTEURS AU TRAVAIL 19

STATUT DE PUBLICATION DE L'ARTICLE 19

I. INTRODUCTION 20

II. MATERIELS ET METHODES 22

CADRE DE L'ETUDE 22
DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE 22
VARIABLES ETUDIEES 22
SOURCE DES DONNEES 23
DESCRIPTION DES PROCEDURES MISES EN PLACE POUR REDUIRE LES BIAIS 23
CALCUL DE L'EFFECTIF NECESSAIRE DE L'ETUDE 23
ANALYSE STATISTIQUE 24
ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES 24

III. RESULTATS 26

CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES 26
DEPISTAGE POSITIF 28
FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNERABILITE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

IV. DISCUSSION 32

V. CONCLUSION 36

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 37

ANNEXES 41

SERMENT D'HIPPOCRATE 46

IMPRIMATUR 47

Liste des abréviations

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UMJ : Unité Médico Judiciaire

VC : Violence Conjugale

VIF : Violence Intra Familiale

Index des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques principales de la population (n = 330)

Tableau 2 : Admissions répétées aux urgences et répartition en fonction du score de WAST.

Figures

Figure 1. Répartition par âge des patientes (n= 330)

Figure 2. Répartition par langue de réponse des patientes (n= 330)

Figure 3. Répartition selon le motif de consultation au SAU (n= 330)

Figure 4. Répartition des patientes en fonction du score de WAST (n = 330)

Figure 5. Répartition du score WAST en fonction de l'âge des patientes (n= 330)

Figure 6 : Principaux facteurs associés à un dépistage WAST positif en analyse univariée, IC à 95%.

Résumé

Contexte : En France, 376 000 femmes par an subissent des violences conjugales, définies depuis 2011 par la Convention d'Istanbul comme tout acte de « violence physique, sexuelle, psychologique ou économique » survenant au sein du couple. Celles-ci ont de lourdes conséquences sur leur santé physique et mentale. Depuis 2017, le dépistage de ces violences est préconisé par la HAS, mais est encore peu déployé. La Guyane présentant le 6ème taux le plus élevé de violences conjugales au niveau national, ce dépistage semble une priorité pour améliorer la prise en charge des patientes.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence des violences conjugales et intra familiales chez toute patiente admise au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Guyane, site Cayenne. Les objectifs secondaires étaient d'établir l'épidémiologie des femmes victimes et d'identifier des facteurs de risque et de vulnérabilité associés.

Méthodologie : Nous avons mené une étude prospective non interventionnelle monocentrique au SAU de Cayenne du 9 Février au 20 Février 2026. Toute patiente majeure admise au SAU et classée du tri 3 à 5 de la classification FRENCH était incluse. Un questionnaire de dépistage, basé sur le WAST (Women Abuse Screening Tool), était distribué à leur admission (au format papier et traduit en plusieurs langues), avec une plaquette d'information. Les dossiers des patientes étaient ensuite analysés a posteriori.

Résultats : Parmi les 330 patientes incluses, 72 (21,8%) avaient un score de WAST positif. Le score de WAST était plus souvent positif chez les femmes jeunes : 16 (27,1%) chez les 18 – 24 ans contre 4 (12,1%) chez les plus de 65 ans. Les patientes dépistées positivement déclaraient plus de troubles anxieux (n=59, 81,9%) et de troubles du sommeil (n=46, 63,9%) que celles ayant un WAST négatif (respectivement n=135, 52,3% et n=133, 51,6%). De même, 13 (18%) patientes avec un WAST positif avaient des antécédents de passage répétés aux urgences pour troubles anxieux contre 20 (7,8%) chez les femmes non victimes de violences conjugales ($p<0,05$). Enfin, les patientes avec un score de WAST positif déclaraient des habitudes de consommation supérieures d'alcool (n=11, 15,3%, $p = 0,064$) et de drogues (n=8, 11,1%, $p<0,05$).

Conclusion : Notre étude met en avant une prévalence importante de femmes victimes de violences conjugales alors même que la plupart ne venait pas aux urgences pour ce motif. En effet, ces dernières étaient nombreuses à consulter pour des motifs psychosomatiques, sans jamais évoquer les violences domestiques subies. Dans ce contexte, un dépistage systématisé pour toute patiente semble être nécessaire, particulièrement chez les femmes présentant certains critères de vulnérabilité (âge jeune, consommation de toxiques, antécédents de violence intra familiale…).

Abstract

Background : In France, 376,000 women experience intimate partner violence (IPV) each year. Since the 2011 Istanbul Convention, IPV has been defined as any act of "physical, sexual, psychological, or economic violence" occurring within a couple. Such violence has major consequences for physical and mental health. Since 2017, the French National Authority for Health (HAS) has recommended routine screening for IPV although its implementation remains limited. Since French Guiana has the sixth-highest rate of IPV in France, this screening appears essential to improve the management and care of affected women.

Objectives: The primary objective of this study was to evaluate the prevalence IPV and domestic violence among all female patients admitted to the Emergency Department (ED) of the French Guiana University Hospital, site of Cayenne. Secondary objectives were to describe the epidemiological characteristics of female victims, to investigate the association between IPV and frequent emergency department visits for psychosomatic complaints, and to identify risk and vulnerability factors.

Methods: We conducted a prospective, single-center, non-interventional study at the Cayenne ED from February 9 to February 20, 2026. All adult women admitted to the department and classified as triage levels 3 to 5 according to the FRENCH triage scale were included. A screening questionnaire, based on the WAST (Women Abuse Screening Tool), was distributed upon admission (in paper format and available in different languages), along with an informational leaflet. Patients' medical records were reviewed retrospectively.

Results: Among the 330 women included, 72 (21.8%) had a positive WAST score. Positive WAST scores were more frequent among younger women: 16 (27.1%) in the 18–24-year age group compared with 4 (12.1%) among women older than 65 years. Women tested positive reported more anxiety disorders (n = 59, 81.9%) and sleep disorders (n = 46, 63.9%) than those with a negative WAST score (n = 135, 52.3% and n = 133, 51.6%, respectively). Similarly, 13 women (18.0%) with a positive WAST score had a history of repeated emergency department visits for anxiety disorders, compared with 20 women (7.8%) in the WAST-negative group ($p < 0.05$). Finally, women with a positive WAST score reported higher rates of alcohol use (n = 11, 15.3%; p=0,064) and illicit drug use (n = 8, 11.1%; $p < 0.05$).

Conclusion: Our study highlights the high prevalence of IPV among women attending the emergency department, even though most did not come to the ED for that reason. In fact, many of them sought care for psychosomatic complaints without ever disclosing domestic violence. In this context, systematic screening for all female patients appears necessary, particularly among women meeting vulnerability criteria (young age, substance use, history of domestic violence …).

Contribution des auteurs au travail

Ce travail a bénéficié du soutien du Centre d'Investigation Clinique Antilles Guyane, Inserm CIC 1424.

Statut de publication de l'article

L'article n'a pas encore été publié.

I. Introduction

Les violences faites aux femmes sont définies par l'ONU en 1994 comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin » et entrainant « un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris 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 ». Elles peuvent prendre part « au sein de la famille , de la collectivité ou être perpétrés par l'État » (1). Au sein de ces violences, la Convention d'Istanbul de 2011, définit les violences conjugales comme « tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime » (2).

Selon l'enquête *Vécu et ressenti en matière de sécurité* (VRS) de 2024, menée par l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes (ONVFF) en France Hexagonale, Martinique et Guadeloupe, 376 000 femmes ont subi des violences de la part de leur partenaire ou ex-partenaire en 2023. Parmi elles, 22% ont subi des violences physiques, 74% des violences verbales ou psychologiques et 36% des violences sexuelles, la majorité de ces violences étant répétées et non isolées. Pour la plupart d'entre elles, les agresseurs sont des hommes (83%) (3). Les violences conjugales sont donc un problème majeur de santé publique en France. Elles touchent presque exclusivement des femmes et conduisent à une utilisation accrue des services de santé et d'urgence, que ce soit pour des symptômes psychosomatiques (douleurs chroniques abdominales et pelviennes, troubles du sommeil, céphalées ...) ou psychiatriques (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique ...). (4,5). Le dépistage de ces violences est donc nécessaire afin de réduire la morbi-mortalité pour ces patientes, et pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire adaptée (6).

La Guyane Française est un vaste territoire ultra-marin située en Amérique du Sud, comptant 301 099 habitants au 1er Janvier 2023 et dont la moitié a moins de 25 ans (7). Elle est marquée par une importante précarité (plus de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté) et un isolement géographique avec un accès parfois limité aux structures de soins et donc à un suivi médical (8). Les violences faites aux femmes et les violences intra familiales (VIF) sont, dans ce contexte, marquées en Guyane. En effet, le département affiche le 6ème plus fort taux de violences conjugales avec 13,1 femmes victimes pour 1000 habitantes en 2023 (contre 10,6 au niveau national) et les victimes d'agression sexuelle

sont souvent très jeunes, avec une médiane d'âge de 13 ans selon les données de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de Cayenne (7, 9). L'INSERM, à travers l'enquête « Contexte des Sexualités en France », menée entre 2023 et 2024, a interrogé 2524 Guyanais.es : 28% des femmes Guyanaises interrogées, toute classe d'âge confondues, déclarent avoir subi un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie, ce chiffre étant de 32,3% chez les femmes plus jeunes (18 à 29 ans) (10).

Pour lutter contre les violences faites aux femmes et dans les suites du Grenelle contre les Violences Conjugales de 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a donc émis des Recommandations de Bonnes Pratiques, prônant le dépistage systématique des violences intrafamiliales, et plus particulièrement des violences conjugales, lors d'une consultation médicale. En effet, ce dépistage permet, selon la HAS, de détecter jusqu'à trois fois plus de femmes victimes de violences conjugales (VC) (11). Cependant, en 2025, ces recommandations sont peu mises en application (3% des patientes dépistées) alors que 96% des patientes se déclarent favorables à ce questionnement, et qu'il est même source de soulagement chez 72% des femmes victimes de VC (11).

Au sein du Service d'Accueil des Urgences CHU de Guyane – site Cayenne, le dépistage reste insuffisamment formalisé par manque de formation, de temps, par difficulté linguistique ou par manque de protocole clair. Les filières de prise en charge sont largement méconnues, tant des soignant.es que des patient.es, et la prise en charge des femmes victimes de VC n'est donc pas optimale (12). L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence des violences conjugales et intra familiales aux urgences du CHU de Guyane – Site Cayenne, via un dépistage systématisé par un outil validé, en contexte guyanais. Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs de risque et de vulnérabilité, de rechercher un lien avec des consultations fréquentes aux urgences pour des motifs psychosomatiques, et d'identifier un parcours de prise en soin adapté.

II. Matériels et méthodes

Cadre de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective non interventionnelle monocentrique au sein du Service d'Accueil des Urgences du CHU de Guyane, site de Cayenne du 9 Février 2026 au 20 Février 2026.

Description de la population de l'étude

Étaient incluses toutes patientes majeures se présentant au SAU sur la période de l'étude, pour tous motifs de consultation. Les patientes devaient être classées du tri 3 à 5 de la classification de FRENCH (13) utilisée par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) *(Annexe 1)*.

Les critères de non inclusion étaient les suivants : patiente mineure, patiente présentant des troubles cognitifs, un état d'ivresse ou des troubles de conscience persistants, un tri FRENCH 1 ou 2 signant une mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel à court terme, une patiente sous tutelle ou curatelle. La patiente était exclue en cas d'opposition à l'étude.

Variables étudiées

L'épidémiologie des violences conjugales a été étudiée par la prévalence des violences conjugales sur la période donnée, le recueil des caractéristiques socio démographiques des patientes (âge, pays d'origine, couverture sociale, travail), le motif de consultation au SAU, le recueil des antécédents de passage aux urgences répétés pour motifs somatiques sans diagnostic évident depuis Mars 2024 sur le logiciel Hopital Manager (date de sa mise en place au SAU). La prévalence des violences intra familiales a également été analysée.

Les motifs de consultation au SAU ont été regroupés en 18 cadres nosologiques suivant la Classification Internationale des Maladies, 10^{e} révision (CIM-10) : traumatologie, cardiologie, digestif, neurologie, otorhinolaryngologie - ophtalmologie, orthopédie, stress – anxiété, infectiologie, dermatologie, malaise, psychiatrie, urologie, agression, gynécologie, endocrinologie, pneumologie, violence conjugale, ou autre.

Les facteurs individuels de vulnérabilité ont été recherchés : présence de troubles anxieux ou dépressifs, troubles du sommeil, précarité, absence de couverture sociale.

Source des données

Le dépistage a été effectué par le questionnaire WAST (Women Abuse Screening Tool), un questionnaire validé en français et en anglais (Se = 97,7% et Sp = 97,1%) composé de 8 questions. Deux questions ont été ajoutées (n°9 et 10) concernant les violences intra-familiales, en reprenant la trame des questions n°7 et 8 du WAST original (*Annexe 2*). Le dépistage est considéré comme positif lorsque le score est supérieur strictement à 4 pour les questions n°1 à n°8, les questions n°9 et n°10 étant analysées séparément.

Nous avons distribué le questionnaire en version papier sur la période de l'étude à l'admission de chaque patiente, celui-ci était rempli sur place par la patiente et récupéré par les investigateurs de l'étude. Les questionnaires étaient traduits en plusieurs langues (avec l'aide des médiateurs) : français, anglais, espagnol, portugais brésilien, créole haïtien, perse, arabe marocain, arabe tunisien, arabe syrien.

Lors de la distribution du questionnaire, une plaquette d'information était remise à chaque patiente. Elle contenait des explications sur les VC notamment le violentomètre, les numéros d'urgence, les associations du territoire actives dans la prise en charge des victimes de VC ainsi que les informations essentielles concernant le droit des victimes (*Annexe 3 et 3 bis*).

Les questionnaires ont ensuite été pseudonymisés et enregistrés sur Kobo ToolBox, les données ont été sécurisées par un mot de passe détenu par l'investigateur principal. Les dossiers médicaux des patientes concernant les données du soin ont été étudiés a posteriori.

Description des procédures mises en place pour réduire les biais

Afin de limiter les biais d'interprétation, nous avons utilisé un auto-questionnaire court (temps de réponse d'environ 10 minutes), validé scientifiquement, à réponse ordinale et sans réponse ouverte. Une information claire et loyale donnée aux patientes concernant la pseudonymisation des données permettait d'éviter un biais du répondant. Une analyse multivariée a également été menée.

Calcul de l'effectif nécessaire de l'étude

Le calcul du nombre de sujets nécessaires (NSN) s'est appuyé sur le nombre moyen de passages aux urgences (50 000 par an), une prévalence estimée de femmes victimes de violences conjugales à 30%, une marge d'erreur à 5% et un niveau de confiance désiré à 95%. Le NSN était donc de 323 inclusions.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R Studio (version 2023.06.0+421, R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche). L'ensemble des tests a été réalisé en bilatéral et un seuil de significativité statistique de $p < 0,05$ a été retenu.

Construction du critère de jugement principal

Le score WAST a été construit à partir des réponses aux items explorant les violences conjugales et chaque item était codé de manière ordinale, puis transformé en variable numérique. Le score total correspondait à la somme des items (valeurs comprises entre 0 et 2). Un dépistage positif des violences était défini par un score strictement supérieur à 4, permettant d'identifier les patientes présentant une accumulation de facteurs de vulnérabilité.

Analyse descriptive

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type. Une description globale de la population a été réalisée ainsi qu'une comparaison selon le statut de dépistage selon le WAST (positif VS négatif).

Analyse univariée

Les associations entre le dépistage positif et les variables explicatives ont été étudiées par des tests du χ^2 de Pearson. En cas d'effectifs théoriques insuffisants ($n<5$), un test exact de Fisher a été utilisé.

Les variables étudiées incluaient notamment :

i. Les caractéristiques socio-démographiques (âge, pays de naissance, conditions de logement, activité professionnelle)
ii. Les données cliniques (anxiété, troubles du sommeil, douleurs psychosomatiques)
iii. Les facteurs de vulnérabilité (consommation d'alcool ou autres substances, isolement social)

Aspects éthiques et règlementaires

La typologie de cette étude correspond à une Recherche n'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH). L'ensemble des données a été recueilli à partir des dossiers médicaux des patientes du service des Urgences du CHU de Guyane, site de Cayenne. Ces données ont été pseudonymisées et traitées par l'investigateur principal. L'étude correspond donc à une recherche interne, conformément à la définition

de la CNIL. Aussi, une information collective des participants a été effectuée par voie d'affichage au SAU du CHU Guyane - site Cayenne, ainsi qu'une information individuelle lors de la distribution du questionnaire. L'éventuelle opposition des patientes à participer à l'étude a été prise en compte le cas échéant. L'étude a été enregistrée au registre des traitements informatiques de l'hôpital auprès du délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Cayenne.

III. Résultats

Caractéristiques épidémiologiques

Sur la période de l'étude, 481 patientes majeures ont été admises au SAU. Parmi elles, 330 (68,6 %) ont été incluses et 151 (31,4 %) ne l'ont pas été au regard des critères de non inclusion ou en raison d'une absence de distribution du questionnaire à l'accueil. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 18 et 34 ans (n=143, 43,4%). **(Figure 1)**. Concernant la langue de réponse au questionnaire, 242 patientes l'ont rempli en français (73,3%) **(Figure 2)**.

Les interrogées étaient 160 (48,5%) à avoir un emploi, il était déclaré pour 147 (91,9%) d'entre elles (**Tableau 1).** Les patientes enceintes étaient 17 (5,1%). La plupart des questionnaires ont été rempli par les patientes elles-mêmes, mais 39 (11,8%) d'entre eux ont été remplis avec l'aide d'un intervenant (patiente ne sachant pas lire).

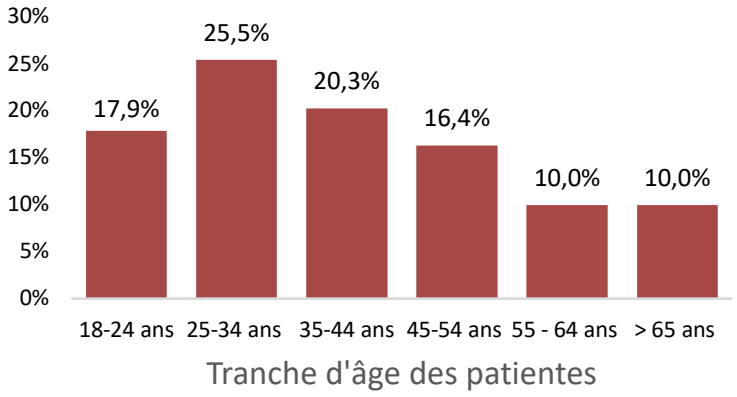


Figure 1 : Répartition par âge des patientes ayant répondu au questionnaire (n= 330)

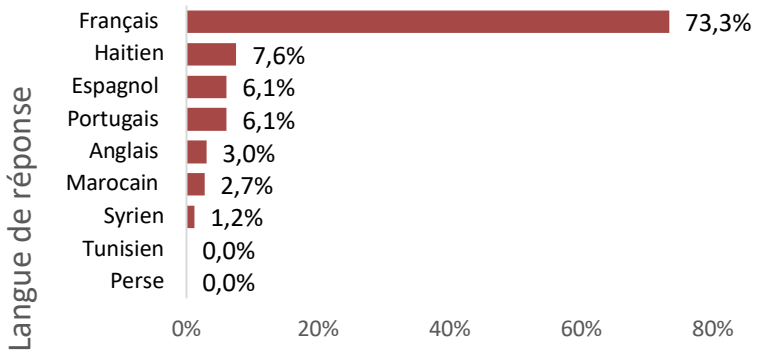


Figure 2 : Répartition par langue de réponse des patientes (n= 330)

Tableau 1 : Caractéristiques principales de la population (n = 330)

Caractéristiques	**Total** n = 330
Age	
18-24 ans	59 (18%)
25-34 ans	84 (25%)
35-44 ans	67 (20%)
45-54 ans	54 (16%)
55-64 ans	33 (10%)
> 65 ans	33 (10%)
Lieu de résidence	
Cayenne	153 (47%)
Matoury	59 (18%)
Rémire	49 (15%)
Macouria	34 (10%)
Autre	13 (4.0%)
Montsinéry Tonnegrande	5 (1.5%)
Kourou	3 (0.9%)
SLM	3 (0.9%)
Camopi / Trois Sauts	2 (0.6%)
Maripasoula / Gran Santi	2 (0.6%)
Roura	2 (0.6%)
St Georges / Régina	1 (0.3%)
Pays de naissance	
Guyane	115 (35%)
Haiti	64 (19%)
Autre	53 (16%)
Brésil	33 (10%)
France Hexagonale	34 (10%)
Antilles	13 (3.9%)
Guyana	12 (3.6%)
Suriname	6 (1.8%)
Logement	
Avec conjoint	125 (39%)
Seule	111 (34%)
Autre	88 (27%)
Enfant	255 (77%)
Enceinte	17 (5.2%)
Emploi	160 (48%)
Couverture sociale	286 (87%)

A propos des motifs de consultations, 72 patientes se présentaient pour un motif traumatologique (21,8%) ou cardiologique (n= 46, 13,9%) tandis que 20 (6,1%) consultaient pour stress ou anxiété et 6 (1,8%) pour un motif psychiatrique (troubles du comportement ou consultation de suivi en psychiatrie). Sur la période de l'étude, 3 (0,9%) patientes ont consulté pour violences conjugales **(Figure 3)**.

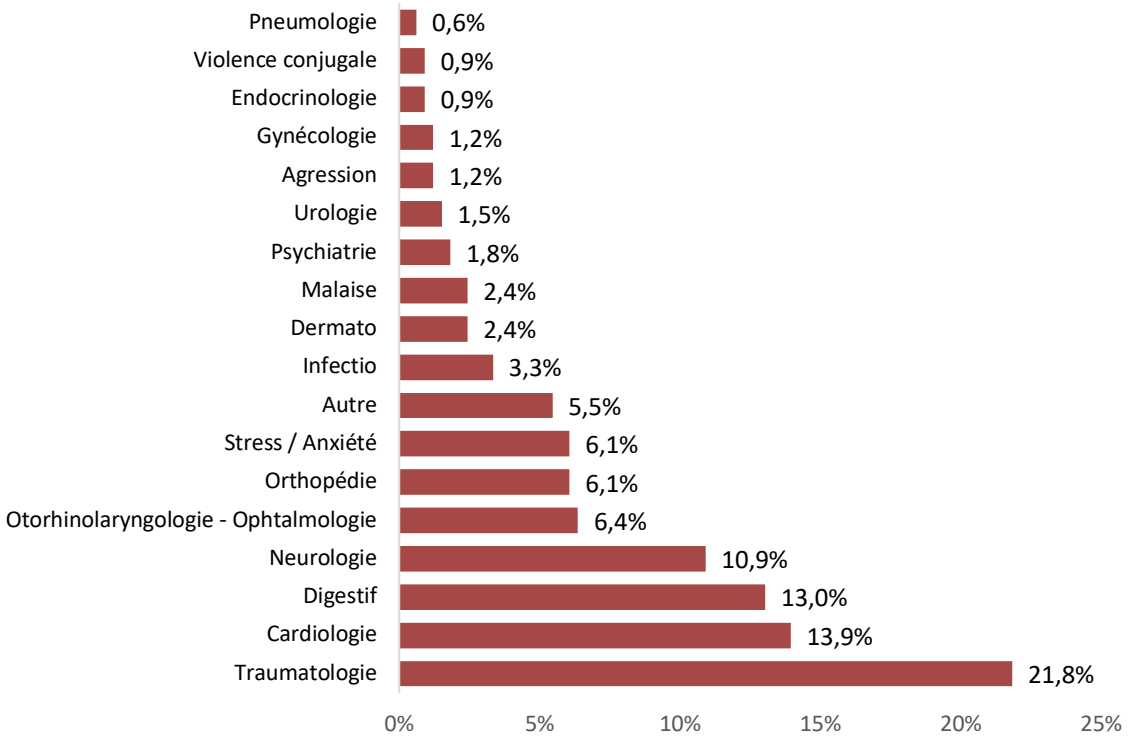


Figure 3 : Répartition selon le motif de consultation au SAU (n= 330)

Dépistage

Sur les 330 patientes interrogées, 72 (21,8 %) présentaient un score de WAST positif, > 4 **(Figure 4)**.

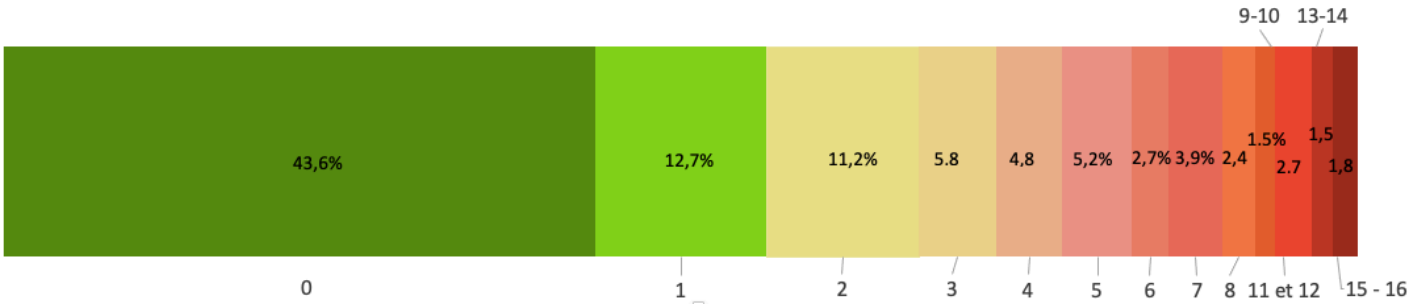


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du score de WAST (n = 330)

Par ailleurs, parmi les interrogées, 102 (30,8%) décrivaient leur relation comme assez tendue ou très tendue et 144 (44%) se sentaient dévalorisées lors d'une dispute conjugale. De même, 97 (29,5%) avouaient se sentir effrayée par le comportement de leur partenaire ou ex-partenaire.

En ce qui concerne les violences physiques, 45 (13,8%) femmes admettaient avoir parfois ou souvent reçu des coups de la part de leur conjoint ou ex-conjoint et 18 (5,5%) rapportaient des violences sexuelles. Le score de WAST était plus souvent positif chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées **(Figure 5)** : 16 (27,1 %) femmes âgées de 18 à 24 ans et 24 (28,6%) femmes de 25 à 34 ans contre 4 (12,1 %) patientes de plus de 65 ans avaient un score positif.

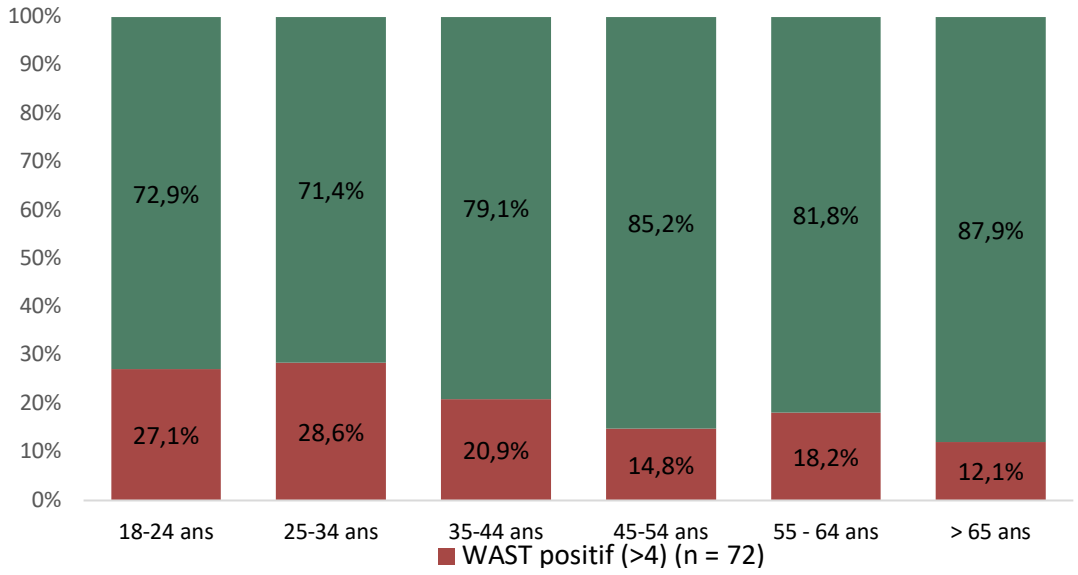


Figure 5 : Répartition du score WAST en fonction de l'âge des patientes (n= 330)

Concernant les violences physiques intra familiales, 50 (15,2%) femmes révélaient avoir parfois subi de la maltraitance physique au sein de leur famille, et pour 19 (5,8%), ces violences étaient fréquentes. Concernant les violences sexuelles intra familiales, 33 (10,1%) patientes déclaraient en avoir parfois ou souvent subi.

Facteurs de risque et de vulnérabilité

Parmi les patientes ayant un score de WAST positif, 28 (38,9%) déclaraient avoir un emploi (OR 0,6 IC {0,34 ; 1,05}), contre 132 (51,2%) des femmes avec un score de WAST négatif (p >0,05). A propos de la couverture sociale, 57 (80,3%) patientes dépistées positivement déclaraient en avoir une, contre 229 (88,8%) pour celles ayant un score négatif (p >0,05).

Sur les 330 interrogées, 194 (58,8%) déclaraient être sujettes à des troubles anxieux et 179 (54,2%) à des troubles du sommeil. Elles étaient plus nombreuses à avoir un score de WAST positif : 59 (81,9%) rapportaient des troubles anxieux (OR 2,43 IC {1,09 ; 5,29}), et 46 (63,9%) des troubles du sommeil contre respectivement 135 (52,3%) et 133 (51,6%) chez les patientes ayant un score de WAST négatif (p <0,05).

Concernant les patientes présentant un score > 4, 11 (15,3%) avaient une habitude de consommation d'alcool (OR 1,58 IC {0,65 ;3,61}) contre 21 (8,1%) des patientes avec un score négatif (p = 0,064), et 8 (11,1%) déclaraient une consommation de drogues (OR 6,49 IC {1,82 ;25,15}) contre 5 (1,9%) des patientes avec un score négatif) (p <0,05). L'usage de drogues (OR 6,43 IC {2,07 ;21,89}), un antécédent de violences sexuelles intrafamiliales (OR 4,09 IC {1,93 ;8,64}) et une consultation au SAU pour céphalées (OR 3,78 IC {1,02 ;13,95}) sont les trois principaux facteurs associés à un dépistage positif **(Figure 6).**

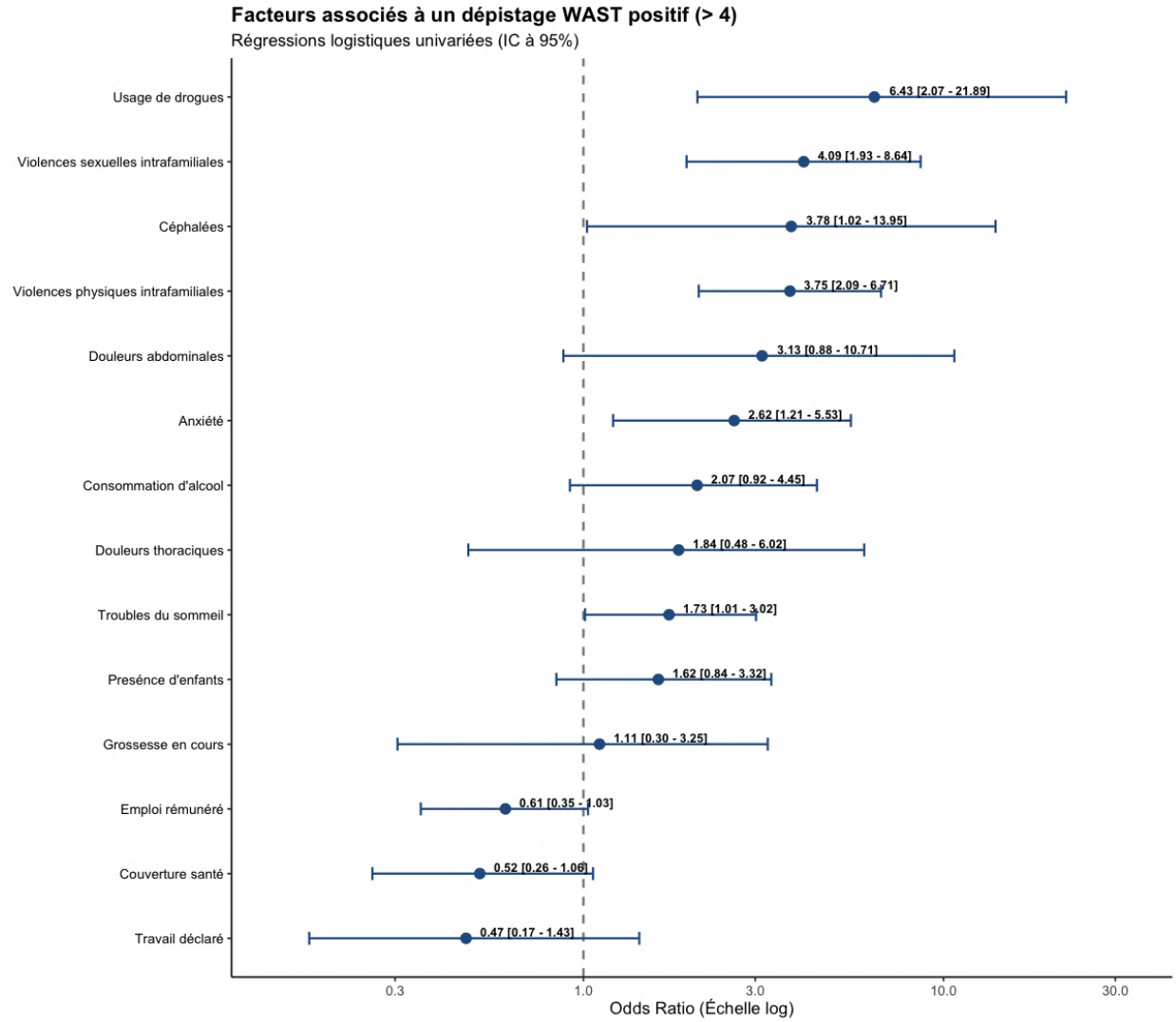


Figure 6 : Principaux facteurs associés à un dépistage WAST positif en analyse univariée, IC à 95%.

Pathologies et antécédents de passages aux Urgences

Sur les 330 dépistées, 75 (22,7%) avaient des antécédents de passage répétés aux urgences et 33 (10%) patientes avaient déjà consulté pour des troubles anxieux ou des troubles psychiques, 10 (3%) pour des céphalées, 11 (3,3%) pour des douleurs abdominales et 12 (3,6%) pour des douleurs thoraciques sans étiologie retrouvée.

Parmi les patientes avec un score de WAST positif, 13 (18%) patientes avaient déjà consulté pour des troubles anxieux, contre 20 (7,8%) patientes ayant un score négatif ($p < 0,05$).

De même, parmi les patientes dépistées positivement, 5 (6,9%) patientes avaient déjà consulté à de multiples reprises pour des céphalées sans étiologie retrouvée, contre 5 (2%) patientes avec un score négatif ($p < 0,05$) **(Tableau 2)**.

Tableau 2 : Admissions répétées aux urgences et répartition en fonction du score de WAST.

Antécédents de passages aux urgences	**Total** n = 330	**WAST >4** n = 72	**WAST ≤4** n = 258	**p-value**
Troubles anxieux / psychiques	33 (10%)	13 (18%)	20 (7.8%)	0.010
Troubles du sommeil	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)	>0.9
Céphalées sans étiologie retrouvée	10 (3.0%)	5 (6.9%)	5 (1.9%)	0.044
Douleur thoracique sans étiologie retrouvée	12 (3.6%)	4 (5.6%)	8 (3.1%)	0.3
Douleur abdominale sans étiologie retrouvée	11 (3.3%)	5 (6.9%)	6 (2.3%)	0.067

IV. Discussion

Au cours de cette étude menée sur 10 jours aux urgences du CHU de Guyane – site Cayenne, 330 patientes ont été dépistées. La population était jeune - la moitié des patientes incluses avaient moins de 34 ans - et semble représentative de la population guyanaise, dont la médiane d'âge est de 25 ans. La prévalence retrouvée des violences conjugales dans ce travail, selon les critères de WAST s'élève à 21,8%, ce qui semble plus élevé que dans les études menées en France hexagonale : 10% selon l'ENVEFF en 2000 (14), et 6% selon l'enquête VIRAGE menée en 2015 (15). La prévalence retrouvée dans notre étude se rapproche cependant des 22,8% des femmes évalués par l'OMS en 2023 en Amérique Latine et dans les Caraïbes (16). Si l'on considère toutefois, que tout élément positif du score WAST sous-tend d'éventuels prémices de violence, et donc qu'une femme avec un score ≥ 1 a déjà probablement vécu une situation au moins de stress conjugal, alors ce sont 56,4% des interrogées qui rapportent au moins un fait de violence, qu'il soit psychologique, physique ou sexuel, subi par leur partenaire ou ex-partenaire. Cette prévalence concorde avec l'enquête de Barbier A. et Lefèvre T. menée en 2021 en Hexagone rapportant une prévalence de 57,2% de violence conjugale (quel que soit le type) subie au cours de la vie d'une femme par un partenaire ou un ex-partenaire (17). Les plus impactées semblent être les plus jeunes, chez lesquelles le dépistage était plus souvent positif : 27,1 % avaient un score supérieur à 4 contre 12% chez les femmes de plus de 65 ans. L'âge parait donc être un facteur de vulnérabilité non négligeable ; de nombreuses études ayant déjà fait un lien entre un âge jeune et un risque majoré de survenue de violence conjugale (15, 17-19). Le travail de Menseau et al retrouvait ainsi une médiane d'âge de victimes d'agression sexuelle de 14 ans à l'UMJ de Cayenne (9).

Le dépistage souligne donc une prévalence importante de violences subies au sein du couple par les femmes, alors que seulement 0,9% d'entre elles avaient consulté sur la période de l'étude pour ce motif. Le dépistage systématique apparait donc comme un outil essentiel face au fait que la plupart des femmes ne consulteront pas aux urgences pour ce motif malgré un impact majeur sur leur santé physique et psychologique. En effet, 18% des interrogées avec un score positif ont déjà consulté aux urgences pour des troubles anxieux ou psychiques, contre seulement 8% des patientes avec un score négatif ($p = 0,01$). De même, 7% des patientes ayant subi des violences consultent pour des céphalées à répétition contre 2% des patientes n'ayant pas subi de violences ($p < 0,05$). Les femmes victimes de VC consultent également de manière répétée pour des douleurs abdominales ou thoraciques sans étiologie retrouvée, la différence

n'étant toutefois pas statistiquement significative dans cette étude probablement par manque d'effectif(4,5). Parmi les femmes dépistées positivement, 82% présentent des troubles anxieux et 64% des troubles du sommeil contre 52% chez les femmes ne déclarant pas de violences conjugales ($p<0,01$ et $p=0,047$ respectivement), cette différence était déjà identifiée dans l'étude menée par Clemente-Teixeira et al (5). De même, chez les patientes subissant des VC, la consommation de toxiques est significativement plus élevée (20, 21). Plusieurs études montrent une augmentation de la consommation de tabac ou d'alcool chez les femmes après avoir été victimes de VC (21). De même, la consommation de drogues dures chez les femmes est associée à une augmentation du risque de violences conjugales (22). Ces impacts majeurs sur la santé des femmes et leur qualité de vie sont retrouvés dans de nombreuses études, et ne sont pas seulement le fait de violences physiques directes (fractures, hématomes ...), mais bien de risques sur le long terme (anxiété, dépression, effets cardiovasculaires, effets sur la santé sexuelle et reproductive, troubles digestifs…) (23). L'étude de Flor LS et *al.* parue en janvier 2026 révèle l'impact majeur que ces violences ont sur la santé des femmes et des enfants, et plus particulièrement sur la santé mentale (troubles anxieux, dépression). Ces troubles ont ensuite une influence considérable sur le développement social et économique de ces personnes et donc de nos sociétés (24, 25) : difficulté à l'emploi et absentéisme, dépenses médicales individuelles et collectives importantes, frais de justice, etc.

Bien que désormais recommandé, la mise en place d'un dépistage systématique présente de nombreuses contraintes. Du côté des professionnels, ce sont le manque de temps, de locaux adaptés ou de formation, les barrières posées par les différences culturelles ou linguistiques ou encore le manque de procédures claires et la méconnaissance des structures d'orientation qui sont les principaux freins soulevés (11, 26). Et si le dépistage systématique semble encore présenter de nombreux obstacles à surmonter notamment en service d'accueil des urgences, l'analyse de notre travail suggère que l'identification des facteurs de vulnérabilité tels que les troubles anxieux, les passages répétés aux urgences pour des motifs psychosomatiques sans étiologie retrouvée et la consommation d'alcool ou de drogues, doivent entraîner un interrogatoire approfondi à la recherche violences faites aux femmes. Les recommandations de la HAS préconisent ainsi un dépistage systématique depuis 2017, en proposant des questions simples au cours de l'interrogatoire systématique d'une patiente. Il existe également en Guyane Française, de nombreuses particularités ethniques, culturelles et sociales. L'auto-questionnaire distribué a été rempli avec une aide extérieure dans 11,8% des cas, ce qui peut constituer un biais social important et des réponses plus atténuées de la part des patientes. Le dépistage par les soignants doit être adaptée à la langue des patientes ainsi qu'à leurs croyances. Pour cela, divers travaux ont démontré l'intérêt de

médiateurs en santé afin d'améliorer la relation soignant – patient à travers la facilitation et la coordination de leur parcours de soin et la HAS a publié en 2017 un rapport sur les bonnes pratiques en médiation en santé (27, 28). Le médiateur, au sein d'un service d'accueil d'urgences pourrait ainsi, être un facilitateur majeur dans le dépistage et la prévention de ces violences.

Notre étude a également permis d'identifier des violences intra familiales subies dès l'enfance chez les interrogées. En effet, 20% des patientes déclaraient avoir subi des violences physiques étant enfant, et 10 % des violences sexuelles. Ces abus ont également un impact fort sur la santé mentale et physique de ces patientes, et constitue un axe important de la prise en charge somatique et psychologique des victimes. Dans son travail concernant la prise en charge des agressions sexuelles à l'UMJ de Cayenne, Dr MENSEAU établit que 11,3% des victimes d'agression présentent des idées suicidaires après l'agression, et que pour 62% d'entre elles, une consultation psychologique était recommandée (9). De plus, depuis le décret du 23 novembre 2021, les enfants sont maintenant reconnus comme co-victimes de violence conjugale, statut renforçant leurs droits et reconnaissant les conséquences psychologiques et physiques entrainées par ces violences (29). Les enfants co-victimes de VC ou victimes d'abus dans leur enfance présentent également plus de risque d'être exposés à des violences conjugales lors de leur vie d'adulte, tendance que nous observons au sein de notre cohorte (30).

Cette étude monocentrique menée sur une période brève présente toutefois quelques limites. Tout d'abord, 151 patientes n'ont pas été incluses sur la période d'étude et ces résultats ne peuvent être complètement exhaustifs du dépistage des femmes admises au sein du service. Cependant, certaines patientes relevaient d'une prise en charge en urgence vitale, d'autres étaient adressées pour réquisition et enfin, certaines ont simplement refusé de participer à l'étude. Parmi elles, quelques femmes ne se disaient simplement pas concernées par les violences conjugales, alors que d'autres ont évoqué, lors de la distribution du questionnaire, un vécu particulièrement traumatique lié à cette thématique et donc, une incapacité à remplir le questionnaire par peur de reviviscences traumatiques. D'autres encore considéraient que les événements qu'elles avaient vécus appartenaient au passé, et ne souhaitaient pas se les remémorer. L'étude étant monocentrique sur le site de Cayenne, les populations du reste du territoire et notamment des fleuve Maroni ou Oiapoque sont donc peu voire pas représentées. Ensuite, la plupart des questionnaires ont été distribués entre 8h et 22h et donc peu de passages de nuit ont été inclus dans l'étude. Les admissions nocturnes aux urgences peuvent présenter des caractéristiques

différentes de celles en journée, il peut être envisagé une perte d'exhaustivité sur la période nocturne (31,32). Enfin, le questionnaire utilisé WAST peut soulever des réflexions notamment concernant le seuil de positivité fixé supérieur à 4. En effet, les patientes ayant un score entre 1 et 4 inclus, devraient également nécessiter une attention toute particulière à l'égard de leur situation pouvant suggérer des situations de stress dans le milieu conjugal.

Les professionnels de santé des urgences sont pour la plupart peu formés à ce sujet et identifient le besoin de formation (11). En effet, des notions comme l'emprise ou le contrôle coercitif doivent être enseignés aux soignants afin de mieux évaluer et proposer des solutions et des orientations. Pour cela, plusieurs modèles de formation sont déjà disponibles et en développement, et notamment dispensées par les associations. Former les soignants permettrait également de lever un certain tabou persistant concernant les violences conjugales, alors même que les patientes, et particulièrement les femmes victimes de VC, espèrent ce dépistage. En effet, 72% des victimes de violences conjugales considèrent ce dépistage comme un « soulagement » (10). Par ailleurs, ce travail de dépistage ne peut se faire sans des protocoles clairs établis au sein du Service d'Accueil des Urgences (33). Il serait envisageable de créer un kit disponible sur le logiciel utilisé aux Urgences rassemblant toute la documentation nécessaire (certificats à établir, biologie et examens à mener, informations à remettre à la patiente ...) : ce système a été mis en place dans plusieurs SAU et a permis une réassurance des soignants face à ces situations (34). A l'hôpital de Cayenne, une convention avec les forces de l'ordre a déjà été signée afin de faciliter le dépôt de plainte des patientes. Il est également nécessaire que les professionnels de santé puissent connaître le maillage associatif local afin de pouvoir y adresser les patientes victimes (en Guyane : Kaz' Plurielles, Association Guyanaise d'Aides aux Victimes par exemple). Une campagne d'affichage explicatives sur les violences conjugales pourrait également être mise en place au sein du SAU afin de sensibiliser les patientes consultantes et permettre une libération de la parole (10). Enfin, un projet de Maison des Femmes pluridisciplinaire, associant psychologue, soignants et assistante sociale est en cours d'élaboration afin de répondre aux besoins de ces patientes, d'améliorer leurs parcours de prise en soin et de faciliter un lien entre l'hôpital et les différents acteurs sur le territoire (Maison des Femmes de l'Ouest et de Kourou, associations, forces de l'ordre et juridiction).

V. Conclusion

Ce travail a donc permis la mise en place d'un dépistage systématique des violences conjugales et intrafamiliales au SAU de Cayenne en Février 2026. Les femmes les plus touchées par les violences conjugales sont les femmes jeunes et celles ayant consulté plusieurs fois au SAU pour des motifs psychosomatiques sans diagnostic étiologique retrouvé. Les autres facteurs associés retrouvés dans cette étude sont la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que l'existence de troubles anxieux ou de troubles du sommeil. Il paraît donc important de mettre en place un dépistage régulier voire systématique des violences conjugales aux urgences.

Pour cela, la formation des soignants est nécessaire afin de limiter les freins à ce dépistage. Il serait également intéressant de réaliser un travail de dépistage des violences faites aux enfants au sein des Urgences Pédiatriques de Cayenne, les enfants étant particulièrement à risque de subir des violences dans les foyers où il existe déjà des violences conjugales. La population victime de violences intrafamiliales, leurs préventions et leurs dépistages sont donc des piliers fondamentaux pour améliorer la santé globale des femmes.

Références bibliographiques

1. Assemblée Générale de l'ONU, Adoption de la Résolution « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes » 48/104, Février 1994 [Internet]. [cité 9 juill 2026]. Disponible sur: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n94/095/06/pdf/n9409506.pdf

2. Conseil de l'Europe, Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, 2011 [Internet]. [cité 4 juill 2026]. Disponible sur: https://rm.coe.int/1680084840

3. Observatoire National des Violences Faites aux Femmes, Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences sexistes et sexuelles en France en 2024 [Internet]. 2025 [cité 5 juill 2026]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/Lettre-violences-sexistes-et-sexuelles-novembre-2025.pdf

4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 13 avr 2002;359(9314):1331-6. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

5. Clemente-Teixeira M, Magalhães T, Barrocas J, Dinis-Oliveira RJ, Taveira-Gomes T. Health Outcomes in Women Victims of Intimate Partner Violence : A 20-Year Real-World Study. Int J Environ Res Public Health. janv 2022;19(24):17035. doi:10.3390/ijerph192417035

6. Miller CJ, Adjognon OL, Brady JE, Dichter ME, Iverson KM. Screening for intimate partner violence in healthcare settings : An implementation-oriented systematic review. Implement Res Pract. 1 janv 2021;2:26334895211039894. doi:10.1177/26334895211039894

7. Agence Régionale de Santé de Guyane, Ressources et dynamiques actuelles de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire guyanais, 2024 [Internet]. [cité 6 juill 2026]. Disponible sur: https://www.guyane.ars.sante.fr/media/140770/download?inline

8. Valmy L, Gontier B, Parriault MC, Van Melle A, Pavlovsky T, Basurko C, et al. Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana [Internet]. [cité 5 sept 2026]. Disponible sur: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1284-y

9. Menseau V, Charbonnier J, Franchi A, Ouar S, Hamiche K, Pujo J, et al. An Observational Study of Sexual Assaults in French Guiana During 2019 and 2020. Open Access Emerg Med. 16 juill 2024;16:183-90. doi:10.2147/OAEM.S451891

10. INSERM, Résultats de l'enquête CSF-2023 Outre Mer dans les départements de Guyane, Martinique, Guadeloupe et La Réunion [Internet]. [cité 4 juill 2026]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/Rapport-CSF-Outre-mer_VF_VDEF.pdf

11. Haute Autorité de santé. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises [Internet]. 2025 [cité 6 juill 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-02/synthese_resultats_t2_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2025_-_vf.pdf

12. Tamisier M. La prise en charge des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences. [Mémoire de diplôme universitaire]. Université de Guyane; 2025.

13. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. Ann Fr Médecine D'urgence. 2019;9(1):10-6. doi:10.3166/afmu-2018-0099

14. Jaspard M, L'Équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France: Popul Sociétés. 1 janv 2001;N° 364(1):1-4. doi:10.3917/popsoc.364.0001

15. Brown E, Dupuis J, Mazuy M. Chapitre 5 : Au sein du couple, des situations de violence genrées et asymétriques. In: Debauche A, Hamel C, éditeurs. Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France [Internet]. Paris: Ined Éditions; 2020 [cité 21 juill 2026]. p. 183-215. (Grandes Enquêtes). Disponible sur: https://books.openedition.org/ined/14874 doi:10.4000/books.ined.14874

16. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2023 : global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women. [Internet]. Geneva; 2025. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116962

17. Barbier A, Lefèvre T. Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale. J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM. 2021;30(3):35-44. doi:10.3917/jdsam.213.0035

18. Reese BM, Chen MS, Nekkanti M, Mulawa MI. Prevalence and Risk Factors of Women's Past-Year Physical IPV Perpetration and Victimization in Tanzania. J Interpers Violence. févr 2021;36(3-4):1141-67. doi:10.1177/0886260517738775

19. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, et al. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective–Longitudinal Studies. Am J Public Health. juill 2018;108(7):e1-11. doi:10.2105/AJPH.2018.304428

20. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Falder G, Graham K, Watts C, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women : a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2014;109(3):379-91. doi:10.1111/add.12393

21. Ortega Ceballos PA, Rivera Rivera L, Reynales Shigematsu LM, Austria Corrales F, Toledano-Toledano F, Pérez Amezcua B. Psychological distress, intimate partner violence and substance use in a representative sample from Mexico : A structural equation model. Front Public Health. 2 mars 2023;11:1101487. doi:10.3389/fpubh.2023.1101487

22. Testa M, Livingston JA, Leonard KE. Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. Addict Behav. 2003. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.040

23. Pate T, Simonič B. Intimate partner violence and physical health problems in women. Slov Med J. 30 août 2021;90(7-8):390-8. doi:10.6016/ZdravVestn.3041

24. Flor LS, Spencer CN, Cagney J, Gabriela Fernanda Gil, Aalruz H, Abd ElHafeez S. Disease burden attributable to intimate partner violence against females and sexual violence against children in 204 countries and territories, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 - The Lancet [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02503-6/fulltext

25. Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaidis C, McCollister KE, et al. Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. Am J Prev Med. oct 2018;55(4):433-44. doi:10.1016/j.amepre.2018.04.049

26. Mimouni L. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé en Guyane : Étude transversale descriptive [Thèse de Médecine]. Antilles Guyane; 2026.

27. Tareau MA, Demars Y, Alcouffe L, Pierre-Louis R, Walter G, Djossou F, et al. Anthropology and ethnobotany in health mediation: an illustration of a clinical, personalized approach for Haitian migrants in a French Guianese hospital. Front Public Health. 2024;12:1306508. doi:10.3389/fpubh.2024.1306508

28. Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. oct 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

29. Décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille - Légifrance [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044359473

30. Jung H, Herrenkohl TI, Skinner ML, Lee JO, Klika JB, Rousson AN. Gender differences in intimate partner violence (IPV) : a predictive analysis of IPV by child abuse and domestic violence exposure during early childhood. Violence Women. juin 2019;25(8):903-24. doi:10.1177/1077801218796329

31. Carannante A, Pitidis A, Fondi G, Fian T, Alves T, Valkenberg H, et al. Gender-based violence against women and girls aged ≥15 years presenting to European emergency departments: a multinational, cross-sectional analysis. Lancet Public Health. avr 2026;11(4):e253-63. doi:10.1016/S2468-2667(26)00030-7

32. Nollet M, Vernudachi D, Revil I, Tazarourte K, Ageron FX. Violences faites aux femmes : descriptif du parcours de soins et facteurs prédictifs de repérage précoce, étude observationnelle et cas témoins au Service d'Accueil des Urgences du CH Alpes Léman en 2015. Claude Bernard; 2018.

33. Teichman AL, Bonne S, Rattan R, Dultz L, Qurashi FA, Goldenberg A, et al. Screening and intervention for intimate partner violence at trauma centers and emergency departments: an evidence-based systematic review from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. Trauma Surg Acute Care Open. 16 mars 2023;8(1):e001041. doi:10.1136/tsaco-2022-001041 PubMed PMID: 36967863; PubMed Central PMCID: PMC10030790.

34. Lollichon A. Présentation de l'Unité Violence Intra Familiale de Narbonne, Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence. 03 Juin 2026.

FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'agravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin <240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

Annexe 2 : Questionnaire WAST modifié, en français

Etiquette patiente

Questionnaire de dépistage

1) En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

☐ Très tendue ☐Assez tendue ☐ Sans tension

2) Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

☐ Très difficilement ☐ Assez difficilement ☐Sans difficulté

3) Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

☐Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

4) Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

☐Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

5) Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

6) Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

☐Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

7) Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement (menaces, cris, insultes…)?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

8) Votre conjoint/conjointe a-t-il déjà abusé sexuellement de vous ?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

9) Avez- vous déjà été maltraitée physiquement par un membre de votre famille ?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

10) Avez- vous déjà été abusée sexuellement par un membre de votre famille ?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Que faire si je suis victime de violences conjugales ?

EN CAS D'URGENCE, contactez :

15 : SAMU

ou adressez vous aux urgences de Cayenne

17 ou 112 : Police ou gendarmerie

3919 :

numéro d'écoute, d'information et d'orientation pour les femmes victimes de violence.
gratuit, anonyme, ouvert 24h/24 et 7j/7.

Vous pouvez également contacter une **association** ou un **organisme** d'aide aux victimes.
N'hésitez pas à en parler avec votre **médecin** traitant ou à vos proches.

Je souhaite porter plainte. Quels sont mes droits ?

RAPPEL DE VOS DROITS :

→ Obligation d'enregistrement de la plainte (même en cas de situation irrégulière sur le territoire)
→ Droit d'être accompagnée par la personne de votre choix pour porter plainte (un proche, un avocat, une association)
→ Droit à être assistée par un(e) traducteur(ice)

Plateforme de signalement en ligne :
Tchat **gratuit et anonyme, 24h/24 et 7j/7** :
http://www.service-public.fr/cmi

ENSUITE :

Vous serez ensuite dirigée vers l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ), où vous pourrez voir un.e médecin légiste qui constatera les **blessures physiques et leur retentissement psychologique**, et définira l'Incapacité Totale de Travail (ITT).
Pensez à amener une pièce d'identité, la réquisition, les documents médicaux en votre possession.

05 94 39 48 66
Du lundi au vendredi, de 8h à 18h
Le samedi, de 8h à 13h
Devant les urgences du CHU de Cayenne, Avenue des Flamboyants, 97300 Cayenne

Vous pensez être victime de violences conjugales ?

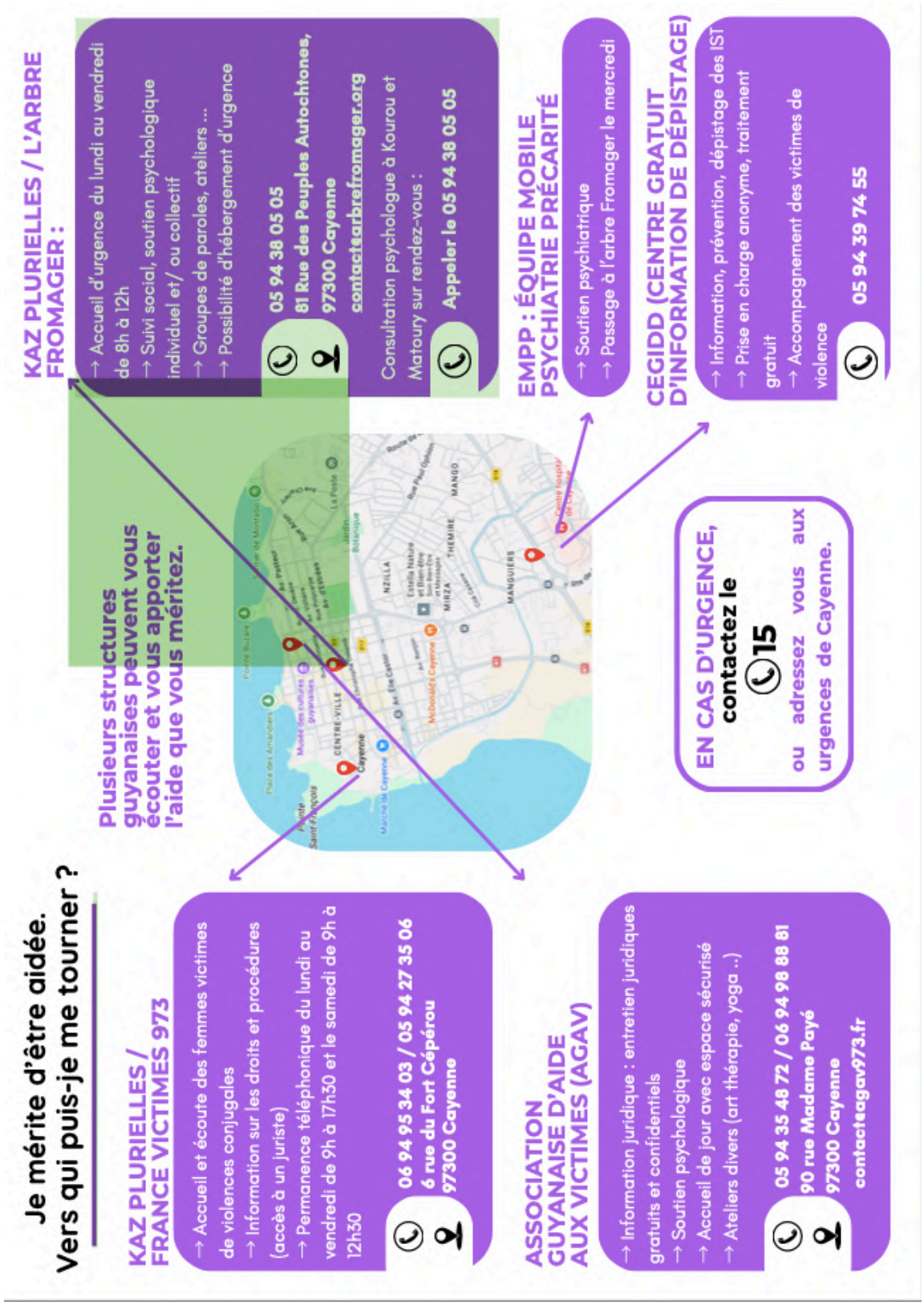


Les violences peuvent prendre de nombreuses formes !

- Verbales et psychologiques (harcèlement, insulte, menace, propos humiliant, chantage...)
- Sexuelles (agression sexuelle, rapport forcé...)
- Physiques (coup, bousculade..)
- Administratives et économiques (confiscation de passeport / livret de famille, privation de ressources financières, interdiction de travailler..)

LE VIOLENTOMÈTRE permet de mesurer si sa relation amoureuse est basée sur le consentement et ne comporte pas de violences (sous une quelconque forme).

Annexe 3 : Plaquette d'information (verso)



Annexe 4 : réponses au questionnaire WAST (n = 328)

Comment décririez-vous votre relation ?	
Sans tension	226 (69%)
Assez tendue	70 (21%)
Très tendue	32 (9.8%)
Comment arrivez-vous à résoudre vos disputes ?	
Sans difficulté	224 (68%)
Assez difficilement	68 (21%)
Très difficilement	36 (11%)
Les disputes font-elles que vous vous sentiez dévalorisée ?	
Jamais	184 (56%)
Parfois	108 (33%)
Souvent	36 (11%)
Avez-vous déjà reçu des coups / été frappée ?	
Jamais	283 (86%)
Parfois	31 (9.5%)
Souvent	14 (4.3%)
Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?	
Jamais	231 (70%)
Parfois	69 (21%)
Souvent	28 (8.5%)
Avez-vous déjà été maltraitée physiquement par votre conjoint ?	
Jamais	282 (87%)
Parfois	28 (8.6%)
Souvent	16 (4.9%)
Avez-vous déjà été maltraitée psychologiquement par votre conjoint ?	
Jamais	231 (71%)
Parfois	69 (21%)
Souvent	26 (8.0%)
Votre conjoint a-t-il déjà abusé sexuellement de vous ?	
Jamais	308 (94%)
Parfois	11 (3.4%)
Souvent	7 (2.1%)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Imprimatur

Annexe 7

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

2. THESE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(SPECIALITE - MEDECINE SPECIALISEE)

Présentée par, Mme COLLECCHIA Elsa

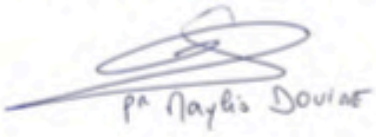
Né(e) le 18/11/1997 **à** Evry

Département 91 **Pays** France

Et intitulée : **Dépistage des violences conjugales et intrafamiliales aux urgences du CHU de Cayenne.**

Jury proposé

Président : Mme le Professeur DOUINE Maylis
Juges : Mme la Docteure BOCENO Claire
Mme la Docteure CHARBONNIER Jeanne
M le Docteur CISSE Atoumane
M le Docteur FREMERY Alexis

Vu, le …28/07/2026…… **Le Président de Thèse**  **Pr DOUINE**	**Pour accord**, le …….. **Le Doyen de l'UFR Santé** **Pr Christophe DELIGNY**

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE

Pointe-À-Pitre, le …..

Le Président de l'Université des Antilles

Pr Michel GEOFFROY

NOM ET PRENOM : Collecchia Elsa

SUJET DE LA THESE : Dépistage des violences conjugales et intrafamiliales aux urgences de Cayenne.

THESE : MEDECINE
Qualification : Médecine d'Urgence
ANNEE : 2026

MOTS CLEFS : Dépistage ; Service d'Accueil des Urgences ; violences conjugales ; violences intrafamiliales ; Guyane ;

Contexte : Les violences conjugales sont définies depuis 2011 par la Convention d'Istanbul, et ont de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des femmes. La Guyane présente un fort taux de violences conjugales, le dépistage des violences conjugales semble une priorité.

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer la prévalence des violences conjugales et intrafamiliales au SAU de Cayenne. Les objectifs secondaires étaient d'établir l'épidémiologie des femmes victimes, de rechercher un lien avec des consultations fréquentes aux urgences pour des motifs psychosomatiques, d'identifier des facteurs de risque et de vulnérabilité associés.

Méthodologie : Nous avons mené une étude prospective non interventionnelle monocentrique au SAU de Cayenne. Un questionnaire de dépistage basé sur le WAST a été distribué à toute patiente majeure remplissant les critères d'inclusion, leurs dossiers ont été analysés a posteriori.

Résultats : Parmi les 330 patientes incluses, 21,8% avaient un score de WAST positif. Ce score était plus souvent positif chez les femmes de 18 à 24 ans (27,1%) que chez les femmes de plus de 65 ans (12,1%). Les patientes dépistées positivement déclaraient plus de troubles anxieux (81,9%) et de troubles du sommeil (63,9%) que celles ayant un WAST négatif (respectivement 52,3% et 51,6%). De même, 13 (18%) patientes avec un WAST positif avaient des antécédents de passage répétés aux urgences pour troubles anxieux contre 20 (7,8%) chez les femmes non victimes de violences conjugales ($p<0,05$). Enfin, les patientes avec un score de WAST positif déclaraient des habitudes de consommation supérieures d'alcool (15,3%, $p=0,064$) et de drogues (11,1%, $p<0,05$).

Conclusion : Notre étude met en avant une prévalence importante de femmes victimes de violences conjugales alors même que la plupart ne venait pas aux urgences pour ce motif. Elles étaient cependant nombreuses à consulter pour des motifs psychosomatiques, sans jamais évoquer les violences domestiques subies. Dans ce contexte, un dépistage systématisé pour toute patiente semble être nécessaire, particulièrement chez les femmes présentant certains critères de vulnérabilité.

JURY : Président : Pr DOUINE Maylis
Juges : Dr BOCENO Claire
: Dr CHARBONNIER Jeanne
: Dr CISSE Atoumane

ADRESSE DU CANDIDAT : Résidence Les Jardins de Cyrielle, Rocade Zéphir 97300 Cayenne