

## Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 10 octobre 2019

Par Hugo CARPIO

Né(e) le 28 juin 1990 à Bordeaux

### **IDENTIFICATION DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONSULTANT DANS LE SERVICE DES URGENCES DU CHU DE LIMOGES**

Thèse dirigée par le Professeur François PARAF

Examineurs :

M. le Professeur François PARAF.....Président du jury

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER.....Juge

Mme. Le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS.....Juge

Mme. Le Docteur Alexandra APPERT.....Juge





**Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 octobre 2019

Par Hugo CARPIO

Né(e) 28 juin 1990 à Bordeaux

**IDENTIFICATION DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
CONSULTANT DANS LE SERVICE DES URGENCES DU CHU DE  
LIMOGES**

Thèse dirigée par le professeur François PARAF

Examineurs :

M. le Professeur François PARAF.....Président du jury

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER.....Juge

Mme. Le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS.....Juge

Mme. Le Docteur Alexandra APPERT.....Juge



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 11 octobre 2018

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION

<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

## **P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel

(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

**DUMOITIER** Nathalie

(Responsable du département de Médecine Générale)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**HOUDARD** Gaëtan

(du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2019)

**LAUCHET** Nadège

(du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule

(du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2021)

## **PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS** Jean-Paul

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**ALDIGIER** Jean-Claude

du 01.09.2018 au 31.08.2020

**BESSEDE** Jean-Pierre

du 01-09-2018 au 31-08-2020

**BONNAUD** François

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**DE LUMLEY WOODYEAR** Lionel

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**DENIS** François

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**GAINANT** Alain

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**MERLE** Louis

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**MOULIES** Dominique

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**VALLAT** Jean-Michel

du 01.09.2017 au 31.08.2019

**VIROT** Patrice

du 01.09.2018 au 31.08.2019

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2018

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>BAUDRIER</b> Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CHARISSOUX</b> Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>KONG</b> Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MARQUET</b> Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>TALLA</b> Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AZAÏS</b> Julie	MEDECINE INTERNE A

<b>BAUDONNET</b> Romain	OPHTALMOLOGIE
<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BOUSQUET</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>CHAMPIGNY</b> Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COLOMBIÉ</b> Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DARNIS</b> Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DIDOT</b> Valérian	CARDIOLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>EVARD</b> Bruno	REANIMATION
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GOUDELIN</b> Marine	REANIMATION
<b>GUTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LEHMANN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MARTINS</b> Elie	CARDIOLOGIE
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>ORLIAC</b> Hélène	RADIOTHERAPIE
<b>ORSONI</b> Xavier	UROLOGIE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>PRUD'HOMME</b> Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SANGLIER</b> Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b><u>CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE</u></b>	
<b>VITALE</b> Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

**CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**CARLESSO-CROUZIL** Olivia

**SEVE** Léa

**CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**LERAT** Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

**MATHIEU** Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

*Toutes les violences ont un lendemain*

**Victor Hugo**

*La violence est le dernier refuge de l'incompétence*

**Isaac Asimov**

*L'histoire nous montre que la violence engendre et résout rarement les problèmes.*

*En revanche crée d'insondable souffrances*

**Dalai Lama**

*Eliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles [...].*

**Extrait de la résolution adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 25 septembre 2015**

## Remerciements

---

Je tiens à exprimer mes remerciements à tous ceux qui par conseils, patience et soutien m'ont aidé à réaliser ce travail.

A mon jury de thèse :

Le Professeur François Paraf, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ma profonde reconnaissance et mes plus sincères remerciements pour m'avoir accompagné et soutenu dans la réalisation de ce travail.

Être votre interne dans le service de médecine légale m'aura permis d'évoluer tant sur le plan professionnel que personnel, et ce avec un réel plaisir.

Le Professeur Dumoitier Nathalie, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Le Professeur Fauchais Anne-Laure, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Le Docteur Appert Alexandra, tu me fais l'honneur de participer à ce jury. Sois assuré de mes sincères remerciements.

A l'ensemble du service de médecine légale et du service mortuaire ma profonde gratitude et mon réel plaisir à travailler avec vous.

A mes parents et l'ensemble de ma famille, d'un soutien inestimable tout au long de ces années.

A mes amis qui furent présents même dans les moments difficiles.

A Anne, mon amour, tu m'es inestimable. Merci de m'avoir épaulé lors des moments de doutes au cours de ce travail. Merci pour ton soutien au quotidien.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	20
I. Les violences à l'encontre des femmes .....	22
I.1. Définitions et histoire de la lutte .....	22
I.1.1. Situation juridique française.....	22
I.1.2. Sujet au cœur de l'actualité politique .....	24
I.1.3. Le cycle de la violence conjugale .....	24
I.1.4. Impact sur la santé des femmes et de leurs enfants .....	26
I.1.4.1. La traumatologie .....	26
I.1.4.2. Retentissement psychologique immédiat .....	26
I.1.4.3. Les pathologies psychiatriques .....	29
I.1.4.4. Les problèmes gynécologiques .....	29
I.1.4.5. Les problèmes obstétricaux .....	29
I.1.4.6. Les pathologies chroniques décompensées.....	30
I.1.4.7. Impact chez les enfants .....	30
I.1.5. Impact économique des violences conjugales.....	32
I.2. Les violences faites aux femmes, un problème de santé publique .....	32
I.2.1. Principales données des violences au sein du couple en 2017.....	32
I.2.1.1. Enquête cadre de vie et sécurité .....	32
I.2.1.2. Mort violente au sein du couple.....	34
I.2.2. L'action du système de santé dans la lutte contre les violences conjugales .....	36
I.2.2.1. L'attitude du médecin face aux violences .....	36
I.2.3. Une approche locale.....	38
I.2.3.1. La rédaction du certificat médical initial .....	39
I.2.3.2. Les partenaires locaux .....	40
II. Matériels et méthodes .....	42
II.1. Type d'étude .....	42
II.2. Base de données.....	43
II.3. Recrutement de la population et sélection des dossiers.....	43
II.4. Recueil de données .....	47
II.4.1. Identité .....	47
II.4.2. Caractéristiques de passage pour violence .....	47
II.4.3. Identification informatique.....	47
II.4.4. Habitus .....	49
II.4.5. Violences et agresseurs .....	49
II.4.6. Démarche judiciaire .....	50
II.4.7. Évaluation de la prise en charge des violences et de leur impact sur la santé .....	50
III. Résultats de l'étude .....	52
III.1. Statistiques descriptives.....	52
III.2. Test de $\chi^2$ .....	59
IV. Discussion .....	60
IV.1. Limites de notre étude .....	60
IV.1.1. Biais de sélection .....	60
IV.1.2. Biais de mesure .....	61
IV.2. L'identification informatique .....	61
IV.3. Profil des patientes .....	62

IV.4. Prise en charge .....	64
IV.5. Perspectives .....	64
Conclusion .....	66
Références bibliographiques .....	67
Annexes .....	72
Serment d'Hippocrate.....	78

## Table des illustrations

---

<b>Figure 1:</b> Cycle de la violence conjugale.....	25
<b>Figure 2:</b> Exemple de cause à effet entre les violences intrafamiliales et la santé (9). .....	31
<b>Figure 3 :</b> Diagramme de flux : méthode de sélection des dossiers .....	46

## Table des tableaux

---

<b>Tableau 1:</b> Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V[27]	28
<b>Tableau 2:</b> Violences physiques ou sexuelles parmi les 18-75 ans [31]	33
<b>Tableau 3:</b> Morts violentes au sein du couple – Etude nationale de l'année 2017 [32]	35
<b>Tableau 4:</b> Critères d'inclusion de l'étude	43
<b>Tableau 5:</b> Critères d'exclusion de l'étude	44
<b>Tableau 6:</b> Liste des différents motifs principaux d'admissions et leur niveau de précision.	48
<b>Tableau 7:</b> Distribution en fréquence des différents motifs principaux de la première consultation pour violence.	53
<b>Tableau 8:</b> Distribution en fréquence pour les violences simple	54
<b>Tableau 9:</b> Distribution en fréquence pour les violences associées	54
<b>Tableau 10:</b> Distribution en fréquence pour situation conjugale	54
<b>Tableau 11:</b> Distribution en fréquence pour la présence d'enfant	55
<b>Tableau 12:</b> Distribution en fréquence pour la présence d'un emploi	55
<b>Tableau 13:</b> Distribution en fréquence pour les ressources complémentaires des patientes sans emploi	55
<b>Tableau 14:</b> Distribution en fréquence pour statut de l'agresseur	56
<b>Tableau 15:</b> Distribution en fréquence du détail du statut de l'agresseur lorsque celui-ci est connu.	56
<b>Tableau 16:</b> Distribution en fréquence de la position des patientes par rapport à la plainte	56
<b>Tableau 17:</b> Distribution en fréquence de l'existence d'un état antérieur d'importance précédent les premières violences	57
<b>Tableau 18:</b> Distribution en fréquence pour la présence d'un état postérieur d'importance à la suite des premières violences	57
<b>Tableau 19:</b> Distribution en fréquence pour le statut de la prise en charge.	58
<b>Tableau 20:</b> Distribution en fréquence pour statut de la rédaction du CMI	58

## Introduction

---

Je me suis intéressé pour la première fois à la question des violences faites aux femmes au cours de mon internat, à la suite d'une invitation pour assister à une conférence du Docteur Karen Sadlier le 23 novembre 2018 à l'occasion de la Journée internationale de l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Cette conférence, intitulée "Violences dans le couple : une souffrance pour l'enfant, un défi pour la parentalité » m'avait fait découvrir une problématique : l'enfant témoin de violence conjugale est-il à considérer comme une victime ?

Il m'est apparu évident que cette question est en réalité indissociable de celle des violences intrafamiliales, conjugales et à l'égard des femmes, c'est ainsi que ma réflexion s'est peu à peu portée sur le sujet.

Les Nations Unies ont organisé quatre conférences mondiales sur les femmes (1). La dernière édition, organisée à Pékin en 1995 (2), a marqué un tournant important dans le programme mondial pour l'égalité des sexes.

Elle aboutit à une déclaration qui établit un programme pour l'autonomisation des femmes considéré comme le principal document de politique mondiale en matière d'égalité des sexes.

A la suite de cette déclaration, il est demandé à la France de fournir des statistiques précises sur les violences faites aux femmes. En 1997, à l'initiative du Service des droits des femmes, a débuté, sous la responsabilité de Maryse Jaspard, l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF). Les premiers résultats furent publiés en 2001 (3).

Il s'agissait de la première enquête nationale portant sur des violences sexuées, c'est-à-dire des violences envers les femmes en tant que telles.

L'enquête révélait contrairement aux idées préconçues que le phénomène touche des femmes de tous les milieux et de toutes les sphères socio-culturelles.

L'ENVEFF avait ainsi mis en évidence l'ampleur du sujet et le silence qui l'entourait en France. Elle estimait qu'environ 50 000 femmes âgées entre 20 et 59 ans étaient victimes de viol au cours d'une année, l'auteur des faits étant principalement un proche et l'immense majorité ne faisant pas l'objet de poursuite judiciaire.

En effet près de la moitié des femmes victimes de viol l'ont été de la part de leur conjoint.

Comme toute étude, celle-ci comporte des limites dans sa réalisation, elle ne mesurait pas par exemple les violences à l'égard des hommes et estimait les violences à l'égard des femmes sur déclaration téléphonique.

Un certain nombre de critiques ont pu être émises, notamment de la part du démographe Hervé Le Bras et de la philosophe Elisabeth Badinter, qui ont dénoncé un féminisme victimiste selon lequel les femmes seraient partout des victimes de la domination patriarcale.

Cependant, l'étude menée par Maryse Jaspard a permis de mettre au premier plan les violences subies par les femmes, en particulier au sein du couple. L'image dans la femme battue qui se tait s'est changée en femme victime de violence qui peut prendre la parole (4).

Bien que la mesure des violences reste complexe, le développement de l'information statistique le plus pertinent et représentatif possible figure comme un objectif primaire dans tous les plans gouvernementaux de lutte contre les violences faites aux femmes depuis. Pour cela en 2013 fut créé la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) (5). L'un de ces objectifs est de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes.

D'importantes avancées ont été réalisées au cours du quatrième plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) avec déploiement d'un ensemble de mesures (6), notamment le renforcement du rôle des référents « violences faites aux femmes ». Leur rôle est de veiller « à ce que tout soit mis en œuvre pour concourir à un retour à l'autonomie de la femme victime de violences, notamment en s'assurant de la coordination des différents intervenants et dispositifs impliqués » (7).

Cette coordination interdisciplinaire entre justice, santé et accompagnement associatif fut source de réflexion.

Nous nous sommes demandés comment, au niveau local, nous pouvions évaluer notre prise en charge et de là nous nous sommes demandés si nos moyens d'identifications de cette population était suffisamment précis pour être représentatifs de la réalité.

L'objectif principal de cette thèse est la création d'une nouvelle nomenclature d'identification informatique des femmes ayant subi des violences consultant aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges et l'étude de son utilisation.

L'objectif secondaire est à la fois quantitatif et qualitatif visant à établir le profil de ces femmes, de leur prise en charge médicale initiale, et de l'information qui leur est délivrée pour leurs démarches futures.

Enfin il sera élaboré un livret de bonnes pratiques à destination des médecins, et sera proposé un protocole stratégique sur la prévention et la prise en charge des femmes victimes de violences, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances.

# I. Les violences à l'encontre des femmes

---

## I.1. Définitions et histoire de la lutte

Depuis 1993, l'Organisation des Nations Unies définit la violence à l'égard des femmes comme étant « *tous les actes de violences dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes 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 privé* » (8).

Ainsi les violences perpétrées par l'époux ou le partenaire sexuel sont parmi les plus courantes et la problématique de la lutte contre la violence à l'égard des femmes doit notamment se concentrer sur les violences conjugales.

L'analyse menée en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (9) établit au niveau mondial que plus d'un tiers des femmes (35%) avaient fait l'objet de violences physiques ou sexuelles de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre. Ce chiffre conséquent n'inclut pas l'ensemble des violences, par exemple il ne rend pas compte des violences verbales, psychologiques ou économiques qui peuvent exister au sein d'un couple.

Classiquement les violences sont divisées en quatre catégories (10) :

- Les violences verbales et psychologiques : souvent initiales, il peut s'agir d'insultes, de propos dégradants, de menaces, d'humiliation privée et/ou publique, d'isolement. Parfois au contraire il s'agit d'une absence de toute communication.
- Les violences physiques : crachats, bousculades, coups.
- Les violences économiques : contrôle des dépenses, captation du salaire, interdiction de travailler.
- Les violences sexuelles : agression sexuelle, coercition sexuelle, proxénétisme

### I.1.1. Situation juridique française

L'histoire juridique de la lutte contre les violences faites aux femmes en France marqua son premier tournant en 1938 avec la suppression de l'incapacité juridique de la femme mariée, mettant fin à la puissance maritale en place depuis Napoléon Ier et supprimant le droit de correction marital (11).

S'en suivit un vide juridique de plus de 40 ans, jusqu'en 1980 avec la modification de la définition pénale du viol qui devient alors un crime qui aujourd'hui est défini comme : « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle* » (12).

Une avancée majeure a été réalisée en 1990 avec la reconnaissance par la cour de cassation du viol entre époux ayant fait jurisprudence depuis. De manière associée la

loi du 22 juillet 1992 (13) promulguée en 1994 dans le Code pénal reconnaissait comme circonstance aggravante la violence commise par un conjoint ou un concubin et renforçait la peine de réclusion criminelle pour viol.

Parallèlement l'Union Européenne, notamment à l'occasion de la conférence internationale de Lisbonne (14), encourageait et incitait les États membres à davantage s'impliquer dans lutte contre les inégalités entre les sexes.

Le site internet officiel de la lutte contre les violences faites aux femmes intitulé « stop-violences-femmes » fait état de neuf textes de loi principaux entre 2006 et 2018 qui ont élargi le champ de lutte. Il est important de rappeler (15) :

- La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 (16) qui a élargi le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex ») et à de nouvelles infractions (meurtres, viols, agressions sexuelles). Elle a introduit aussi la notion de respect dans les obligations du mariage, des dispositions permettant de mieux lutter et prévenir les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines. Elle a également créé une mesure d'éloignement du domicile du conjoint violent.
- La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 (17) relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Elle a introduit un délit de harcèlement au sein du couple, a créé l'ordonnance de protection des victimes de violences et a autorisé le placement sous surveillance électronique de l'auteur des faits.
- La loi n°2014-873 du 4 août 2014 (18) qui introduit une obligation de formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels concernés.
- La loi n°2017-242 du 27 février 2017 (19) a instauré un allongement des délais de prescription à 6 ans à compter du jour où le délit a été commis pour les délits comme :
  - les violences par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS ;
  - les agressions sexuelles autres que le viol (attouchements, baisers forcés, etc.) ;
  - le harcèlement moral, les menaces de meurtre, de viol ou d'agression sexuelle.
- La loi n°2018-703 du 3 août 2018 (20) qui élargit la définition du harcèlement en ligne, crée une infraction d'outrage sexiste pour réprimer le harcèlement dit « de rue ». Elle prolonge le délai de prescription des crimes sexuels commis sur des mineurs à 30 ans à partir de la majorité de la victime.

Enfin à la suite de sa ratification par la France, entre en vigueur la Convention dite d'Istanbul (21) le 1<sup>er</sup> novembre 2014, qui vise à établir un minimum standard de mesures de prévention et protection des femmes victimes et à identifier un besoin de

formation continue des professionnels. Il s'agit du premier instrument européen contraignant, elle définit et érige en infractions pénales différentes formes de violence contre les femmes (dont le mariage forcé, les mutilations génitales, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques et les violences sexuelles).

### **I.1.2. Sujet au cœur de l'actualité politique**

De plus depuis 2012 le gouvernement a entamé une profonde réflexion et modification des pratiques et ce à travers les plans de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Le cinquième plan est aujourd'hui en cours.

De plus cette année, le « Grenelle contre les violences conjugales » s'est ouvert le mardi 3 septembre 2019 de manière symbolique, rappelant ainsi le 3919, numéro d'écoute anonyme et gratuit destiné aux femmes victimes de violences.

Ce dispositif se conclura le 25 novembre 2019, journée internationale contre la violence à l'égard des femmes. Durant cette période une centaine de Grenelle locaux se tiendront sur le territoire national.

### **I.1.3. Le cycle de la violence conjugale**

Les violences au sein du couple sont la manifestation d'un rapport de domination que l'auteur instaure sur sa victime et qui se traduit par des agressions physiques, sexuelles, psychologiques, verbales et économiques. Ces agressions sont récurrentes, souvent cumulatives. Elles s'intensifient et s'accroissent avec le temps, pouvant aller jusqu'à l'homicide.

Les violences au sein du couple diffèrent des disputes ou conflits conjugaux là où deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité. Elles peuvent exister quelle que soit la configuration conjugale (couples cohabitant ou non, mariés ou non, petits-amis, relations épisodiques, etc.) pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de cette relation.

Les violences au sein du couple, rarement situationnelles, relèvent d'un processus dynamique.

Ce processus aboutit à la prise de contrôle progressive d'un partenaire sur l'autre, la victime se sentant impuissante.

Leonore Walker, célèbre professeur américaine de psychologie, a proposé une description du cycle de la violence conjugale (22). Il se compose schématiquement de quatre phases successives qui se répètent dans le temps et dont l'intensité s'accroît à chaque nouveau cycle :

#### Phase de tension :

Dans un contexte de frustration des attentes du partenaire violent, celui-ci exprime verbalement ou non son mécontentement tout en menaçant sa victime. Cette dernière fait alors tout son possible pour apaiser la situation et éviter l'agression, ce qui renforce au contraire l'agressivité du partenaire violent.

### Phase d'explosion, de crise :

Passage à l'acte violent avec explosion agressive, comme une « cocotte-minute », qui mène le couple à la phase suivante

### Phase d'accalmie et de justification :

Après l'explosion agressive, la frustration du partenaire diminue. La victime cherchant à rétablir l'équilibre au sein du couple redevient pro-active, soit pour neutraliser les conséquences de la violence, soit pour prévenir de futures explosions.

Cette phase se caractérise également par la position ambivalente de la victime qui dédouane son agresseur alors que celui-ci cherche à se justifier ou minimiser ses actes, tout en culpabilisant sa victime.

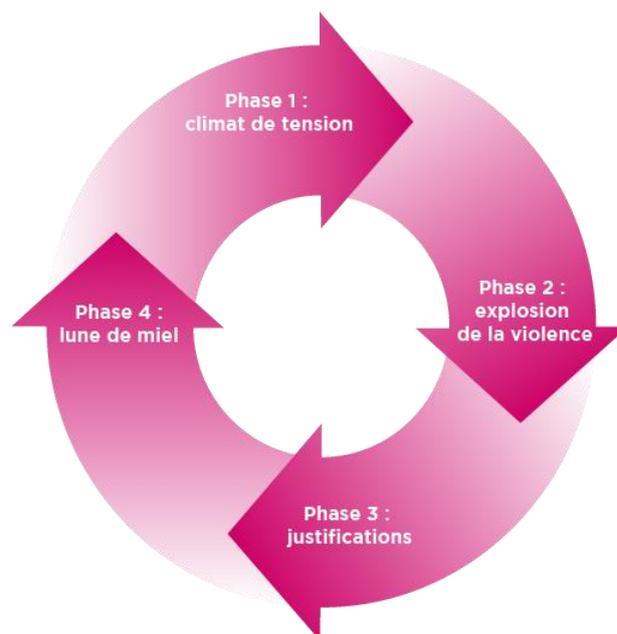
Cette phase d'analyse et de rationalisation de la violence a tendance à persuader la victime qu'une amélioration de la situation est en son pouvoir. Elle adaptera son comportement pour ne pas générer de frustration chez son partenaire.

### Phase de lune de miel :

De son côté le partenaire violent modifie son comportement, devient plus attentif et fait tout son possible pour faire oublier les violences. Ainsi la victime est amenée à croire que le passage à l'acte ne se reproduira plus, qu'il était finalement lui aussi une victime dans cette situation.

Comme le montre la figure 1, la répétition des cycles s'accélère et on observe un raccourcissement des phases, principalement la phase « lune de miel ».

Malgré cela, la victime reste dans les mêmes mécanismes de pensée et aura du mal à discerner la violence comme faisant partie intrinsèque de sa vie conjugale.



**Figure 1:** Cycle de la violence conjugale

#### **I.1.4. Impact sur la santé des femmes et de leurs enfants**

Cet ensemble de violence est considéré par l'OMS comme un facteur de risque chez cette population, avec une importance équivalente à d'autres grands problèmes de santé publique (10).

Comme le rappelle J.C. Campbell dans son article « Health consequences of intimate partner violence » paru dans la revue Lancet en 2002 (23), malgré une certaine variabilité dans les études, il fait consensus que la violence a un impact significatif à court et long terme sur la santé des femmes.

Ainsi tous les signes évocateurs de violences, qu'ils soient physiques ou psychologiques doivent être décrits lors de la rédaction du certificat médical initial par le primo-intervenant professionnel de santé.

##### **I.1.4.1. La traumatologie**

Les violences physiques sont les plus à même de laisser des traces sur le corps. Il s'agit des symptômes les plus évidents et constituent la première motivation de consultation auprès d'un médecin. Ils regroupent un ensemble de lésions multiples qui peuvent être d'âge différent et de présentation variée : ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, érosions, pétéchies.

Leur localisation est variable, principalement sur le visage et aux extrémités. Il est important de rechercher des signes au niveau des zones dites de défense (les avant-bras) et sous les vêtements.

De manière quasi-systématique les violences physiques sont précédées et/ou accompagnées de violences verbales et psychologiques.

##### **I.1.4.2. Retentissement psychologique immédiat**

Comme le décrivent N.Chidiac et L. Croq dans leur article sur le traumatisme psychique en 2010 (24) il apparaît que lorsqu'un individu fait face à une agression ou une menace soudaine, de manière immédiate, il déclenche une réaction d'alarme pour faire face à cette agression. Sa durée est limitée dans le temps, le plus souvent d'une à six heures, parfois jusqu'à une journée. Celle-ci est normale, adaptée ; à contrario elle peut s'avérer pathologique, inadaptée.

Dans ce cas le stress est dit dépassé. Pour un même évènement stressant, l'état de stress engendré chez différents individus peut être adapté ou non. Cela dépend de plusieurs facteurs (différences de personnalité, résilience psychique, résonance personnelle et soutien apporté par l'entourage).

Ainsi on peut décrire des symptômes physiques en lien avec chacune des réactions psychologiques.

##### **Etat de stress adapté :**

- Accélération du rythme cardiaque et respiratoire.
- Elévation de la tension artérielle.

- Frissons et pâleur.
- Strictions thoraciques et spasmes viscéraux divers.
- Soulagement euphorique, sensations d'épuisement physique et psychique (« impression d'être vidé »).

**Etat de stress inadapté, dépassé :**

- Sidération cognitive avec incapacité de comprendre et d'exprimer ce qu'il ressent. Stupeur affective, au-delà de la peur, état second. Sidération volitionnelle, incapacité d'initiative.
- Comportement automatisé, avec amnésie des faits  
Ou à l'inverse.
- Agitation extrême
- Fuite panique

Ainsi le tableau clinique initial serait révélateur d'un vécu traumatique et annonciateur de séquelles psycho-traumatiques.

Cependant c'est l'évolution qui dira si oui ou non l'événement potentiellement traumatisant a été vécu comme un traumatisme.

Il est ainsi décrit une période post-immédiate (25) qui s'étend à partir du deuxième jusqu'au trentième jour. Elle requiert une surveillance psychologique attentive.

En effet, « deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les symptômes de la période immédiate s'éteignent progressivement et le sujet n'est plus obnubilé par le souvenir de l'événement ; ou bien ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement, et en outre, il commence à souffrir de nouveaux symptômes » (24).

La persistance ou l'enrichissement (reviviscence, état d'alerte) de la symptomatologie au cours de la période post immédiate fera craindre une évolution vers une névrose traumatique ou un état de stress post traumatique.

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux dans sa cinquième version (DSM-V) (26) reprend ces notions et pose un cadre clair. Il définit ainsi un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) chez un individu qui présenterait les critères exposés dans le tableau 1.

La période post immédiate y est redéfinie comme étant :

- Un état de stress aigu, en cas de correspondance avec les symptômes de l'ESPT.
- Un trouble de l'adaptation lorsque la réponse à un événement traumatique ne rencontre pas tous les critères de l'état de stress aigu ; ou lorsque l'exposition à un événement stressant ne correspond pas aux critères de l'exposition à un événement traumatique.

Les critères qui définissent un évènement comme traumatique sont également repris dans le tableau 1.

Un autre élément important à prendre en compte est la répétition de l'évènement traumatique. A force d'être sollicitée la capacité de résilience psychologique diminue.

De ce fait la population de femmes victimes de violences conjugales est particulièrement vulnérable sur le plan psychique et donc davantage sujette à une évolution défavorable sur le plan psychiatrique.

**Tableau 1:** Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V(27)

Trauma exposure	
Trauma	Actual or threatened violent death, serious injury or accident, or sexual violence
A. Exposure	Via any of the following: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Directly exposed to trauma</li> <li>2. Eyewitness (in person) to others directly exposed to trauma</li> <li>3. Learning of direct exposure to trauma of a close family member or close friend</li> <li>4. Repeated or extreme exposure to aversive details of traumatic event (eg, trauma workers viewing human remains or repeatedly exposed to details of child abuse), in person or via work-related electronic media</li> </ol>
Symptom groups B to E (symptoms beginning or worsening after the traumatic event)	
B. Intrusion	≥1 <i>intrusion symptoms</i> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recurrent, involuntary, distressing trauma memories</li> <li>2. Recurrent, distressing trauma-related dreams</li> <li>3. Dissociative reactions/flashbacks related to trauma</li> <li>4. Intense or prolonged psychological distress to trauma reminders</li> <li>5. Marked physiological reactions to trauma reminders</li> </ol>
C. Avoidance	≥1 <i>avoidance symptoms</i> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avoidance/efforts to avoid distressing internal trauma reminders (memories, thoughts, feelings)</li> <li>2. Avoidance or efforts to avoid distressing external trauma reminders (people, places, activities)</li> </ol>
D. Negative cognition and mood	≥2 <i>negative cognition/mood symptoms</i> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amnesia for important parts of trauma exposure</li> <li>2. Persistent, exaggerated negative beliefs about self, others, or the world</li> <li>3. Persistent, distorted trauma-related cognitions leading to inappropriate blame of self/others</li> <li>4. Persistent negative emotional state (eg, fear, horror, anger, guilt, shame)</li> <li>5. Loss of interest or participation in significant activities</li> <li>6. Detached/estranged feelings from others</li> <li>7. Persistent loss of positive emotions (eg, happiness, satisfaction, love)</li> </ol>
E. Hyperarousal	≥2 <i>marked alterations in trauma-related arousal and reactivity</i> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritability and angry outbursts with little/no provocation (eg, verbal/physical aggression toward people/objects)</li> <li>2. Reckless or self-destructive behavior</li> <li>3. Hypervigilance</li> <li>4. Exaggerated startle</li> <li>5. Concentration problems</li> <li>6. Sleep disturbance (eg, difficulty falling or staying asleep, restless sleep)</li> </ol>
Additional criteria	
F. Duration	>1 month
G. Distress/impairment	Clinically significant distress; social/occupational/other important functioning impairment
H. Not attributable to another disorder	Independent of physiological effects of a substance (eg, medication, alcohol) or another medical condition

### **I.1.4.3. Les pathologies psychiatriques**

Selon l'enquête ENVEFF (3) les troubles anxiodépressifs touchent plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes également, 5 % de la population de femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0,2 % chez la population générale de femme.

Selon la même enquête un tiers des femmes victimes de violences conjugales a consommé des médicaments antidépresseurs, hypnotiques ou psychotropes sur la période étudiée.

L'étude conduite par l'OMS en 2013 a établi que les femmes victimes de violences conjugales sont presque deux fois plus nombreuses à développer à la suite des violences des problèmes de dépression ou d'alcoolisme qu'au sein de la population générale (9).

Dans l'ensemble, la population de femmes victimes de violences conjugales reçoit quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que la population générale.

### **I.1.4.4. Les problèmes gynécologiques**

Leur prévalence, leur durée, et leur impact constituent la plus grosse différence entre la population de femmes victimes de violences ou non (23).

Les différents symptômes et pathologies comprennent :

- Les infections sexuellement transmissibles (chlamydia, herpès, hépatite B, hépatite C, VIH, HPV).
- Les hémorragies et infections génitales.
- La diminution de la libido.
- Les dyspareunies et douleurs pelviennes chroniques.
- Les infections urinaires à répétition.

Ainsi l'étude de l'OMS 2013 a montré que les femmes victimes d'abus sexuels ou de maltraitance avaient 1,5 fois plus de risque de souffrir d'une infection sexuellement transmissible que les femmes n'ayant pas subi de violence conjugale (9).

Enfin selon toujours selon J.C. Campbell, la probabilité d'avoir un problème gynécologique est trois fois plus importante chez la population de femmes victimes de violences versus non victimes (23).

### **I.1.4.5. Les problèmes obstétricaux**

Il est reconnu que la grossesse représente un facteur déclenchant ou aggravant des passages à l'acte violent, il s'agit d'une période charnière dans la vie d'une femme. En 2002 l'OMS montrait qu'aux Etats-Unis on estimait le taux de violence au cours de la grossesse de 3% à 11 % chez les femmes adultes (10).

L'OMS en 2013 (9) montre également que l'association de la grossesse et de la violence peut aboutir à:

- des fausses couches, avec un risque accru (16%);
- des naissances d'enfant mort-né;
- des recours tardifs aux soins prénataux;
- des accouchements et des naissances prématurées, avec un risque accru majeur (41%);
- des traumatismes fœtaux;
- de l'insuffisance pondérale à la naissance, cause majeure de décès des nourrissons dans les pays en développement.

#### **I.1.4.6. Les pathologies chroniques décompensées**

De par l'état physique ou psychologique engendré par les violences, les femmes sont plus à même de décompenser une pathologie chronique. En effet l'accès au soin peut être rendu plus difficile pour cette population, le partenaire intime contrôlant les faits et gestes de sa victime.

#### **I.1.4.7. Impact chez les enfants**

Les pouvoirs publics français se sont plus tardivement intéressés à cette question que leurs homologues américains et canadiens.

En effet, si la question fut abordée en 2004 par l'enquête ENVEFF (3) les premières préconisations de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance et du Service des Droits des Femmes et de l'Égalité (ONED/SDFE) ne seront reprises, dans le plan triennal de la lutte contre les violences faites aux femmes, qu'à partir de 2011-2013 (28).

Les violences au sein d'un foyer ne sont pas un évènement de vie isolé, c'est au contraire un contexte de danger, de tension permanent, autant pour l'enfant que pour sa mère (29).

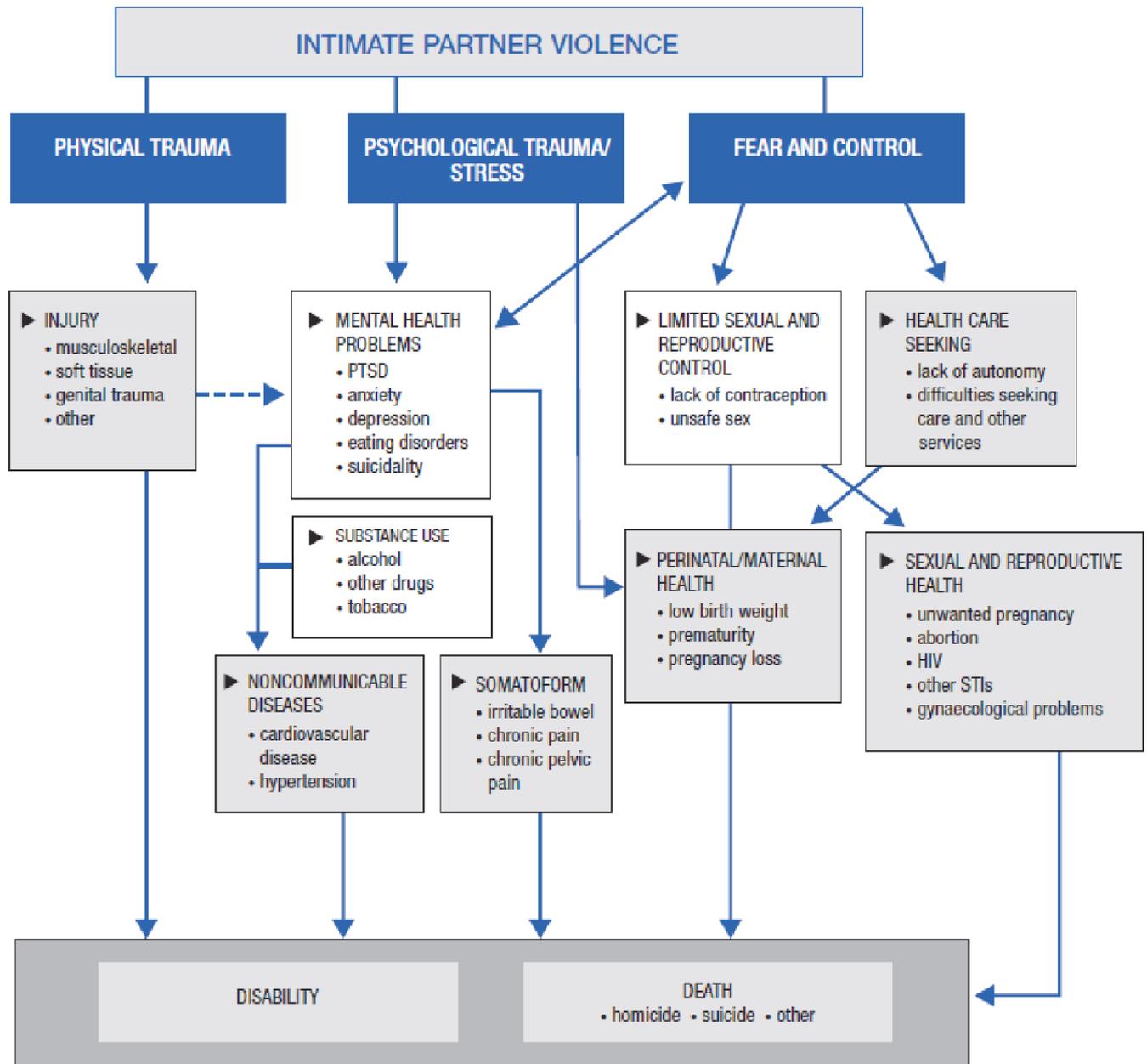
Les enfants exposés aux violences dans le couple ont davantage de risque de reproduire la violence au cours de leur vie d'enfant, dans leur rapport filles - garçons, mais aussi à l'âge adulte.

En amont de ce risque à long terme, il existe un ensemble de risques immédiats pour l'enfant, pouvant être le risque :

- d'être une cible accidentelle ou volontaire d'un acte de violence entre les parents ;
- d'un retard de développement ;
- de trouble du comportement extériorisé et/ou intériorisé.

Ainsi 40 % des enfants évoluant dans un contexte de violence conjugale subissent aussi des violences physiques de la part de l'auteur des violences conjugales.

Bien qu'il n'existe pas de terme consensus, on parle alors de l'enfant témoin comme d'une victime indirecte ou victime ricochet.



**Figure 2:** Exemple de cause à effet entre les violences intrafamiliales et la santé (9).

Comme vu précédemment, le champ des violences conjugales est vaste. Un évènement soudain entraîne ainsi une cascade de conséquences durables. Le passage à l'acte marque une rupture dans la vie du foyer, impactant de manière majeure la vie de la victime, mais aussi celle des proches.

Enfin, il est important de préciser, comme le rappelle le rapport du Professeur Henrion (30), que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé du fait des troubles traumatiques, gynécologiques et psychologiques. Effet direct, le coût humain engendré par les violences est assorti d'un effet indirect ; loin d'être négligeable ; le coût économique supporté par la société.

### **I.1.5. Impact économique des violences conjugales**

Une étude menée par M. Nectoux en 2010 (31) s'est intéressée à l'impact économiques des violences conjugales et a cherché à évaluer leurs coût économique en France.

Selon cette étude, le coût global des violences conjugales en France était estimé en 2006 à 2,5 milliards d'euros pour l'année et leur prise en charge ambulatoire coûtait à la société 2,5 fois celle des autres femmes.

Ce coût était composé de plusieurs champs : systèmes de soins, secteur médico-social et judiciaire, pertes de productions (décès, incarcération, absentéisme) et coût humain des viols et blessures graves.

Bien que la plus grande partie du coût estimé soit due à la perte de production, la part due au système de soins est supérieure à 20% (483 millions).

Ces chiffres sont bien entendu à considérer avec précaution compte-tenu des paramètres évalués, cependant ils donnent un marqueur intéressant qui peut être utile pour sensibiliser les professionnels dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

## **I.2. Les violences faites aux femmes, un problème de santé publique**

### **I.2.1. Principales données des violences au sein du couple en 2017**

#### **I.2.1.1. Enquête cadre de vie et sécurité**

Tout auteur et toute nature de violences confondus, l'enquête cadre de vie et sécurité (32), conduite chaque année par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), estime entre 2011-2017 à 1 102 000 le nombre moyen de victimes chaque année parmi les 18-75 ans, ce qui représente 2,5 % (1 personne sur 40) de la population dans ce groupe d'âge.

Cette même enquête, bien que ne possédant pas d'item spécifiques aux violences conjugales, s'intéresse néanmoins au statut des auteurs et permet d'estimer une valeur plancher des violences intrafamiliales.

En moyenne sur la période 2011-2017, plus de 430 000 personnes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences intrafamiliales (conjoint, ex-conjoint ou membre de la famille avec ou sans cohabitation).

La part des femmes chez les victimes représente 70% de la population des victimes de violences intrafamiliales contre 44% dans la population de victimes hors ménage.

Enfin dans 7 cas sur 10 au sein du ménage, le conjoint ou l'ex-conjoint est l'auteur des violences ce qui représente 225 000 victimes.

**Tableau 2:** Violences physiques ou sexuelles parmi les 18-75 ans (32)

Moyennes annuelles sur la période 2011-2017

<b>Approche des violences physiques ou sexuelles dans l'enquête Cadre de vie et sécurité</b>	
<b>Victimes de violences physiques « hors ménage »</b>	<b>633 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,4
Part de femmes parmi les victimes (%)	45
<b>Victimes de violences sexuelles « hors ménage »</b>	<b>173 000*</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,4*
Part de femmes parmi les victimes (%)	76*
Part de victimes de viol ou tentative de viol (%)	43*
<b>Victimes de violences « au sein du ménage »</b>	<b>375 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,9
Part de femmes parmi les victimes (%)	67
<b>Approche globale</b>	
<b>Victimes de violences physiques ou sexuelles</b>	<b>1 102 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	2,5
Part de femmes parmi les victimes (%)	54
<b>Approche des violences physiques ou sexuelles selon le lien auteur-victime</b>	
<b>Victimes de violences intrafamiliales</b>	<b>432 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,0
Part de femmes parmi les victimes (%)	71
Part de victimes de violences conjugales (%)	70
<b>Victimes de violences hors sphère intrafamiliale</b>	<b>682 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,6
Part de femmes parmi les victimes (%)	44
<b>Approche des violences physiques ou sexuelles selon la nature des violences</b>	
<b>Victimes de violences physiques</b>	<b>947 000</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	2,2
Part de femmes parmi les victimes (%)	51
<b>Victimes de violences sexuelles</b>	<b>235 000*</b>
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,5*
Part de femmes parmi les victimes (%)	80*
Part de victimes de viol ou tentative de viol (%)	48*

\* À partir de 2017, la formulation de la question permettant de repérer les victimes de violences sexuelles a changé, ce qui a modifié en niveau et en structure l'ensemble des victimes de violences sexuelles identifiées dans l'enquête (cf. rubrique Introduction du chapitre Violences physiques ou sexuelles).

**Définitions** • « **Hors ménage** » signifie que l'auteur ne cohabite pas avec la victime au moment de l'enquête. Inversement, « **au sein du ménage** » signifie que l'auteur cohabite avec la victime au moment de l'enquête. La « **sphère intrafamiliale** » désigne les infractions commises par un conjoint (au sens large : concubin, pacsé, petit ami), un ex-conjoint ou un autre membre de la famille de la victime. Les violences « **conjugales** » constituent ainsi un sous-ensemble des violences « **intrafamiliales** » et correspondent aux violences commises par un conjoint (au sens large : concubin, pacsé, petit ami) ou un ex-conjoint.

**Note** • Le nombre total de victimes selon chaque approche n'est pas identique car les différents types de violences ne sont pas exclusifs les uns des autres. Une même victime peut ainsi avoir subi des violences physiques ainsi que des violences sexuelles ou bien des violences intrafamiliales et des violences hors sphère intrafamiliale. L'approche « globale » présente ainsi mécaniquement le nombre de victimes le plus faible.

**Champ** • Personnes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, incident le plus récent.

**Source** • Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2012 à 2018, Insee-ONDRP-SSMSI.

Selon la même étude 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentative de viol sur une année, 65 000 d'entre elles déclarent avoir subi au moins un viol. Dans 9 cas sur 10 la victime déclare qu'elle connaissait l'agresseur et dans 47% de ces situations l'agresseur serait le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime.

Ces chiffres illustrent à quel point il s'agit d'un enjeu majeur, mésestimé encore à ce jour par une partie du corps médical.

### **I.2.1.2. Mort violente au sein du couple**

L'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple réalisée par la délégation aux victimes en 2017 (33) montre que :

- 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire « officiel » (les auteurs et victimes sont liés ou ont été liés, par le mariage, par le PACS ou par un concubinage tel que défini par le code civil) ou « non officiel », soit une femme tous les 2,8 jours. Sur les 109 femmes tuées par leur partenaire officiel, près de la moitié (51) a été victime de violences antérieures.
- 21 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire « officiel » ou « non officiel ». Sur les 16 hommes tués par leur partenaire officielle, 11 étaient auteurs de violences
- 25 enfants mineurs ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. 11 enfants ont été tués par leur père en même temps que leur mère et 14 dans le cadre de violences conjugales, notamment liées à un refus de la séparation, sans que l'autre parent ne soit tué.

De l'analyse de ces données il ressort que 86% des victimes d'homicides au sein du couple sont des femmes.

Au total, on dénombre donc 188 homicides liés aux violences au sein du couple en 2017. Pour l'ensemble de ces affaires 59 auteurs se sont suicidés. Les violences au sein du couple sont donc à l'origine de 247 décès en 2017.

**Tableau 3:** Morts violentes au sein du couple – Etude nationale de l’année 2017 (33)

<b>Victimes au sein du couple</b> ( <i>couples officiels et non officiels</i> )	<b>151</b>
...dont femmes	<b>130</b>
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	109
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	21
...dont hommes	<b>21</b>
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	16
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	5
<b>Victimes enfants</b>	<b>25</b>
...dont enfants tués en même temps que l’autre parent	11
- <i>au sein de couples officiels</i>	9
- <i>au sein de couples non officiels</i>	2
...dont enfants tués dans le cadre de violences conjugales sans que l’autre parent ne soit tué	14
Victimes collatérales hors mineurs	5
Homicides de rivaux	7
<b>Total victimes d’homicides</b>	<b>188</b>
<b>Suicides des auteurs</b>	<b>59</b>
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	41
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	5
<i>Au sein des rivaux sentimentaux</i>	1
<i>Suicides de partenaire(s) hors homicide</i>	12
<b>TOTAL DECES</b>	<b>247</b>

Il apparaît donc à travers ces différentes études que malgré une prise de conscience globale de la population et une amélioration de la situation, l’objectif de lutte contre les violences faites aux femmes reste à ce jour le même. Le travail de coordination entre les différents acteurs doit donc être renforcé.

A ce titre le médecin, quel qu’il soit, joue un rôle prépondérant.

## **I.2.2. L'action du système de santé dans la lutte contre les violences conjugales**

### **I.2.2.1. L'attitude du médecin face aux violences**

Le rapport violence et santé 2003 mentionnait dans son préambule « *la violence, considérée comme inhérente à la condition humaine, relevait jusqu'à présent du seul système pénal, le secteur sanitaire se limitant à soigner les victimes. [...] Ces violences représentent une des principales causes de mortalité prématurée, un facteur de risque de maladies mentales les plus fréquentes, une menace majeure sur la cohésion sociale* ».

La prise en charge des violences par le médecin est l'assurance de cette cohésion sociale, par sa position, celui-ci se trouve être au carrefour de la société.

Selon l'OMS (10) les services de santé sont un lieu de passage et de fréquentation pour les femmes et ce toute leur vie ; ainsi, « *Cela donne à ces derniers un rôle particulièrement important à jouer pour identifier les victimes d'actes de violence, leur prêter assistance et les orienter, le cas échéant, vers des services spécialisés* ».

L'ENVEFF (3) concluait en 2001 que les femmes victimes d'agressions physiques au cours des 12 derniers mois se confiaient en premier lieu aux médecins (24%) devant police et gendarmerie.

Le rapport Henrion (30) décrivait ainsi plusieurs catégories de médecins pouvant être primo-intervenant dans le dépistage et la prise en charge des femmes ayant subies des violences : médecins urgentistes, médecins généralistes, gynécologues et gynécologues obstétriciens.

En moyenne entre 2011 et 2017, une victime sur cinq a été vue par un médecin à la suite de violences au sein des ménages et une sur dix a reçu au moins une fois un certificat médical fixant une incapacité totale de travail (ITT). Près d'une victime sur cinq (19 %) a consulté au moins une fois un psychiatre ou un psychologue, 14 % ont parlé de leur situation avec les services sociaux, 6 % ont rencontré les membres d'une association d'aide aux victimes et enfin 6 % ont appelé un service téléphonique gratuit (« numéro vert ») d'aide aux victimes. En moyenne entre 2011 et 2017, 37 % des victimes de violences au sein du ménage ont effectuées au moins une des 5 démarches de recours vers des services sociaux ou médicaux (médecin, psychiatre et psychologue, services sociaux, numéro vert, association). C'est le cas de 44 % des victimes de violences domestiques répétées et de 20 % des victimes d'un incident isolé.

Par sa capacité d'accueil 24 heures/24 et son relatif anonymat, le service des urgences est en première ligne dans l'accueil des femmes ayant subi des violences. Mais comme le rappelle l'OMS dans son étude de 2013 (9), les données médicales des hôpitaux et cliniques sur les violences ne sont actuellement pas exploitables car elles sous-estiment l'ampleur des violences et ce pour plusieurs raisons :

- Indépendamment du système de santé, les femmes victimes de violences conjugales ne consultent pas, ou très peu, dans le cas de blessures infligées par leur partenaire intime.
- Dans le cas où la patiente consulte, il est rare que des informations concernant l'auteur des violences soit collectées.
- Enfin même si la question de l'auteur est directement posée certaines femmes auront quand même une réticence à se confier.

Ainsi le médecin des urgences peut être -sans le savoir ni le voir- le premier interlocuteur de ces femmes. Dès lors, il apparaît important de réaffirmer le rôle et la responsabilité des professionnels de santé dans la prise en charge globale de cette problématique pour être à la fois une porte d'entrée dans le système sanitaire et judiciaire mais également une porte de sortie des violences.

La Société Française de Médecine d'Urgence, en 2014 (34), rappelait dans son référentiel l'attitude à adopter face à cette problématique « *L'urgentiste doit assurer : les soins physiques et psychologiques, la protection, faire tous les examens complémentaires permettant à la victime d'apporter la preuve de son préjudice, la rédaction de certificats lui permettant de porter plainte. Enfin, il doit se poser la question d'une déclaration aux autorités judiciaires tout en respectant les règles liées au secret professionnel.* »

En effet, face à une victime de violence, le praticien amené à constater les faits se trouve dans une situation délicate. Il se retrouve entre le marteau et l'enclume, d'un côté le devoir de protection de la santé de ses patients et de l'autre l'impératif du secret professionnel.

Pour rappel selon l'article 4 du code de déontologie des médecins (35) « *le secret professionnel, institué 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 qu'il lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». En cas de non-respect du secret professionnel, selon l'article 226-13 du code pénal (36) le médecin encourt un an d'emprisonnement et quinze mille euros d'amende.

Pour autant, il existe une dérogation au secret professionnel si un certain nombre de conditions sont réunies.

Ainsi le médecin est autorisé par la loi, sans encourir de sanction, à signaler au Procureur de la République toute constatation présumant de violences (physique, sexuelle, psychique). Cette déclaration ne peut être faite qu'avec l'accord préalable de la victime, si elle est majeure et non vulnérable conformément à l'article 226-14 du code pénal (37).

Dans le cas où la victime répondrait à la définition pénale de personne vulnérable de l'article 434-4 du code pénal (38), le médecin est tenu d'effectuer le signalement au

Procureur de la République au risque d'encourir les peines prévues par l'article 223-6 (39) du code pénal réprimant la non-assistance à personne en péril.

Est défini vulnérable (40) « *une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* ».

Ainsi, bien que le cadre juridique et l'attitude à avoir face à une personne potentiellement victime de violence puisse paraître claire, dans la pratique, on peut comprendre la variabilité dans l'application de celui-ci du fait de la complexité de la situation.

Il est donc important d'accompagner les victimes et pour ce faire d'assister les médecins.

C'est cette volonté qui anime la mission des référents « violences faites aux femmes ». En 2014, à la demande du plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, M. Fontanel, P. Pelloux et A. Soussy ont remis à madame la Ministre de la Santé Marisol Touraine leur rapport intitulé « Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences » (41). Selon ces travaux, la prise en charge des femmes victimes de violence devrait suivre un protocole adapté à chaque région qui s'appuierait sur 3 fondamentaux :

- Identifier les ressources du territoire et savoir orienter une femme victime de violence, en distinguant les prises en charge aiguës ou en situation chronique.
- Se former aux violences et disposer d'outils d'aide au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violence.
- Simplifier la prise en charge des femmes et leur garantir un suivi systématique.

### **I.2.3. Une approche locale**

Ce sont toutes ces recherches qui ont nourri ma réflexion, le constat de l'ampleur de la problématique des violences faites aux femmes a naturellement soulevé un certain nombre de questions. Je me suis interrogé sur nos propres pratiques avec le souhait de faire un état des lieux de celles-ci. Je souhaite dans l'étude que nous avons menée établir et étudier le profil de la population de femmes victimes de violences consultant aux urgences du CHU de Limoges. Puis en s'appuyant sur l'analyse de ces données soumettre à la validation de l'équipe médicale des urgences une proposition de protocole en coordination avec les partenaires locaux.

Avant de présenter l'étude que nous avons menée nous souhaitons faire un rappel sur les bonnes pratiques de rédaction d'un certificat médical initial et présenter les partenaires locaux.

### I.2.3.1. La rédaction du certificat médical initial

La rédaction d'un Certificat Médical Initial (CMI) concerne l'ensemble des médecins et s'applique à toutes les victimes. Suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2011 (42) on distingue deux modalités de saisine du médecin :

- Demande spontanée de la part de la victime.
- Réquisition judiciaire.

Dans le cadre de l'examen d'une victime sur réquisition, le médecin doit toujours exiger une réquisition écrite.

Elle doit comprendre :

- L'identité et la fonction du requérant, de la personne requise ou du service requis.
- L'article du Code de procédure pénale fondant la demande.
- L'énoncé précis de la mission.
- La signature du requérant, la date et le sceau.

Il est recommandé au médecin requis de conserver l'exemplaire original de la réquisition.

L'examen médical du médecin doit comprendre un examen somatique exhaustif et précis, mais également une évaluation psychique.

La description des réactions de détresse psychique de la victime avec des mots simples est primordiale et doit figurer sur le CMI.

Il faut ainsi décrire la réaction psychologique immédiate et rechercher des paramètres prédictifs (détresse et dissociation péritraumatiques) d'évolution vers une pathologie psychiatrique. Le recours secondaire à un psychiatre se fera éventuellement pour juger de l'évolution.

Dans la mesure du possible le médecin doit fixer et indiquer sur le CMI une durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT). L'ITT au sens pénal est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes, et pouvant contribuer à qualifier une infraction.

*Pour rappel « l'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime (perte des capacités habituelles de déplacement, de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine), notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité » (42).*

En cas de violences volontaires les peines encourues par l'auteur varient selon l'ITT fixée par le médecin comme suit :

- une contravention de 4<sup>ème</sup> classe (de 750 €) dite de « simple police », lorsqu'il s'agit de faits de violences n'ayant pas entraîné d'ITT (article R 624-1 du Code pénal) (43) ;
- une contravention de 5<sup>ème</sup> classe, devant le tribunal de police, lorsque l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours (article R 625-1 du Code pénal) (44) ;
- 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, dès lors que l'ITT est supérieure à 8 jours (article 222-11 du Code pénal) (45) ;
- 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, en cas de violences volontaires ayant entraîné la mutilation d'un membre ou ayant entraîné une infirmité permanente (article 222-9 du Code pénal) (46) ;
- 15 ans de réclusion criminelle, devant la cour d'assises, en cas de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-7 du Code pénal) (47).

On comprend donc mieux l'importance du rôle joué par le médecin, à la fois pour la victime et l'auteur présumé des faits.

On retient ce délai de huit jours, réel seuil dans les procédures judiciaires. On rappelle également l'existence de circonstances aggravantes qui interviennent dans la qualification pénale des faits.

### **I.2.3.2. Les partenaires locaux**

#### ➤ France Victimes 87

France Victimes 87 (48) est une association résidant à Limoges et composée d'une équipe de professionnels formés à l'aide aux victimes, leur mission comprend l'information des victimes sur leurs droits, l'assurance de la mise en œuvre des droits de la victime dans l'urgence et la compréhension du processus judiciaire par la victime. Cette association appartient au réseau France Victimes et, à ce titre, est une association conventionnée ayant obtenu un agrément de l'état reconnaissant ainsi son engagement dans la lutte contre les violences.

Son équipe se compose notamment de psychologues et de juristes.

En partenariat avec l'hôpital, France Victimes possède deux permanences dans les locaux au sein de l'hôpital Dupuytren I à la maison des usagers et à l'Hôpital Mère Enfant, permettant aux victimes de les rencontrer, par exemple au cours d'un entretien avec un psychologue.

➤ Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, créés à la suite de la loi 74-955 du 19 novembre 1974, ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et la réinsertion sociale des personnes ou des familles face à de grandes difficultés. Il s'agit notamment de victimes de violences.

➤ Unité de victimologie du Centre Hospitalier d'Esquirol

Le centre hospitalier psychiatrique de Limoges a mis en place une unité spécialisée dans la prise en charge des personnes ayant vécu un évènement traumatique à haut potentiel d'évolution vers une pathologie psychiatrique. Sa mission comprend la rencontre des femmes victimes de violences.

➤ Portail de signalement des violences sexuelles ou sexistes

Ce signalement est accessible à toute personne via le site internet «service-public.fr», depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone, sous la forme d'une discussion interactive instantanée pour permettre un échange personnalisé et adapté avec un policier ou un gendarme spécifiquement formé à la thématique des violences sexuelles et sexistes. L'accès à ce service est gratuit et sans obligation de déclarer son identité. L'objectif est de permettre à un maximum de victimes d'entrer en contact avec ces personnels spécialisés pour les accompagner vers le dépôt d'une plainte et, dans l'hypothèse où elles n'y seraient pas prêtes, les orienter vers les partenaires sociaux et faciliter ainsi leur accompagnement et prise en charge sociale et/ou psychologique.

Aujourd'hui il apparaît clair que le problème est reconnu par les pouvoirs publics. Il est nécessaire de passer à l'action, cette attente des associations d'aide des victimes est légitime.

C'est avec cette idée en tête que nous avons mené notre étude.

## II. Matériels et méthodes

---

Il s'agissait d'une étude rétrospective, quantitative et qualitative évaluant l'identification informatique aux urgences du CHU de Limoges des patientes victimes ou ayant été victimes de violence.

Il s'agissait également de décrire la prise en charge médico-sociale et le profil social de cette population.

### II.1. Type d'étude

La période de l'étude menée s'étendait du 1<sup>er</sup> décembre 2018 au 31 janvier 2019.

Les données ont été recueillies à partir du logiciel informatique UrQual. Celui-ci permet la gestion du flux des patients consultant aux urgences et une optimisation de leur prise en charge.

Notre objectif principal était d'identifier à partir de la lecture et l'étude de leur dossier médical les femmes consultant aux urgences, victimes, ou ayant été victimes, de violences. Puis de déterminer comment ces patientes ont été identifiées informatiquement.

Notre hypothèse de départ était que la population d'intérêt sélectionnée, par les options de tri actuel de la base de données d'UrQual, ne rendait compte que d'une fraction de la population réellement touchée.

En effet, avant même de pouvoir évaluer la prise en charge d'une certaine population, ici les femmes victimes de violences, il est important de déterminer si l'outil informatique à notre disposition (base de données UrQual) est adapté pour correctement sélectionner la population d'intérêt.

Sous l'impulsion du référent « violences faite aux femmes », le Docteur Alexandra Appert, l'outil informatique d'identification à l'accueil des urgences fut modifié en date du 1er janvier 2019 par l'ajout d'un nouvel intitulé dans la rubrique circonstance : « Agression (Violences faites aux femmes) ».

Après accord du service des urgences du CHU de Limoges, ce nouvel outil devait être employé par le personnel paramédical du poste d'accueil et d'orientation des urgences.

Le but était, par l'ajout de cette identification complémentaire, d'améliorer l'étiquetage informatique et ainsi faciliter la sélection de cette population d'intérêt.

L'objectif secondaire de l'étude est lui qualitatif :

- Etudier le profil de la population d'intérêt
- Evaluer la prise en charge sous tous ses aspects : médical, social, judiciaire

Nous avons dressé un bilan des pratiques réalisées à partir des résultats obtenus. Chiffres à l'appui, les bonnes pratiques pourront être encouragées. Il a également été établi un guide des bonnes pratiques à destination du personnel médical.

Enfin il a été proposé un protocole afin d'améliorer les aspects source de difficultés.

## II.2. Base de données

D'un point de vue éthique cette recherche est concernée par l'application MR-004 (49) car ne répondant pas à la définition des recherches impliquant les personnes humaines qui est définie par l'article L.1121-1 du code de santé publique (50).

Les données ont été recueillies à partir d'UrQual, consultable par l'investigateur uniquement au sein du service des urgences, afin de préserver le caractère confidentiel des données.

## II.3. Recrutement de la population et sélection des dossiers

Le recrutement a été effectué à partir de la population consultant aux urgences du CHU de Limoges sur une période de 62 jours, cela représente un total de 7679 passages selon l'Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine (51)

Dans le cadre de l'étude certains critères d'inclusion (Tableau 4) et d'exclusion (Tableau 5) ont été établis.

**Tableau 4:** Critères d'inclusion de l'étude

CRITERE INCLUSION
SEXE FEMININ
16 < ÂGE < 80
CONSULTATION EN LIEN AVEC DES VIOLENCES ET/OU ANTECEDENT DE VIOLENCES

- Sexe féminin : l'étude des violences chez la population masculine devra faire l'objet d'un travail annexe.
- Âge : compris de manière stricte entre seize et quatre-vingts ans.

La limite inférieure est ainsi fixée pour deux raisons :

- D'un point de vue pratique les personnes admises en consultation aux urgences adultes doivent avoir au minimum 16 ans, cependant il arrive qu'il existe de rares admissions inférieures à cet âge.
- D'un point de vue judiciaire, selon l'article 222-13 du code pénal (52) « *Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou*

*égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises notamment sur un mineur de quinze ans ».* Ainsi les violences sur mineur sont un problème autre avec notamment l'obligation de signalement comme le rappelle l'article 226-14 du code pénal (37).

- Consultation en lien avec des violences et/ou antécédent de violences : doit être retrouvé au sein du dossier médical une consultation ayant pour motif les violences.

Il a donc été identifié, au sein de la population d'intérêt, 206 patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude. La sélection a ensuite été affinée en appliquant les critères d'exclusion suivants (Tableau 5).

**Tableau 5:** Critères d'exclusion de l'étude

CRITERE D'EXCLUSIONS
VIOLENCE SUBIE EXCLUSIVEMENT <16 ANS
PRISE EN CHARGE DIRECTEMENT EN MEDECINE LEGALE
PRISE EN CHARGE ANCIENNE ET/OU NON REALISEE AUX URGENCES DU CHU DE LIMOGES
DOSSIER VIDE

- Violence subie exclusivement avant l'âge de seize ans :

Il arrive qu'une femme adulte ait pour antécédent d'avoir subi des violences et ce exclusivement avant l'âge de 16 ans.

Comme vu précédemment, la violence sur un mineur de quinze ans relève d'une prise en charge différente qui n'était pas l'objet de cette étude.

Suivant ce critère trente-sept patientes ont été exclues de l'étude.

- Prise en charge directement en médecine légale :

Il peut être demandé à une patiente, ayant au préalable porté plainte, de passer un examen médico-judiciaire au sein de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de l'hôpital afin que le certificat établi par le médecin légiste soit versé au dossier judiciaire en tant que preuve.

Dans ce cadre, le médecin légiste est requis par la justice aux fins de réaliser l'examen.

Ainsi certaines patientes ont pu passer aux urgences afin de réaliser leur admission mais n'ont pas été évaluées par le personnel médical et paramédical des urgences et donc directement orientées vers l'UMJ.

Suivant ce critère neuf patientes ont été exclues de l'étude.

- Prise en charge ancienne et/ou non réalisée aux urgences du CHU de Limoges :

Il arrive qu'une femme au cours de sa consultation aux urgences évoque un antécédent de violence subie, remontant à plusieurs années et/ou ayant été pris en charge au sein d'une autre ville.

Evaluer la prise en charge de ces patientes par l'équipe médicale des urgences CHU de Limoges nous a semblé hors contexte pour cette étude.

Suivant ce critère quatorze patientes ont été exclues de l'étude.

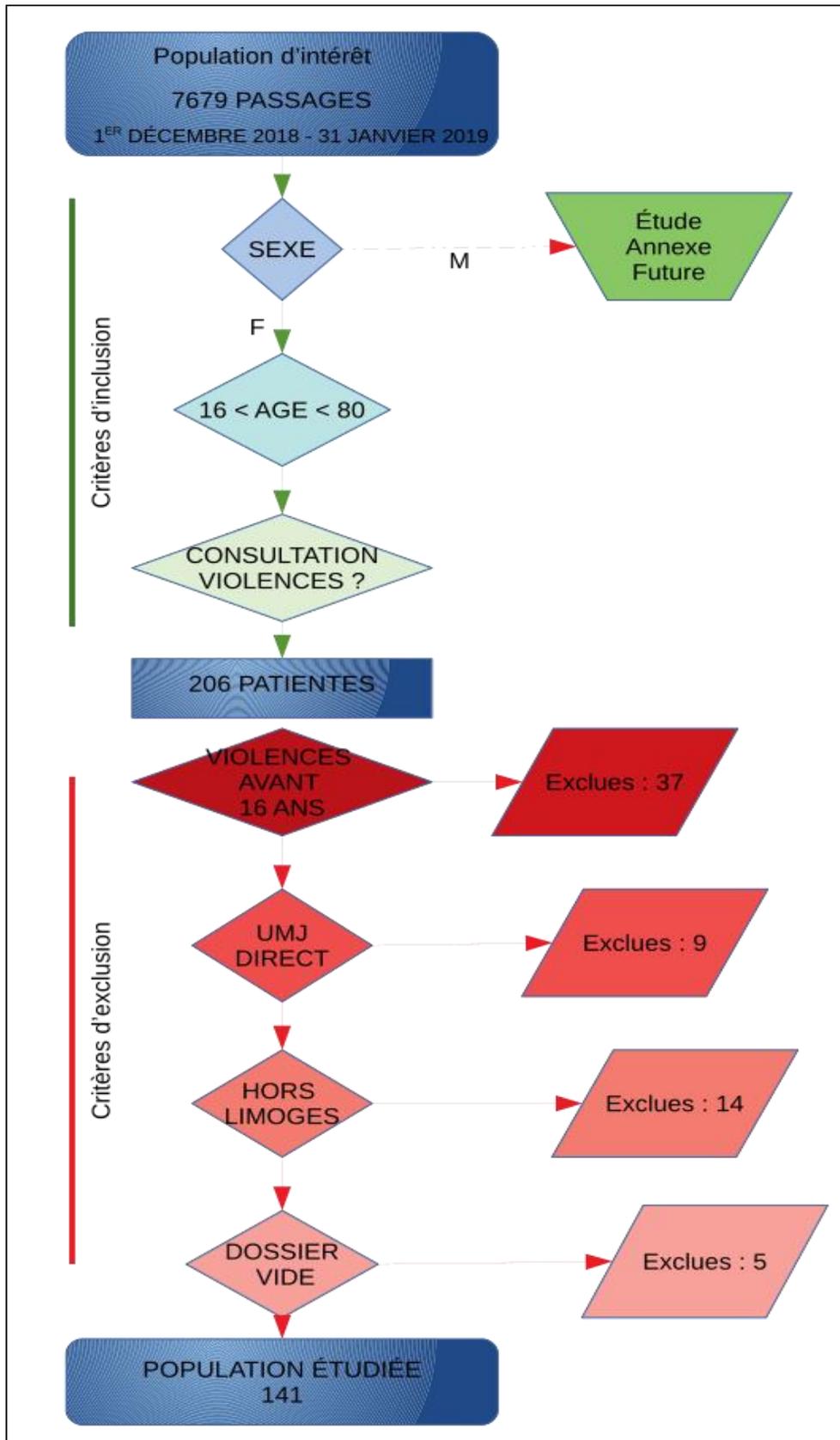
- Dossier vide : à la suite d'une mise à jour du logiciel UrQual en janvier 2011 certains passages antérieurs à cette date ont comme seule traçabilité que le motif d'admission, sans aucune donnée médicale retrouvées.

Nous avons jugé que dans ce cas de figure l'ajout de ces patientes n'était pas pertinent.

Suivant ce critère cinq patientes ont été exclues de l'étude.

Au total après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion à la population d'intérêt 141 patientes ont été incluses définitivement dans l'étude.

Le processus de sélection est synthétisé dans le diagramme de flux suivant (Figure 3).



**Figure 3** : Diagramme de flux : méthode de sélection des dossiers

Ce diagramme de flux rend compte d'une des limites de l'étude. En effet la base de données ORUNA référence le nombre de passages quotidiens aux urgences mais ne permet pas de déterminer le nombre de patients différents ayant consulté sur la période.

## **II.4. Recueil de données**

De nombreuses données ont été recueillies au sein d'un tableau général présentant plusieurs sous-catégories consultables en annexe que nous allons décrire.

### **II.4.1. Identité**

Dans un premier temps pour faciliter le recueil, l'identité des patientes a été saisie selon les critères suivants :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Date de consultation sur la période étudiée
- Age à la date de consultation sur la période étudiée

Ces données ont été par la suite anonymisées.

### **II.4.2. Caractéristiques de passage pour violence**

Nous avons voulu chercher chez cette population la trace de passages aux urgences en lien avec des violences, pour cela ont été recueillies des données selon les critères suivants :

- Date de la première consultation pour violence et âge associé (année décimale)
- Date de la dernière consultation pour violence et âge associé (année décimale)
- Nombres de consultations :
  - o Pour violence
  - o Avant les premières violences
  - o Après les premières violences

Le but étant d'évaluer le nombre de passages moyen aux urgences chez cette population, la moyenne de consultation avant et après les violences.

### **II.4.3. Identification informatique**

Pour répondre à notre hypothèse il fut nécessaire dans un premier temps de déterminer comment était renseigné le motif de consultation des femmes victimes de violences. Nous avons ainsi répertorié pour chaque première consultation pour violence, le motif d'admission principal. Par la suite un niveau de précision a été attribué à chacun de ces motifs. Le niveau de précision se compose de trois entrées :

précis, imprécis et hors-sujet. Celui-ci est choisi en fonction de la pertinence du motif par rapport aux violences.

En effet nous partons du postulat qu'un investigateur extérieur qui utiliserait la base de données UrQual, dans le but d'établir une population de femmes victimes de violence, pourrait aisément relier ces femmes par les motifs d'admissions que nous avons définis comme précis.

Ces données ont été collectées dans un tableau puis intégrées au sein du tableau principal, le tableau 6 présente les différents motifs et leur niveau de précision.

**Tableau 6:** Liste des différents motifs principaux d'admissions et leur niveau de précision.

MOTIF PRINCIPAL D'ADMISSION	NIVEAU DE PRECISION
Certificat de coups et blessures (descriptif)	Précis
Examen à des fins administratives/certificat/réquisitions	Précis
Rixe, Agression	Précis
Violence sexuelle / Agression sexuelle	Précis
Consultation psychiatrique	Imprécis
Dépression / suicidaire	Imprécis
Intoxication médicamenteuse volontaire	Imprécis
Syndrome dépressif	Imprécis
Comportement étrange/ trouble du comportement social / anorexie / boulimie	Hors-sujet
Dermabrasion/ plaie	Hors-sujet
Plaie	Hors-sujet
Traumatisme maxillo-facial	Hors-sujet
Traumatisme crânien sans PC	Hors-sujet
Traumatisme crânien	Hors-sujet
Traumatisme rachidien ou médullaire	Hors-sujet
Traumatisme thoracique	Hors-sujet
Traumatisme membre supérieur	Hors-sujet
Traumatisme important	Hors-sujet
Traumatisme bénin	Hors-sujet
Traumatisme multiple	Hors-sujet
Ebriété, ivresse	Hors-sujet
Ivresse, éthylisme	Hors-sujet
Malaise avec perte de connaissance	Hors-sujet
Douleur	Hors-sujet
Coliques néphrétiques (suspicion)	Hors-sujet
Arythmie	Hors-sujet
Problème de dent ou de gencive	Hors-sujet

#### **II.4.4. Habitus**

Pour voir s'il existe un profil comparable chez les femmes victimes de violences consultant aux urgences du CHU de Limoges à celles de la population générale nous avons recueilli les données suivantes :

- Situation conjugale à la date de consultation pour les premières violences pouvant être :
  - Couple.
  - Seule.
  - Non renseigné.
- Femmes avec des enfants :
  - Oui.
  - Non.
  - Non renseigné
- Situation professionnelle :
  - Emploi.
  - Sans-emploi. Dans ce cas de figure lorsque l'information concernant la nature des ressources était précisée dans l'observation, elle a été reprise dans le tableau.
  - Non renseigné

#### **II.4.5. Violences et agresseurs**

L'objet était de mettre en lumière quel type de violence amenait les patientes à consulter aux urgences, si les violences étaient simples ou associées. Parallèlement nous avons cherché à déterminer le statut de leur agresseur.

- Types de violences :
  - Violence physique.
  - Violence sexuelle.
  - Violence psychologique.
- Statut de l'agresseur :
  - Connu, dans ce cas de figure il est précisé s'il s'agit d'un parent, d'un conjoint ou ex-conjoint, d'une connaissance d'un cercle privé ou professionnel.
  - Inconnu.
  - Non renseigné

#### **II.4.6. Démarche judiciaire**

Nous avons voulu déterminer si la démarche judiciaire entreprise ou non par les patientes était renseignée dans le dossier, cette information a été recueillie comme suit :

- Dépôt de plainte :
  - o Souhait exprimé.
  - o Refus exprimé.
  - o Non renseigné

#### **II.4.7. Évaluation de la prise en charge des violences et de leur impact sur la santé**

Plusieurs éléments de cette catégorie ont fait l'objet de tableaux annexes.

Nous avons voulu évaluer si la prise en charge aux urgences était complète ou non.

Nous n'avons pas cherché à évaluer les soins prodigués à la patiente mais la prise en charge dans sa globalité et sa complexité notamment selon les aspects judiciaires, psychologiques et sociaux.

Ainsi nous avons établi les trois critères suivants :

- Présence d'un certificat médical initial (CMI).
- Intervention psychiatrique, considérée comme présente s'il est proposé à la patiente de rencontrer un membre de l'équipe de psychiatrie des urgences, que la patiente accepte ou non.
- Aide sociale et associative considérée comme présente s'il est noté dans le dossier une information concernant les associations d'aide aux victimes ou s'il est proposé de rencontrer un membre de l'équipe d'assistance sociale, que la patiente accepte ou non.

De manière parallèle nous avons voulu évaluer spécifiquement la qualité du CMI et le statut complet ou non de celui-ci.

Nous avons arbitrairement fixé trois critères qui nous paraissent indispensables dans la rédaction de celui-ci afin de rendre compte de l'état de la patiente dans sa globalité :

- Présence dans le CMI d'un examen physique
- Présence d'une évaluation de l'état psychologique de la patiente notée dans le CMI.
- Une ITT correctement fixée.

Il est important ici de préciser que le service des urgences utilise un modèle de certificat médical initial où il est demandé au médecin de déterminer si la durée d'ITT est supérieure ou inférieure à huit jours. Une ITT sera dite correcte si elle est fixée selon les recommandations par rapport à ce seuil de huit jours.

Enfin nous avons voulu étudier le profil médical des patientes et l'évolution de celui-ci par rapport à leur première consultation pour violences.

Le but était de rechercher l'impact des violences sur la santé. Pour cela nous avons choisi des critères cliniques et avons recherché leur présence avant les premières violences :

- Antécédent de pathologie psychiatrique.
- Antécédent de handicap.
- Antécédent de consommation de toxique.
- Antécédent de violence avant l'âge de 15 ans.

Lors des consultations suivantes, nous avons étudié l'évolution de l'état de la patiente à la suite des violences, en recherchant la présence des critères suivants :

- Pathologie psychiatrique.
- Consommation de toxique.
- Handicap.
- Récidive de violence.

### III. Résultats de l'étude

---

#### III.1. Statistiques descriptives

Les données étaient exprimées en nombres, pourcentages et moyennes avec écart types.

L'analyse a porté sur 141 femmes, la distribution en fréquence des consultations pour chaque mois était presque à l'équilibre

- 67 patientes pour le mois de décembre 2018 (47,5%)
- 74 patientes pour le mois de janvier 2019 (52,5%)

Cependant ces chiffres regroupent les patientes consultant pour la première fois pour des violences au cours de la période mais aussi celle ayant comme antécédent leur première consultation pour violence aux urgences du CHU de Limoges antérieure à la période étudiée.

Si l'on s'en tient aux patientes consultant pour la première fois pour des violences sur la période étudiée la distribution en fréquence est comme suit :

- 17 patientes pour le mois de décembre 2018 (12%)
- 14 patientes pour le mois de janvier 2019 (10%)

L'âge moyen des victimes était 37 ans ( $\pm 13$  ans) lors de leur passage sur la période étudiée. L'âge moyen des victimes lors des premières violences était de 33 ans ( $\pm 13$ ans). Dans ce cas l'âge minimum était de 16 ans et l'âge maximum de 68 ans.

La distribution en fréquence pour le motif principal d'admission lors de la première consultation pour violence est présentée dans le tableau 7.

Nous avons retrouvé 27 identifications informatiques différentes sur l'ensemble de notre population.

On constate que le l'intitulé le plus utilisé est « Certificat de coups et blessures (descriptif) » et ce dans près de 25% (35, n=141) des cas. Suivent « Examen a des fins administratives / certificat / réquisition » dans 15% (21, n=141) des cas et « Rixe, Agression » dans 12% des cas.

Nous avons ensuite attribué un niveau de précision à chacun de ces différents motifs. Nous constatons sur l'ensemble des cas que 53% sont considéré « Précis », 6% sont « Imprécis » mais plus de 37% sont « Hors-sujet » (voir tableau 6).

Ainsi « Traumatisme bénin » est retrouvé dans près de 10% des cas (14, n=141), cet intitulé n'indique pas qu'il s'agit de violence et que la victime est une femme.

**Tableau 7:** Distribution en fréquence des différents motifs principaux de la première consultation pour violence.

	Nombre	Pourcentage
Certificats de coups et blessures (descriptif)	35	24,82
Examen à des fins administratives / certificat / réquisitions	21	14,89
Rixe, Agression	17	12,06
Traumatisme bénin	14	9,93
Traumatisme maxillo-facial	7	4,97
Consultation psychiatrique	5	3,55
Traumatisme du membre supérieur	5	3,55
Plaie	3	2,22
Dermabrasion /plaie	3	2,13
Traumatisme multiple	3	2,13
Comportement étrange/ troubles du comportement social / anorexie / boulimie	2	1,42
Douleur	2	1,42
Examen à des fins administratives / certificat / réquisitions + Agressions (violences faites aux femmes)	2	1,42
Intoxication médicamenteuse volontaire	2	1,42
Ivresse éthylisme	2	1,42
Traumatisme crânien sans PC	2	1,42
Traumatisme thoracique	2	1,42
Violence sexuelle / Agression sexuelle	2	1,42
Arythmie	1	0,71
Coliques néphrétiques (suspicion)	1	0,71
Comportement étrange/ troubles du comportement social / anorexie / boulimie + Agressions (violences faites aux femmes)	1	0,71
Dépression / suicidaire	1	0,71
Ebriété / ivresse	1	0,71
Malaise avec perte de connaissance	1	0,71
Problème de dent ou de gencive	1	0,71
Syndrome dépressif	1	0,71
Traumatisme crânien	1	0,71
Traumatisme important	1	0,71
Traumatisme maxillo-facial + Agressions (violences faites aux femmes)	1	0,71
Traumatisme rachidien ou médullaire	1	0,71
Total	141	100,00

La distribution en fréquence des différents types de violences et leurs associations sont résumés dans les tableaux 8 et 9.

**Tableau 8:** Distribution en fréquence pour les violences simple

	Nombre	Pourcentage
Physique	111	94,07
Psychologique	6	5,09
Sexuelle	1	0,85
Total	118	100

**Tableau 9:** Distribution en fréquence pour les violences associées

	Nombre	Pourcentage
Physique et psychologique	16	69,57
Psychologique et sexuelle	4	17,39
Physique, psychologique et sexuelle	3	13,04
Total	23	100

Après calcul, la grande majorité des femmes (83%) ont consulté pour un motif de violence simple. Les violences physiques (simple ou associées) sont retrouvées dans plus de 92% des cas (130, n=141).

La violence psychologique est retrouvée seule ou associée à d'autres violences dans plus de 20% (29, n=141) des cas.

Les violences sexuelles (seules ou associées) ne représentent que 3% des cas (4, n=141).

Le tableau 10 présente la distribution en fréquence concernant la situation conjugale des patientes. On constate que dans près de 1 cas sur 2 (48%, 68, n=141) l'information est « non renseignée » dans le dossier. Lorsque l'information est renseignée, dans près de neuf cas sur dix (65, n=73) la patiente se trouvait être en situation de couple au moment de la première consultation pour violence.

**Tableau 10:** Distribution en fréquence pour situation conjugale

	Nombre	Pourcentage
Non renseigné	68	48,23
Couple	65	46,10
Seule	8	5,67
Total	141	100,00

Le tableau 11 présente la distribution en fréquence de la présence d'enfant dans le foyer. A nouveau l'information est « non renseignée. » dans presque 1 cas sur 2 (44%, 63, n=141).

Lorsque l'information est présente, dans sept cas sur dix est retrouvée la présence d'un enfant à charge de la patiente (70%, 55, n=78).

**Tableau 11:** Distribution en fréquence pour la présence d'enfant

	Nombre	Pourcentage
Non renseigné	63	44,68
Oui	55	39,01
Non	23	16,31
Total	141	100,00

Le tableau 12 présente la distribution en fréquence pour la présence d'un emploi au moment des premières violences.

**Tableau 12:** Distribution en fréquence pour la présence d'un emploi

	Nombre	Pourcentage
Non renseigné	94	66,67
Sans emploi	28	19,86
Emploi	19	13,48
Total	141	100

On constate que dans 2 cas sur 3 (66%, 94, n=141) l'information est « non renseignée ». Lorsque l'information est présente les patientes sont majoritairement « Sans emploi » (59%, 28, n=47). Dans ce cas de figure, 12 types de ressources complémentaires ont été retrouvées, ils sont détaillés dans le tableau 13.

**Tableau 13:** Distribution en fréquence pour les ressources complémentaires des patientes sans emploi

	Nombre	Pourcentage
Femme au foyer	5	18,52
Aide parentale	4	14,82
Etudiante	4	14,82
Pension d'invalidité	4	14,82
Lycéenne	2	7,41
Pension retraite	2	7,41
Allocation Adulte Handicapé	1	3,70
Allocations familiales	1	3,70
Alternance	1	3,70
Allocation chômage	1	3,70
Dépendante du conjoint	1	3,70
Revenu de Solidarité Active	1	3,70
Total	27	100

Les données concernant le statut de l'agresseur sont indexées dans le tableau 14.

**Tableau 14:** Distribution en fréquence pour statut de l'agresseur

	Nombre	Pourcentage
Connu	84	59,57
Non renseigné	34	24,11
Inconnu	23	16,31
Total	141	100

On constate que l'information est « non renseignée » dans près d'un quart des cas (24%, 34, n=141). Lorsque l'information est renseignée, dans plus de 3 cas sur 4 l'agresseur est « Connu » de la victime (78%, 84, n= 107).

Lorsque l'agresseur est connu, dans 70 % des cas il s'agit d'un « Conjoint/ex ». Ainsi lorsque le statut de l'agresseur est renseigné dans plus de la moitié des cas on constate qu'il s'agit d'un « Conjoint/ex » (57%, 61, n= 107). Le détail du statut lorsque l'agresseur est connu de la victime est présenté dans le tableau 15.

**Tableau 15:** Distribution en fréquence du détail du statut de l'agresseur lorsque celui-ci est connu.

	Nombre	Pourcentage
Conjoint/ex	61	72,62
Cercle privé	10	11,91
Parent	34	9,52
Cercle professionnel	5	5,95
Total	84	100

La position des patientes quant au souhait de dépôt de plainte est indexée dans le tableau 16.

**Tableau 16:** Distribution en fréquence de la position des patientes par rapport à la plainte

	Nombre	Pourcentage
Non renseigné	119	84,40
Souhait exprimé	16	11,34
Refus exprimé	6	4,26
Total	141	100

On constate que l'information est non renseignée dans une majorité des cas (84%, 119, n=141).

L'étude des données relative à la présence d'un état antérieur aux premières violences est rapporté dans le tableau 17.

**Tableau 17:** Distribution en fréquence de l'existence d'un état antérieur d'importance précédent les premières violences

	Nombre	Pourcentage
Non	66	46,81
Oui	46	32,62
Non renseigné	29	20,57
Total	141	100

Après calcul on constate que l'information est renseignée dans 79% des cas (112, n=141). Lorsque l'information est renseignée, on constate l'existence d'un « état antérieur d'importance » dans 41% des cas (46, n=112). Chez cette population, on retrouve la présence :

- d'une pathologie psychiatrique dans 93% des cas (43, n=46)
- d'une prise de toxique dans 41% des cas (19, n=46)
- d'un handicap dans 8% des cas (4, n=46)
- d'un antécédent de violence subie avant l'âge de 15 ans dans 17% des cas (8, n=46)

L'étude des données relatives à la présence d'un état postérieur aux premières violences est rapportée dans le tableau 18.

**Tableau 18:** Distribution en fréquence pour la présence d'un état postérieur d'importance à la suite des premières violences

	Nombre	Pourcentage
Non	78	55,32
Oui	62	43,97
Non renseigné	1	0,71
Total	141	100

On constate que l'information est renseignée dans la quasi-totalité des cas (140, n=141). On constate ainsi l'existence d'un état postérieur aux violences jugé d'importance dans 43% des cas (62, n=141). Chez cette population on retrouve la présence de :

- d'une pathologie psychiatrique dans 90% des cas (56, n=62)
- d'une prise de toxique dans un tiers des cas (21, n=62)
- d'un handicap dans 6% des cas (4, n=62)
- d'une récurrence de violence dans la moitié des cas (33, n=62), rapporté à la population de l'étude près d'un quart (33, n=141) des patientes auront reconsulté aux urgences pour des récurrences de violences.

Les données relatives au statut complet de la prise en charge sont indexées dans le tableau 19.

**Tableau 19:** Distribution en fréquence pour le statut de la prise en charge.

	Nombre	Pourcentage
Incomplète	137	97,16
Complète	4	2,84
Total	141	100

On constate, selon les critères de l'étude, que la prise en charge est jugée « incomplète » plus de 9 fois sur 10 (97%, 137, n=141). Après analyse des données du tableau en annexe 8 on constate :

- La présence d'un CMI dans 73% des cas (104, n=141).
- Une intervention psychiatrique dans 25 % des cas (35, n=141), sachant que cette information était « non renseignée » dans 65% des cas (93, n=141).
- Une information sur une aide sociale/associative dans 6% des cas (9, n=141), sachant que dans 87% des cas (124, n=141) cette information était « non renseignée ».

Les données relatives au statut complet de la rédaction du CMI sont indexées dans le tableau 20.

**Tableau 20:** Distribution en fréquence pour statut de la rédaction du CMI

	Nombre	Pourcentage
Incomplète	132	93,62
Complète	9	6,38
Total	141	100

On constate, selon les critères de l'étude, que la rédaction du CMI est jugée « Incomplète » plus de 9 fois sur 10 (93%, 132, n=141).

Après analyse du tableau 19 on constate, dans le CMI lorsqu'il était présent, la présence :

- D'une évaluation physique jugée précise dans près de trois quarts des cas (72, n=104). Elle est jugée imprécise (32, n=104) dans près d'un tiers des cas et absente (37, n=141) dans près d'un quart des cas.
- D'une évaluation psychiatrique dans près d'un cas sur dix (13, n=104). L'information est non renseignée dans près de neuf cas sur dix (87%, 91, n=104).

- D'une durée d'ITT jugée correctement fixée dans près de 8 cas sur 10 (81, n=104). Dans un cas sur dix l'ITT est jugée incorrectement fixée. Enfin dans moins d'un cas sur dix l'ITT était non renseignée malgré la présence d'un CMI (9, n=104).

### III.2. Test de $\chi^2$

Nous avons réalisé un test de  $\chi^2$  d'indépendance afin de comparer nos deux populations de femmes victimes de violences. Celle ayant consulté en décembre 2018 et celle en janvier 2019.

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre les patientes ayant consulté en décembre et celles ayant consulté en janvier en ce qui concerne l'âge, la situation conjugale, la présence d'un enfant au foyer, le fait d'avoir un emploi, l'état antérieur, le type de violence, le caractère connu ou non de l'agresseur, la prise en charge, l'âge de survenue des premières violences et le nombre de consultations pour violences dans les antécédents.

Seules deux catégories présentaient une différence significative. Ainsi sur 23 patientes ayant consulté pour des motifs de violences associées, 60% d'entre elles ont consulté en janvier 2019 ( $p=0,044$ ).

Enfin concernant le souhait de plainte, lorsqu'il était renseigné, 100% (10, n=10) de patientes consultant en janvier ont exprimé être favorable au dépôt de plainte contre 50% (6, n=12) en décembre 2018 ( $p=0,025$ ).

Cependant la puissance d'effectif de ces deux catégories étant relativement faible ne permet pas de conclure à un lien entre ces différences et notre intervention.

Enfin en conservant uniquement les patientes ayant une première consultation pour violences au cours de la période étudiée, l'effectif total était de 30 patientes représentant à nouveau une puissance insuffisante.

Identification

## IV. Discussion

---

Ce travail avait pour objectif d'identifier, à partir de l'étude du dossier médical des urgences, une population d'intérêt : femmes victimes, ou ayant été victimes, de violences. Nous souhaitions déterminer plusieurs éléments à propos de celles-ci :

- Comment étaient-elles étiquetées informatiquement ? cette dénomination était-elle précise selon les critères de l'étude ?
- Quel était le profil de ces patientes ?
- Comment étaient-elles prises en charge ?

Notre hypothèse de départ était que la population d'intérêt sélectionnée, par les options de tri actuel de la base de données d'UrQual, manquait de précision du fait d'une variabilité dans la détermination du motif principal d'admission. En effet il n'existait pas d'item spécifique aux violences faites aux femmes.

Nous souhaitions donc mettre en place un nouvel outil informatique d'étiquetage des patientes victimes de violences et étudier l'emploi de celui-ci.

En nous appuyant sur nos données nous souhaitions proposer un protocole conforme aux recommandations du protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences adapté à l'utilisation sur un plan local.

### IV.1. Limites de notre étude

La population étudiée n'était pas représentative de la population générale puisque notre échantillon ne concernait que les femmes victimes de violences consultant aux urgences du CHU de Limoges. Or d'après les données de la littérature une femme sur 5 victimes de violences conjugales consulterait un médecin.

Nous avons sous-estimé la quantité de données à recueillir et analyser, et le temps nécessaire pour mener l'étude.

S'ajoute à cela un certain nombre de biais.

#### IV.1.1. Biais de sélection

Nous avons sélectionné une population d'intérêt ce qui présente un biais de sélection par rapport à la population initiale. En effet notre recrutement avait été effectué à partir d'un nombre de passage aux urgences, et nous avons été dans l'impossibilité de déterminer à combien d'individus différents cela correspondait.

Nous constatons que notre population d'intérêt (n=206) représente au minimum 2,6% de la population totale (n=7679) de patients consultant aux urgences. Il est important de noter que nous comparons ici un nombre de patients (n=206) à un nombre de passages (n=7679) et, compte tenu de la possibilité de plusieurs passages pour un même individu, notre valeur ne représente que la part minimum de notre population d'intérêt.

Après application des critères d'exclusion, notre population incluse dans l'étude concernait 141 patientes victimes ou ayant été victime de violence.

Cette population a pu être étudiée sur le plan descriptif et apporter un certain nombre de réponses quant à l'hypothèse de départ.

Cependant le nombre de patientes consultant pour la première fois pour des violences au cours de la période étudiée était insuffisant pour permettre de conclure à une éventuelle différence significative entre les deux groupes (décembre 2018, n=17 /janvier 2019, n=13). C'est pourquoi nous avons pris en compte les femmes ayant un antécédent de consultation aux urgences pour des faits de violences.

Nous ne pouvons donc conclure à un éventuel impact ou non de notre intervention sur l'étiquetage informatique nouvellement implanté ni sur la prise en charge des patientes.

#### **IV.1.2. Biais de mesure**

Notre étude s'appuyait sur les données inscrites dans le dossier médical des patientes, cela représente un important biais de mesure puisque « personne-dépendante ». En effet la qualité du recueil dépend de la sensibilité des différents intervenants à la question des violences faites aux femmes, et ce de manière inconsciente. Une des possibilités pour améliorer collectivement le recueil serait de sensibiliser à la question le personnel médical et paramédical.

Cela se retrouve dans nos résultats avec une importante part des informations recherchées qui était non renseignées.

Cependant identifier cette variabilité aujourd'hui pourra permettre de sensibiliser les différents acteurs au recueil d'un maximum d'information.

#### **IV.2. L'identification informatique**

Conformément à notre hypothèse de départ, nous avons constaté une grande variabilité dans la dénomination du motif principal d'admission des patientes consultant pour des faits de violences.

Nous avons ainsi retrouvé 27 intitulés différents. Selon les critères établis par l'étude 37% des patientes avaient un motif principal d'admission jugé hors-sujet et 6% un motif jugé imprécis. Ainsi un investigateur, souhaitant étudier la population de femmes victimes de violence consultant aux urgences de Limoges, en utilisant la fonction recherche par « motif d'admission principal » de la base de données UrQual ne sélectionnerait pas une population représentative de la réalité.

Notre tentative d'améliorer l'étiquetage informatique par l'ajout d'une nouvelle circonstance : « Agression (Violences faites aux femmes) » n'a pas démontré son efficacité ( $p=017$ ) dans la période étudiée. Certes cette nouvelle identification aura été employé au cours du mois de janvier dans un tiers des cas (4, n=13), cependant compte tenu de la taille de l'échantillon nous ne pouvons pas conclure à une modification significative ou durable des pratiques.

Le principal enseignement de ces données est qu'il existe bien une perte de données en lien à la complexité de sélection des patientes d'intérêt.

Cependant huit mois après la mise en place de l'outil, une recherche effectuée à partir de cette circonstance montre 92 patientes identifiées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 2019.

### **IV.3. Profil des patientes**

A l'aide des résultats de l'étude, nous avons pu établir un profil des patientes consultant aux urgences du CHU de Limoges.

Les patientes étaient en moyenne âgée de  $33 \pm 13$  ans lors de leur première consultation pour des faits de violences. En moyenne cette population avait consulté aux urgences dix fois, avec en moyenne 1,5 consultation pour violences.

Dans plus de 8 cas sur 10 (83%, 118, n=141), les patientes consultaient pour un motif de violence simple, qui dans 94% des cas (111, n=118) était des violences physiques.

Tout type de violence simple et associée confondus, les violences physiques étaient retrouvées dans 92% des cas (130, n=141).

La violence psychologique était retrouvée seule dans 5% des violences simples mais systématiquement en cas de violences associées (23, n=23) soit retrouvée dans 20% de l'ensemble des cas.

Ainsi conformément aux données de la littérature, les violences physiques apparaissent être le premier motif de consultation des femmes victimes de violences (30).

Lorsque l'information était renseignée près de neuf patientes sur dix étaient en couple au moment des premières violences (65, n=73). De plus lorsque le statut de l'agresseur était renseigné (connu/inconnu), dans plus de la moitié des cas il s'agissait d'un conjoint ou d'un ex-conjoint (57%, 61, n= 107). Ce constat illustre l'ampleur de la problématique de violences conjugales à l'encontre des femmes et fait écho aux chiffres nationaux (32).

On constate la présence d'au moins un enfant au sein du foyer dans 70% des cas lorsque l'information est renseignée (55, n=78). Compte tenu du risque, pour les enfants de mères victimes de violences conjugales, d'être victimes de violences, il faudra porter attention à recueillir cette information et rechercher d'éventuelles violences dirigées à l'encontre de l'enfant.

Nous constatons que l'information sur l'activité des patientes est absente dans la majorité des cas (66%, 94, n=141). Lorsqu'elle est renseignée plus de la moitié des femmes est sans emploi (59%, 28, n=47). On constate également une tendance chez ces patientes à une dépendance économique : femme au foyer, étudiante, lycéenne, dépendante du conjoint, aide parentale.

On constate que cette population souffre très fréquemment, avant comme après les violences, de pathologie psychiatrique :

- Elles sont retrouvées avant les violences dans 93% des cas (43, n=46).
- Elles sont retrouvées après les violences dans 90% des cas (56, n=62).

Conformément à la littérature les violences apparaissent être à risque de développement ou de décompensation d'une pathologie psychiatrique (9).

De ce constat on peut supposer qu'en réalité les violences psychologiques sont plus importantes que ne le laissent paraître les chiffres de notre étude.

Cette sous-estimation pourrait être expliquée par un frein chez les patientes d'aborder cette question au sein d'un service des urgences, associée ou non à un dépistage des violences psychologiques moindre de la part des médecins par rapport au violences physiques.

En résumé selon notre étude les patientes victimes de violences ayant consulté dans le service des urgences présentaient les caractéristiques suivantes :

- Jeune, avec un âge moyen de 33 :ans.
- Plus d'une consultation pour violence en moyenne.
- Un nombre de consultations aux urgences moyen de dix.
- Violence physique en lien avec la consultation retrouvée neuf fois sur dix
- Violence psychologique systématiquement retrouvée en cas de violences associée.
- En situation de couple près de neuf fois sur dix.
- L'agresseur était dans plus de la moitié des cas un conjoint/ex conjoint
- Lorsque renseignée, on constate la présence d'un enfant au sein du foyer dans sept cas sur dix.
- Sans emploi dans plus de la moitié des cas.
- Comorbidité psychiatrique présente dans près de neuf cas sur 10 avant comme après les violences.

#### **IV.4. Prise en charge**

Notre étude nous permet de constater la présence d'un CMI dans 73% des cas (104, n=141). Systématiquement, l'évaluation physique y est renseignée, elle est dans 70% des cas jugée précise selon les critères de l'étude.

Compte tenu du grand nombre de praticiens aux urgences on peut considérer que l'évaluation physique est correctement faite chez les femmes victimes de violences bien qu'une marge de progression persiste. Un rappel sur les critères physiques à évaluer et noter dans le CMI pourrait ainsi améliorer la précision du CMI.

De plus on constate que l'ITT, lorsqu'un CMI était présent, est correctement fixée dans près de 80% des cas (81, n=104). Comme pour l'évaluation physique on peut considérer que celle-ci était majoritairement correcte lorsqu'un CMI était présent.

Par ailleurs nous constatons que l'évaluation psychiatrique des patientes est non renseignée dans 87% des cas (91, n=104) lorsqu'un CMI était présent.

Cette évaluation psychiatrique nous semble être un des principaux axes d'amélioration de la rédaction du CMI.

Concernant l'étude des données de la prise en charge, on constate que l'information quant à une intervention psychiatrique était non renseignée dans 65% des cas (93, n=141). Lorsqu'elle était renseignée, elle était acceptée par la patiente dans près de 7 cas sur 10 (35, n=48) ce qui correspond à 25% de la population de l'étude.

Lorsque ces données sont mises en corrélation avec le profil des patientes on visualise l'importance de sensibiliser les praticiens au dépistage et à la prise en charge des problématiques psychologiques et psychiatriques.

Enfin l'information quant à la proposition d'une aide sociale ou associative était non renseignée dans près de 9 cas sur 10 (87%, 124, n=141), constatant ainsi un nouvel axe d'amélioration de la prise en charge des patientes.

#### **IV.5. Perspectives**

Bien que comportant des limites, notre étude est riche d'enseignements. Il s'agit d'une étude préliminaire qui demande à être adaptée et poursuivie.

Il pourrait être intéressant, par exemple, d'étendre la période de l'étude pour augmenter la puissance des échantillons et ainsi mener un test de  $\chi^2$  concluant.

En tenant compte de nos constatations il serait intéressant de chercher à homogénéiser l'identification informatique de ces patientes pour mieux rendre compte de l'importance de la problématique et faciliter un suivi fiable dans le temps de cette population.

Le dernier relevé informatique effectué en août 2019 retrouvait 92 patientes identifiées par la circonstance « Agression : violences faites aux femmes » sur huit mois. Ces résultats nous paraissent encourageants, il pourrait être utile de vérifier qu'il s'agisse bien de femmes victimes de violences et d'évaluer leur prise en charge.

Il nous apparaît également utile de prévoir une sensibilisation du personnel des urgences sur le dépistage et l'évaluation de l'état psychologique d'une patiente victime de violence. Il pourrait être utile de rappeler les partenaires sociaux-associatifs afin de permettre aux médecins d'informer et accompagner au mieux les patientes en tant que primo-intervenant.

A la suite de cette étude nous proposons deux documents à usage local qui s'intègrent dans le modèle de protocole national :

- Une plaquette d'information intitulée « Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins » basée sur un travail original de l'équipe médicale de l'Unité Médico Judiciaire du CHU d'Angers (53). Cette plaquette, réalisée en accord avec le CHU d'Angers, est disponible en annexe 1. Il s'agit d'un rappel de 10 bonnes pratiques à destination des médecins pour apporter une aide au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales
- Un arbre décisionnel à destination des médecins des urgences récapitulant les données qui nous semblent pertinentes à recueillir dans le dossier médical et la prise en charge multidisciplinaire à tenir. Celui-ci est consultable en annexe 2.

Ultérieurement, il pourrait être intéressant, sur la base de nos résultats, de réaliser une étude incluant une évaluation prospective de l'usage et de l'impact de ces documents sur la prise en charge et l'identification des patientes victimes de violences aux urgences de Limoges.

Enfin, à terme, les actions mises en place au sein des urgences pourront servir de base à une action similaire en cabinet de médecine libérale. En effet le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié et donc primo-intervenant dans la prise en charge d'une patiente victime de violences. A ce titre, il est à considérer d'égale importance, dans la lutte contre les violences faites aux femmes, que le médecin des urgences.

## Conclusion

---

L'identification d'une population de femmes victimes de violences, ou ayant été victimes de violences, consultant aux urgences du CHU de Limoges au cours d'une période de deux mois aura été riche d'enseignements.

Premièrement, comme nous le supposions dans notre hypothèse de départ, l'identification informatique du motif principal d'admission de ces patientes est hétérogène. Cela représente un frein à une sélection d'une population représentative de la réalité lorsque l'on emploie les outils de recherche actuels de la base de données UrQual.

Notre tentative d'affiner cette identification par la création d'une nouvelle circonstance complémentaire : « Agression violences faites aux femmes » n'aura pas été concluante à la fin de l'étude qui ne prenait en compte qu'une durée d'un mois. Les premiers chiffres obtenus avec un recul de huit mois sont beaucoup plus encourageants.

Deuxièmement, l'élaboration d'un profil des patientes consultant aux urgences nous permet de constater l'importance chez cette population des pathologies psychiatriques, et la marge de progression dans notre prise en charge aux urgences de cet aspect de la problématique.

Nous avons pu constater également la nécessité de renforcer la sensibilisation des médecins à la question de l'information délivrée aux patientes sur les aides socio-associatives.

A l'issue de l'ensemble de ces constatations et en accord avec les principes nationaux, nous avons proposé deux outils destinés à l'usage des médecins.

Une plaquette informative sur les bonnes pratiques de dépistage des violences, et une proposition de protocole de prise en charge des patientes.

Cette étude préliminaire ambitieuse, mais non sans limites, nous motive à poursuivre notre travail. Nos constats pourraient être le point de départ d'une future étude prospective, évaluant l'utilisation de ces outils et l'évolution des pratiques.

Car nous sommes bien conscients que nous ne sommes qu'à l'amorce du problème.

L'évolution des pratiques est lente, il est de notre devoir de continuer à sensibiliser les professionnels et œuvrer pour améliorer la prise en charge proposée aux patientes victimes de violences.

Cette thématique, pluridisciplinaire, transversale et complexe est aujourd'hui au cœur de l'actualité et nous espérons que ce travail sera le terreau de notre réflexion et de nos travaux futurs.

## Références bibliographiques

---

1. ONU Femmes. Conférences mondiales sur les femmes [Internet]. UN Women. 2019 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
2. ONU Femmes. Déclaration et Programme d'action de Beijing [Internet]. 1995 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_f\\_final\\_web.pdf?la=fr&vs=754](https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_f_final_web.pdf?la=fr&vs=754)
3. Jaspard M, Equipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés*. janv 2001;(364):4.
4. Jaspard M. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) : Historique et contextes. In: Chetcuti N, Jaspard M, éditeurs. *Violence envers les femmes : trois pas en avant deux pas en arrière*. Paris: L'Harmattan; 2007. p. 25-39.
5. Secrétariat d'Etat chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre la discriminations. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) [Internet]. [egalite-femmes-hommes.gouv.fr](http://egalite-femmes-hommes.gouv.fr). [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>
6. Bousquet D, Fourtic Y, Sabatgier R. Rapport final d'évaluation du 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_violences\\_eval\\_4e\\_plan\\_20161122.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_violences_eval_4e_plan_20161122.pdf)
7. Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Cartographie des dispositifs de lutte contre les violences sexistes et sexuelles [Internet]. [stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr). [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/accueils-de-jour-et-lieux-d-ecoute.html>
8. Assemblée générale de l'ONU. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. Organisation des Nations Unies; 1993 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/declaration\\_1993.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_1993.pdf)
9. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Genève; 2002. 376 p.
11. Vanneau V. *La paix des ménages: histoire des violences conjugales, XIXe-XXIe siècle*. Paris: Anamosa; 2016. 363 p.
12. Article 222-23 du Code Pénal du 03 août 2018 [Internet]. Légifrance. 2018 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289535&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>

13. LOI no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes [Internet]. Légifrance. 1992 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000540288&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000540288&categorieLien=id)
14. Présidence du Parlement européen. Conseil européen Lisbonne, 23 et 24 mars 2000 : conclusions de la Présidence [Internet]. Parlement européen. 2000 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm)
15. Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les principaux textes réglementaires [Internet]. stop-violences-femmes.gouv.fr. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/textes-de-reference.html>
16. 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 [Internet]. Légifrance. 2006 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id)
17. 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 [Internet]. Légifrance. 2010 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id)
18. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes [Internet]. Légifrance. 2014 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id)
19. LOI n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale [Internet]. Légifrance. 2017 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034096721&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034096721&categorieLien=id)
20. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes [Internet]. Légifrance. 2018 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&categorieLien=id)
21. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. 2011 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/1680462533>
22. Walker LE. The battered woman syndrome. New York: Springer Pub. Co.; 2009.
23. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. avr 2002;359(9314):1331-6.
24. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2010;168(8):639-44.
25. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Jacob; 1999. 422 p.

26. Publishing AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. Elsevier Health Sciences France; 2015. Disponible sur: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>
27. North CS, Hong BA, Downs DL. PTSD: A Systematic Approach to Diagnosis and Treatment: Accurate Diagnosis and Management Depends on Proper Application of DSM-5 Criteria. *Curr Psychiatry*. 1 avr 2018;17(4):35.
28. Séverac N. Les enfants exposés aux violences conjugales : une catégorie prise en compte par l'action publique ? In: L'enfant face à la violence dans le couple [Internet]. 2<sup>éd</sup>. Dunod; 2015. p. 7. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-enfant-face-a-la-violence-dans-le-couple--9782100716487-page-7.htm>
29. Sadlier K. Les mots pour le dire [Internet]. OBSERVATOIRE des violences envers les femmes du Conseil général de la Seine-Saint-Denis; [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [www.seine-saint-denis.fr](http://www.seine-saint-denis.fr)
30. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. La Documentation Française. 2001 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml>
31. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique*. 2010;22(4):405-16.
32. Guedj H, Moreau A. Les violences physiques ou sexuelles hors situation de vol. In: Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 : victimation, délinquance et sentiment d'insécurité [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure; 2018 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.interieur.gouv.fr/content/download/113843/910781/file/RapportCVS2018\\_Chap12.pdf](https://www.interieur.gouv.fr/content/download/113843/910781/file/RapportCVS2018_Chap12.pdf)
33. Délégation Aux Victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple année 2017 [Internet]. Ministère de l'Intérieur; 2017 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2017/>
34. Simon-Libchaber E. Rôle du médecin aux urgences devant une maltraitance suspectée. *Société Fr Médecine Urgence SFMU 103 Blvd Magenta 75010 Paris*. :16.
35. Article 4 - Secret professionnel [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
36. Article 226-13 du Code Pénal du 1er janvier 2002 [Internet]. Légifrance. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417945&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20020101>
37. Article 226-14 du Code pénal du 05 novembre 2015 [Internet]. Légifrance. 2015 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

38. Article 434-4 du Code pénal du 1er janvier 2002 [Internet]. Légifrance. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006418608&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
39. Article 223-6 du Code pénal du 06 août 2018 [Internet]. Légifrance. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289588&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
40. Article 434-3 du Code Pénal du 06 août 2018 [Internet]. 2018 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289453&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
41. La Documentation française. Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000664/index.shtml>
42. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences)
43. Article R624-1 du Code pénal du 1e mars 1994 [Internet]. Légifrance. 1994 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419498&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=19940301>
44. Article R625-1 du Code Pénal 1er mars 1994 [Internet]. Légifrance. 1994 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006419511>
45. Article 222-11 du Code Pénal du 1er janvier 2002 [Internet]. Légifrance. 2002 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417626&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20020101>
46. Article 222-9 du Code pénal du 1er janvier 2002 [Internet]. Légifrance. 2002 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417617&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20020101>
47. Article 222-7 du Code pénal du 1er janvier 2002 [Internet]. Légifrance. 2002 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417608>
48. France Victimes 87 [Internet]. Réseau France Victimes. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.france-victimes87.fr/accueil.html>
49. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. 2019.

Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>

50. Article L1121-1 du Code de la santé publique du 16 juin 2016 [Internet]. Légifrance. 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032722870&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161231>
51. Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine [Internet]. ORUNA. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.oruna.fr/>
52. Article 222-13 du Code pénal du 06 août 2018 [Internet]. Légifrance. 2018 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417637>
53. Service de Médecine légale, CHU Angers. Violences conjugales : Aide à la prise en charge médicale à destination des médecins et des sages-femmes [Internet]. CHU Angers. 2018 [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.chu-angers.fr/medias/fichier/plaquette-violence-conjuguale-janvier-2018\\_1517501252313-pdf](https://www.chu-angers.fr/medias/fichier/plaquette-violence-conjuguale-janvier-2018_1517501252313-pdf)

## Annexes

---

Annexe 1. Proposition de plaquette d'information à destinations des médecins.....	73
Annexe 2. Proposition d'un arbre décisionnel guidant la prise en charge aux urgences d'une femme victime de violence .....	77



## Viole n c e s c o n j u g a l e s : Aide à la prise en charge médicale à destination des médecins



Pour vous aider à repérer et prendre en charge  
vos patients et patientes victimes  
de violences conjugales.

**Les 10 points à connaître**

Service de Médecine légale - CHU Limoges  
2 Avenue Martin Luther King, 87000 Limoges

## 1 Paraître concerné

Par la mise en évidence d'**affiches** et de **brochures** dans votre salle d'attente. Les témoins ou victimes vous sentiront ainsi sensibilisé à la problématique.

## 2 Être alerté

Bien qu'il n'existe **pas de symptomatologie typique**, certains signes doivent vous alerter :

• **la victime** : comportement craintif, refus de se déshabiller, consultations itératives pour des motifs multiples et contradictoires ...

• **le ou la partenaire** : propos méprisants, nie ou minimise les faits, contrôle des faits et gestes de son partenaire par le regard ...

Certains facteurs de risque d'être victime, sont aussi à prendre en compte :

- jeune âge (pour les femmes),
- faible niveau d'éducation (pour les femmes),
- haut niveau d'études et revenus importants (pour les hommes),
- instabilité ou rupture conjugale,
- conduites addictives,
- grossesse, naissance.



## 3 Dépister

■ De façon systématique ou face à des signes d'alerte, oser poser la question est important et souhaité par la majorité des victimes.

■ Des questions simples suffisent :

- "Comment ça va à la maison ?"
- "Vous êtes tombé(e), ou on vous a poussé(e) ?"
- "L'anxiété et les troubles du sommeil peuvent être le reflet de problèmes conjugaux, est-ce votre cas ?"

■ Créer un climat de confiance favorable aux révélations est essentiel :

- rassurer sur la confidentialité et le respect du secret professionnel,
- être patient,
- veiller au choix de ses mots et à son langage corporel,
- en parler lors d'une consultation sans conjoint(e) et sans enfant (ou sans enfant en âge de parler),
- en cas de barrière de la langue, se faire aider d'un interprète extérieur à la famille.

■ Et si la victime ne parle pas ?

Il faut savoir réitérer la proposition d'aide, laisser une porte ouverte : "si vous avez besoin de quoi que ce soit, je suis là".

Il est important de prendre le temps et rassurer.

## 4 Soigner

## 5 Expliquer

Plus qu'une aide pour quitter leur agresseur, les victimes veulent avant tout comprendre :

■ Les différents types de violences :

- **psychologiques** : propos méprisants, dénigrement, chantage, menaces de représailles ...
- **verbales** : hurlements, insultes, ordres ...
- **physiques** : coups de pied, de poing, griffures, morsures, coups avec des objets, brûlures ...
- **économiques** : interdiction de travailler, pas d'accès à l'argent du couple, confiscation de salaire, contrôle des dépenses du ménage ...
- **sexuelles** : sexualité contrainte, sévices sexuels, viols, pornographie ...

■ L'évolution en cycle au cours du temps augmentant en fréquence et en intensité.

## 6 Évaluer la gravité

- Évaluer la fréquence, le contexte et les conséquences des épisodes de violences.
- Rechercher des facteurs de risques de violences graves et/ou d'homicide :
  - arme au domicile,
  - menaces de mort,
  - usages nocifs d'alcool ou de substances psychoactives,
  - antécédents judiciaires pour ce motif.

En fonction de cette évaluation, un éloignement du domicile peut être proposé, si besoin, par une hospitalisation de protection en urgence.

## 7 Signaler

Il faut conseiller à la victime de **déposer plainte** auprès des autorités judiciaires.

Rappelons qu'un médecin peut pour toute victime faire un signalement **avec l'accord de cette victime** (article 226-14 Al.2 du Code Pénal).

Il se fait par écrit auprès du Procureur de la République (ou des services de police/gendarmerie).

Si la victime est un mineur ou une personne vulnérable, le médecin peut signaler sans l'accord de la victime.

Toutefois :  
"Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire".  
Article 226-14 Al.1 du Code Pénal  
"Si la victime semble en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir elle-même, le médecin doit se manifester auprès des autorités judiciaires".  
Guide de l'action publique 2011.

La difficulté réside en l'absence de définitions de la vulnérabilité et du péril imminent. Les facteurs de gravité, énoncés précédemment, et le travail en partenariat (cf. point 10) peuvent orienter votre prise de décision.

## 8 Etablir un scénario d'urgence

Il s'agit d'identifier une **série de mesures** à mettre en place, afin d'assurer la sécurité de la victime et de ses enfants en cas de situations de violence :

- repérer les situations à risques,
- identifier les facteurs déclenchant,
- identifier une personne de confiance et convenir avec elle d'un mode de communication à utiliser en cas d'urgence,
- éduquer les enfants sur les conduites à tenir en cas de situations de violences,
- préparer un "sac de secours" contenant les papiers d'identité, les documents personnels, des vêtements, de l'argent, le double des clés... et le placer dans un endroit sûr.

## 9 Certificat médical descriptif

Il s'agit d'un **document médico-légal**. Ce n'est en aucun cas un préalable juridiquement nécessaire au dépôt de plainte.

Il doit comporter :

- les dires de la victime au conditionnel,
- une description objective des lésions physiques et des retentissements fonctionnel et psychologique,
- la détermination de l'ITT.

**L'ITT ou Incapacité Totale de Travail est :**

- une notion juridique reflétant le retentissement de l'agression dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer...),
- elle reflète le retentissement physique et psychique,
- à ne pas confondre avec l'arrêt de travail.

Il est essentiel de garder un double du certificat dans le dossier médical de la victime.

Si la victime ne souhaite pas de certificat, penser à **consigner** les faits relatés et les constatations **dans le dossier médical**.



Les violences conjugales  
en quelques chiffres :

**En 2017**  
**123 femmes**  
en sont décédées  
soit 1 femme tous  
les 3 jours,

**31 hommes**  
en sont décédés  
soit un homme tous  
les 12 jours,  
Près de **88%**  
des victimes sont  
**des femmes,**

**225 000 femmes**  
en aurait été victime  
au cours d'une année

**Moins d'1 femme sur 5**  
victimes déclare avoir  
porté plainte,

**2,5 milliards**  
**d'euros** par an  
en France,  
1 million d'euros  
toutes les 30 min  
en Europe. (chiffre 2012)

## 10 Travailler en partenariat

Il ne faut en aucun cas tenter de résoudre seul tous les problèmes engendrés par les violences conjugales au risque de s'épuiser et d'enkyster la situation.

Un travail en **réseau multidisciplinaire**, en accord avec la patiente et dans le respect du secret professionnel, est nécessaire.

En fonction de la situation et des besoins, la victime pourra être orientée vers :

- **des professionnels de santé,**
- **des associations,**
- **un service médico-judiciaire,**
- **les autorités.**

Il faut veiller à ce que les propositions d'aide soient  **multiples**, une simple orientation vers un psychologue pouvant augmenter la culpabilité de la victime vis-à-vis de la situation.

Dans la haute-Vienne :

### **CHU Limoges - UMJ**

Unité médico-judiciaire

**05 55 05 80 74**

### **CH Esquirol - Unité victimologie**

Entretien et suivi psychiatrique, psychologique

### **CIDFF**

accueil, hébergement et  
Accompagnement

**05 55 33 86 00**

### **Association d'aide au victime**

information juridique, accompagnement aux  
audiences et soutien psychologique aux victimes  
d'infractions pénales

**FV 87: 05 55 32 68 10**



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE D'ANGERS

Document réalisé sur la base  
d'une production originale  
et en accord avec  
le Service de Médecine légale  
- CHU Angers



CHU  
Centre hospitalier universitaire  
Limoges

Service de Médecine légale  
- CHU Limoges  
2 Avenue Martin Luther King, 87000 Limoges

Illustrations propriété originale «la Maison des femmes » 1, chemin du Moulin Basset  
93205 Saint-Denis



## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## IDENTIFICATION DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONSULTANT DANS LE SERVICE DES URGENCES DU CHU DE LIMOGES

**Objectif :** Le service des urgences de l'hôpital a souvent le rôle de primo intervenant chez les femmes victimes de violences, leur prise en charge y est réalisée non sans difficultés. Notre objectif principal était d'identifier les femmes consultant aux urgences du CHU de Limoges, victimes ou ayant été victimes de violences, puis d'évaluer leur identification informatique. L'objectif secondaire de l'étude était qualitatif et visait à établir le profil de cette population et d'évaluer sa prise en charge globale.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective. Le recueil des données issues de l'étude du dossier médical des urgences était réalisé sur deux mois, décembre 2018 et janvier 2019. L'ajout d'un nouvel outil d'identification à la date du 1<sup>er</sup> janvier avait pour but d'homogénéiser l'identification de ces patientes.

**Résultats :** L'analyse a concerné 141 femmes victimes de violences, d'âge moyen de 33 ans. Dans 43% des cas l'identification informatique était sans lien direct avec les violences subies. Dans 94% des cas étaient retrouvées des violences physiques, dans 57% des cas l'agresseur était le conjoint ou l'ex-conjoint. Dans 73% des cas était établi un certificat médical initial dont l'évaluation psychiatrique était absente dans 87% des cas.

**Conclusion :** Nous n'avons pas conclu à une différence significative sur l'identification, le profil et la prise en charge des patientes entre décembre et janvier. Nous avons constaté plusieurs axes d'améliorations de la prise en charge et orientation des patientes, nous proposons 2 outils d'aide à la prise en charge.

---

Mots-clés : **femmes victimes de violences, urgences, identification, Limoges**

## IDENTIFICATION OF WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE CONSULTANT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE CHU DE LIMOGES

**Context:** The hospital's emergency department often acts as the first responder for women who are victims of violence, and their care is carried out with difficulty. Our main goal was to identify women consulting in emergency room of the CHU of Limoges, victims or previously victims of violence, then to evaluate their digital identification. The secondary objective of the study was qualitative and aimed at profiling this population and evaluating its overall management.

**Methods:** This is a retrospective monocentric study. The collection of data from the study of the emergency medical file was carried out over two months, December 2018 and January 2019. The addition of a new identification tool on January 1 was intended to homogenize the identification of these patients.

**Results:** The analysis involved 141 female victims of violence of average age of 33 years. In 43% of the cases the computer identification was not directly related to the violence suffered. In 94% of the cases, physical violence was found, in 57% of the cases the offender was the spouse or the ex-spouse. In 73% of cases was established an initial medical certificate where the psychiatric evaluation was absent in 87% of the cases.

**Conclusion:** We did not conclude that there was a significant difference in the identification, profile and management of patients between December and January. We have seen several areas for improvements in the management and care of patients, we offer 2 tools to help with care.

---

Keywords : women victims of violence, emergencies, identification, Limoges

