

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 114

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention : Médecine d'Urgence

PAR

MAIER Cécile

Née le 04 janvier 1996 à Colmar

Titre de la Thèse

Évaluation de la fréquence et de la prise en charge médicale dans une structure d'urgence et attentes vis-à-vis du système de soins à partir de questionnaires chez les femmes victimes de violences au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal.

---

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Dr BAYLE Éric









Niveau d'études	CS*	Secteur hospitalier ou clinique / localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MÉDECINE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	03.00 - Ophtalmologie
	021	- Service d'ophtalmologie / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE DE LA VUE	003	- Fils de la faculté de médecine et de la faculté de médecine	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de la vue / faculté de médecine / CHU	
SCIENCES OPTIQUES	003	- Fils de la faculté de technologie et de génie optique	03.00 - Optique
	02	- Service de l'Optique - Département d'Optique / Faculté de Technologie	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	33.00 - Ophtalmologie
	02	- Service d'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	

00: Faculté de Technologie (FTE) / Département de Technologie (DT) / Département de Technologie (DTE) / Faculté de Technologie (FT) / Département de Technologie (DT) / Département de Technologie (DTE)

\* : 0010 (Fils de la faculté de médecine) / 02 (Service de l'optique) / 003 (Fils de la faculté de médecine) / 021 (Service de l'optique) / 02 (Service de l'optique)

CS : Conseil National des Universités

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DT : Département de Technologie (Technologie des Travaux de Conception)

DT : Département

#### 4. - PROFESSION ASSOCIÉE DES UNIVERSITÉS

Niveau d'études	CS*	Secteur hospitalier ou clinique / localisation	Sous-section du conseil national des universités
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	
SCIENCE OPTIQUE	003	- Fils de la faculté de médecine - Département (FME)	43.00 - Études théoriques, cliniques et techniques des troubles de la vision (ophtalmologie)
	021	- Service de l'optique / faculté de médecine / CHU	







NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers de l'Institut / localisation	Section(s) du Conseil National des Universités
SCHEMIDT Pascal		* UFR de Biologie Institut (Laboratoire) de Biochimie et de PMH (UO) et Faculté	45.01 Bioten - Bactériologie (etologie / taxonomie)
Mme SIEGEL Suzanne		* UFR de Biologie - département de Zoologie / département de zoologie	45.01 Bactériologie-virologie (hygiène / parasitologie / entomologie - Bactériologie-virologie)
Mme SORDET Geneviève		* UFR de Médecine (Médecine, Pharmacologie, Radiologie, Endocrinologie, Diabétologie - UNIVLyon) - Service de Rhumatologie / Hôpital de l'adolescence	32.01 Rhumatologie
Mme TALABARD Isabelle Claire		* UFR de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie et de PMH (UO) et Faculté	45.01 Opson - Bactériologie (microbiologie / parasitologie)
Mme TOME		* UFR de Biologie (Biologie) - Service de Psychiatrie et de psychiatrie transdisciplinaire / CHU	44.01 Psychiatrie (psychiatrie / éthique)
Mme TARDY Isabelle		* UFR de médecine (Biologie de l'Homme) - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de l'adolescence	33.01 Hépatologie-Pédiatrie
TEUCHMANA		* UFR de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / UNIVLyon-Hospices	34.01 Biologie et médecine du développement (etologie / taxonomie / éthologie / éthologie)
WERTHmann		* UFR de Biologie - département d'écologie et de biologie - Hôpital de l'adolescence	47.01 Microbiologie / Taxonomie / éthologie / éthologie / Biologie
Mme VILAY Thérèse Marie		* UFR de Biologie - Laboratoire de Zoologie / Institut de Biologie	42.01 Dactylographie - Virologie / Parasitologie / Bactériologie / Virologie / Bactériologie
Mme VILARD Corine		* UFR de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Microbiologie médicale / PMH (UO) et Faculté	45.01 Parasitologie et mycologie (parasitologie / mycologie)
Mme ZIEGLER Sabine et MARANTHE		* UFR de Biologie (Biologie) - Service de Médecine / Hôpital de l'adolescence	50.01 Otolaryngologie
DELLA Porta		* UFR de Médecine (Médecine) - Service de Neurologie et d'Épileptologie / Hôpital de l'adolescence / CHU	44.01 Physiologie (éthologie / éthologie)

### B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BRUNO HERRERÍA José	- Enseignant d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé à l'Institut de Génétique et Biologie	77 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
------------------------	---	---

### B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHAMBERLAIN Danièle	UMR 5175 - Ecologie Microbienne / Université de Bourgogne	60 Bactériologie
M. THÉODORE Jean-Christophe	UMR 5175 - Ecologie Microbienne / Université de Bourgogne	60 Bactériologie
M. SPASSI René	- Enseignant d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé à l'Institut de Génétique et Biologie	77 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
M. GIBERT Laurent	UMR 5175 - Ecologie Microbienne / Université de Bourgogne	60 Bactériologie
Mme HÉLARY Sylvie	- Enseignant d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé à l'Institut de Génétique et Biologie	77 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
Mme CHARBONNIER Sandrine	- Enseignant d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé à l'Institut de Génétique et Biologie	77 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
Mme THÉODORE Sabine	- Enseignant d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé à l'Institut de Génétique et Biologie	77 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
M. BANCHEZ Valérie	Laboratoire d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé (UMR 5175) Institut de Génétique et Biologie	72 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé
M. CHIFFOLEAU Marie	Laboratoire d'épithéologie des sciences de la vie et de la santé (UMR 5175) Institut de Génétique et Biologie	72 Epithéologie - éthologie des sciences de la vie et de la santé



### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **de droit et d'administration (jusqu'à)**
  - CHAPUCHON Pierre (Statistique et statistique appliquée)
  - FRANCOIS Jean-Louis (Biologie et biologie moléculaire et cellulaire)
- **pour l'année (du septembre 2013 au 31 août 2014)**
  - BELOT Jean-Louis (Génétique et biologie)
  - CHAPUCHON Pierre (Statistique et statistique appliquée)
  - CHASSIN Jean-Louis (Physiologie)
  - GRONDEL Marie (Physique théorique)
  - KOMPT Jean-François (Structures et dynamique des ossements)
  - KOPIECZAK Andrzej (Microscopie électronique)
  - MULLIS André (Génétique, biologie et de l'évolution de la diversité de la vie)
  - REY, Claude (Cardiologie)
- **pour l'année (du septembre 2014 au 31 août 2015)**
  - CHOUCHENNE (Pédagogie et enseignement)
  - DEMPSEY (Génétique, biologie et biochimie)
  - DEPUEUX (Génétique, biologie et biochimie)
  - DELLA (Génétique, biologie et biochimie)
  - DELLA (Génétique, biologie et biochimie)
- **pour l'année (du septembre 2015 au 31 août 2016)**
  - DELLA (Génétique, biologie et biochimie)

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

40 000 € 40 000 € 40 000 €

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr (100%) (part-time)	20 000 - 20 000
Pr (75%) (part-time)	20 000 - 20 000
Pr (50%) (part-time)	20 000 - 20 000
Pr (25%) (part-time)	20 000 - 20 000
Pr (100%) (part-time)	20 000 - 20 000
Pr (75%) (part-time)	20 000 - 20 000



## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

## Remerciements

Pr Bilbault, merci d'avoir accepté de présider ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Dr Bayle, merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail. Merci pour vos précieux conseils et vos nombreuses relectures.

Dr Farrugia-Jacamon, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Dr Garnier-Kepka, un immense merci pour votre aide tout au long de mon travail et pour tout le temps que vous m'avez accordé. Vos conseils m'ont guidé du début à la fin de ce projet.

Au service social du pôle urgences/réanimations de l'hôpital de Hautepierre et à Emma Drouard, Anthony Faivre et Philippe Chatelet. Un merci tout particulier à Emma de m'avoir orientée au mieux au début de ce projet sur les meilleurs moyens d'aborder ce travail. Vos explications et conseils m'ont grandement aidé à construire ce projet. Merci ensuite d'avoir pris le temps de participer à l'étude en proposant le questionnaire lors de vos consultations.

Dr Walch et l'Unité Médico-Légale du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg, merci pour votre aide et vos nombreux conseils au début de ce travail et votre expertise sur l'aspect médico-légal de ce travail. Merci ensuite d'avoir pris le temps de distribuer le questionnaire lors de vos consultations.

Point Accueil Victimes de l'hôtel de police de Strasbourg et Mme Éline Heinrich. Merci pour l'excellent accueil que vous avez accordé à ce projet et merci ensuite d'avoir proposé le questionnaire et d'avoir pris le temps de le remplir lors de vos consultations. Votre participation a nettement enrichi ce travail.

Association SOS femmes solidarité, Thomas Foehrlé, Stéphanie Graff et toute l'équipe. Merci pour votre disponibilité et pour votre participation à l'étude.

Association Home Protestant de Strasbourg, Mme Cynthia Meyer, Mme Séverine Mugultay et toute l'équipe. Merci pour votre bel accueil, votre intérêt pour ce travail et votre participation.

Association CIDFF et Lucie Ricard. Merci pour votre participation.

UNAVI, Mme Priscilla Bur. Merci pour votre participation.

Un immense merci à mes parents d'avoir permis que ce long cursus soit possible. Merci pour votre soutien sans faille et votre amour inconditionnel. Vos yeux de lynx ont débusqué les moindres petites fautes de ce travail. Votre aide m'a été précieuse.

Mille merci à maitresse Mathilde pour ses nombreuses relectures et ses précieuses remarques. Tu es la meilleure petite sœur qu'il est possible d'avoir.

Vat, ta présence et ton soutien chaque jour rendent mon quotidien plus beau.

Merci à Michèle pour sa précieuse dernière relecture et surtout pour tous les souvenirs Made in Normandie.

Enfin, merci à toutes les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire et qui ont donc permis à ce travail d'aboutir. Je m'engage à me servir de vos témoignages pour devenir un meilleur médecin et pour améliorer tout ce qui pourra l'être concernant vos prises en charge.

## Table des matières

I.	Introduction .....	22
II.	État des connaissances.....	23
	A. Définitions .....	23
	B. Différentes formes de violences .....	23
	C. Cycle des violences .....	24
	D. Une prise de conscience nationale récente .....	24
	E. Des violences toujours plus présentes : les derniers chiffres.....	26
	F. Enjeux de santé publique et coût pour la société.....	28
	G. Place des médecins et rôle de l'urgentiste .....	29
	1. Les Services d'Accueil des Urgences comme premier recours.....	29
	2. Une prise en charge multimodale et pluridisciplinaire : médico-socio-psychologique.....	30
	3. L'enjeu médico-légal majeur du dossier médical.....	33
	4. Les spécificités du secret médical dans le cas des violences faites aux femmes.....	34
	H. Problématique de ce travail : interrogation autour de la question « Qu'est-ce qu'une prise en charge réussie aux urgences dans ce contexte » ? .....	35
III.	Matériels et méthodes.....	37
	A. Type d'étude.....	37
	B. Objectifs de l'étude .....	37
	1. Objectif principal.....	37
	2. Objectifs secondaires.....	38
	C. Critères de jugement.....	38
	1. Critère de jugement principal .....	38



2. Critères de jugement secondaires .....	38
D. Population cible.....	39
1. Critères d'inclusion .....	39
2. Critères de non-inclusion.....	39
E. Elaboration du questionnaire.....	40
F. Contenu du questionnaire.....	40
G. Mode de recrutement et de recueil .....	41
H. Diffusion du questionnaire .....	43
I. Recueil des données .....	43
J. Analyse statistique.....	43
K. Réglementation et éthique .....	44
IV. Résultats .....	45
A. Période de l'étude.....	45
B. Nombre de questionnaires complétés.....	45
C. Résultats liés aux objectifs principaux .....	46
1. Fréquence du recours aux soins en structures d'urgences.....	46
2. Freins à la prise en charge et solutions alternatives.....	47
3. Ressenti des femmes concernant la qualité de la prise en charge.....	49
D. Résultats liés aux objectifs secondaires.....	50
1. Etude des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude et comparaison entre les deux groupes .....	50
2. Analyse qualitative du ressenti des femmes vis-à-vis de leur prise en charge .....	58
3. Détails des pistes d'améliorations de la prise en charge aux urgences pour les femmes victimes de violence .....	60

V. Discussion .....	62
A. A propos des principaux résultats de l'étude.....	62
1. Fréquence du recours aux soins en structures d'urgences.....	62
2. Freins à la prise en charge et solutions alternatives.....	62
3. Ressenti des femmes concernant la qualité de la prise en charge.....	64
B. A propos des résultats liés aux objectifs secondaires .....	64
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude et comparaison entre les deux groupes.....	64
2. Analyse qualitative du ressenti des femmes .....	65
3. Pistes d'améliorations.....	66
C. Points forts de l'étude.....	68
D. Limites de l'étude.....	69
1. Taille de l'échantillon d'étude.....	69
2. Autres biais.....	71
E. Perspectives .....	72
VI. Conclusion.....	74
VII. Bibliographie.....	77
VIII. Annexes.....	82
A. Annexe 1 : Questionnaire .....	82
B. Annexe 2 : Notice explicative à l'attention des professionnels proposant le questionnaire.....	86
C. Annexe 3 : Notice explicative à l'attention des femmes participantes.....	88
D. Annexe 4 : Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles, INSEE, PCS 2020.....	89

## Liste des illustrations

Tableau 1 : Répartition selon les structures des questionnaires complétés par les femmes participantes, page 45

Figure 1 : Fréquence de recours aux urgences parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, page 46

Figure 2 : Répartition selon les services d'urgences des 12 femmes ayant consulté, page 46

Figure 3 : Moyen d'orientation vers les services d'urgences pour les 12 femmes ayant consulté, page 47

Tableau 2 : Freins exprimés à une consultation initiale en service d'urgences, page 48

Figure 4 : Nationalités des femmes participant à l'étude, page 51

Figure 5 : Niveau d'étude des femmes participant à l'étude, page 52

Figure 6 : Professions des femmes participant à l'étude, page 53

Figure 7 : Type de violences subies par les femmes participant à l'étude, page 54

Tableau 3 : Comparaison des lieux d'habitation actuels, page 54

Tableau 4 : Comparaison des procédures judiciaires entreprises, page 55

Tableau 5 : Comparaison des statuts maritaux, page 56

Tableau 6 : Comparaison des statuts vis-à-vis de l'auteur des violences, page 57

Tableau 7 : Comparaison du sentiment de sécurité, page 57

Tableau 8 : Comparaison des délais de prise en charge, page 58

## Liste des abréviations

- CH : Centre Hospitalier
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
- CMI : Certificat Médical Initial
- ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- ITT : Incapacité Totale de Travail
- MIPROF : Mission Interministérielle Pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACS : Pacte Civil de Solidarité
- PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- UML : Unité Médico-Légale
- UNAVI : Unité d'Accueil et d'Accompagnement des Victimes

*« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant »*

*Simone De Beauvoir*

## I. Introduction

Les violences faites aux femmes sont un grand problème de santé publique et une violation majeure des droits de la femme. Ces violences sont le plus souvent du fait de leur partenaire intime.

En effet, à l'échelle mondiale, environ un tiers des femmes qui ont eu des relations de couple rapportent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie.

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer dans ce contexte de par la prévention, le dépistage puis la prise en charge de ces femmes et l'orientation adaptée vers les autres services d'appui dont elles pourraient avoir besoin. (1)

Le rôle du médecin urgentiste peut donc s'avérer central dans la prise en charge de ces femmes, et ce travail s'interroge sur l'impact de la qualité de la prise en charge aux urgences sur leur devenir.

C'est pourquoi il semble important de réaliser un travail d'analyse des pratiques locales afin de détailler les prises en charges proposées dans nos services et d'en extraire des pistes d'améliorations.

Une première partie de ce travail consistera en un état des connaissances actuelles sur le sujet des violences faites aux femmes au sein du couple. Nous détaillerons les prises de positions progressives politiques au niveau national et européen, puis donnerons les dernières définitions et derniers chiffres disponibles et enfin nous aborderons le rôle du secteur de la santé et plus particulièrement des services d'urgences dans la prise en charge de ces femmes.

Une seconde partie portera sur une étude locale, qui recueillera des témoignages de femmes victimes de violences au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal par le remplissage d'un questionnaire. Le but sera d'évaluer la fréquence de la prise en charge médicale dans une structure d'urgence et les attentes vis-à-vis du système de soins chez les femmes victimes. L'étude de leurs réponses permettra d'obtenir des données locales sur les prises en charge réalisées au sein de nos services d'urgences afin de les analyser et d'en tirer des axes d'améliorations.

## II. État des connaissances

### A. Définitions

Les violences conjugales constituent la forme la plus fréquente de violences envers les femmes et regroupent l'ensemble des atteintes volontaires portées à l'intégrité de l'autre dans le cadre d'une relation intime ou privilégiée, une emprise, un conditionnement des victimes dont les conséquences ne se résument pas seulement à une violence physique.

Elles résultent d'un rapport de force asymétrique où l'un des deux membres exerce un abus de pouvoir afin de contrôler l'autre via des gestes ou des comportements violents, qui rend la relation inégale.

Ces violences ne sont pas accidentelles et sont à différencier du conflit conjugal dans lequel les querelles se déroulent sur un même plan d'égalité, sans protagoniste dominant. (2)

Au niveau national, le gouvernement français définit ces violences en se basant sur la définition établie par la Convention d'Istanbul de 2011, rédigée pour le compte du Conseil de l'Europe. Sont considérées comme violences au sein du couple celles exercées lors d'une relation intime, qu'elle soit actuelle ou passée, quel que soit le sexe des partenaires, leur lieu de vie et la forme juridique de leur union (mariage, PACS, concubinage ou union libre). Elles concernent un ensemble d'actes, de propos et de comportements par lequel un partenaire ou ex-partenaire veut contrôler, dominer et détruire la victime. (3) (4)

L'OMS et les Nations Unies définissent ces violences comme un comportement qui dans le cadre d'une relation intime cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique et qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contraintes, les violences psychologiques et tout autre acte de domination. (5) (6)

### B. Différentes formes de violences

Les violences commises au sein du couple dépassent la sphère de la violence physique, et peuvent être verbales, psychologiques, matérielles, économiques, administratives ou sexuelles. (2)

Il est également apparu depuis quelques années une cyber-violence dans le contexte d'émergence des nouvelles technologies et par l'avènement des réseaux sociaux. Une étude française de 2016 réalisée dans plusieurs structures d'accompagnement de femmes victimes de violences conjugales révélait que 9 femmes sur 10 interrogées ont vécu une forme de cyber-violence conjugale. Cette violence peut se manifester sous plusieurs facettes : cyber-contrôle, cyber-harcèlement, cyber-surveillance, cyber-violence sexuelle. (7)

### **C. Cycle des violences**

Les violences conjugales suivent un schéma cyclique, initialement décrit par une psychologue américaine, Lenore Walker en 1979. (8)

Le cycle de la violence conjugale est composé d'une succession répétitive de 4 phases :

- L'escalade d'un climat de tension avec mise en place d'un système d'emprise via des pressions psychologiques et un isolement progressif de la victime.
- La crise avec une explosion de la violence, provoquant un état de sidération de la victime.
- La justification où l'agresseur reporte la responsabilité de l'agression sur la victime et minimise les violences subies, créant un sentiment de culpabilité de la victime.
- La lune de miel où l'agresseur promet un changement et reconquiert la victime, qui lui laisse une chance.

Ce cycle va se répéter dans le temps, s'intensifier en une « escalade de la violence », jusqu'à arriver à un état d'emprise dont il sera de plus en plus difficile pour la victime de se défaire. La phase de lune de miel va progressivement disparaître et les violences deviennent de plus en plus intenses. (9)

La connaissance de ce cycle est essentielle pour comprendre la tendance à la réversibilité de la demande d'aide des victimes et de leurs démarches.

### **D. Une prise de conscience nationale récente**

C'est dans un contexte de prise de conscience internationale de l'ampleur des discriminations et des violences subies par les femmes que s'est progressivement orientée la politique française en termes de



lutte contre les violences faites aux femmes. En effet, bien que mixtes, les violences conjugales concernent des femmes dans 87% des cas. (10)

Ainsi, une politique visant à réduire l'inégalité homme-femme a progressivement été mise en place à partir des années 2000, jusqu'à devenir « la grande cause du quinquennat » du président de la République actuel Macron, en 2017 lors de son premier mandat. (11)

La lutte contre les violences sexistes et sexuelles (dans lesquelles s'inscrivent les violences au sein du couple) constitue le premier pilier de cette lutte.

C'est ainsi que les premières enquêtes et études sont réalisées sur le territoire français afin d'obtenir des données statistiques visant à quantifier l'ampleur de la problématique. En 2003 sont publiés les résultats de l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) sous la forme du rapport Henrion. Il montre que le phénomène atteint les femmes de tout âge et de tout milieu, et ce dans des proportions inquiétantes : 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales, soit alors 1.600.000 femmes en France. C'est donc dans l'intimité de l'espace conjugal que sont réalisées le plus de violences, majoritairement psychologiques. Cette enquête dévoile aussi la prépondérance des violences sexuelles au sein du couple, problématique peu abordée jusqu'alors. (12) (13)

En 2008, le Conseil de l'Europe réunit un groupe d'expert qui aboutit à la publication de la Convention d'Istanbul en 2011, signée la même année par la France et mise en application en 2014. Celle-ci incombe aux États signataires de lutter efficacement contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique en prenant des mesures pour les prévenir, protéger les victimes et poursuivre les auteurs. (3)

Sont parallèlement mis en place : le rapport Morts violentes au sein du couple en 2006 qui sera ensuite publié chaque année, et la Mission Interministérielle Pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) en 2013. (14)

La MIPROF établit en 2015 son premier rapport sous forme d'un observatoire national des violences faites aux femmes. Celui-ci révèle que l'année précédente, une Française décédait tous les 2,7 jours des suites de violences conjugales et que 54% des cas de violences faites aux femmes recensées étaient des

violences conjugales. Ce rapport nous apprend aussi que les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs extérieurs à être contactés par les femmes victimes de violences. (15)

Cette mission interministérielle s'attèle également à la publication annuelle des Lettres de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Elles présentent les principales données disponibles en France pour l'année précédente sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. (15)

Parallèlement, la MIPROF encadre à partir de 2004 des plans d'actions ministériels triennaux. Ils publient des décrets mettant entre autres l'accent sur le renforcement de la formation des professionnels intervenant dans le domaine des violences conjugales (notamment les médecins) avec la mise à disposition d'outils de formations (kits de formation sur le site [arretonslesviolences.gouv.fr](http://arretonslesviolences.gouv.fr)). (16)

Enfin, en 2019, le Grenelle des violences conjugales émet 46 mesures comprenant des propositions d'améliorations, des actions de prévention et de lutte contre ces violences et la transformation des pratiques professionnelles. C'est notamment dans ce cadre qu'a été généralisée la possibilité de déposer plainte directement à l'hôpital. Il propose également des outils d'évaluation de gravité et de dangerosité des situations à l'usage des professionnels, ainsi qu'une cartographie des structures engagées dans la protection de ces victimes. (17)

## **E. Des violences toujours plus présentes : les derniers chiffres**

Les enquêtes épidémiologiques et les sondages se multiplient au niveau national dans le but d'objectiver l'ampleur du phénomène et de permettre la mise en place d'une réponse politique la plus adaptée aux besoins.

Chaque année en France le 25 novembre, au moment de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, est publiée sous la direction de la MIPROF la Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes.

La Lettre n°18 parue en novembre 2022 rapporte qu'en 2021, 122 femmes ont été tuées par leur partenaire (20% de plus que l'année précédente), soit une femme tous les 3 jours. 190 femmes ont été victimes de tentatives d'homicide. Ces homicides surviennent dans 66% des cas au sein d'un couple cohabitant. Dans 6 cas sur 10, le mobile identifié au cours de l'enquête est avant tout révélateur d'une

volonté d'emprise et de contrôle de l'auteur sur sa partenaire (dispute, refus de séparation, jalousie). (10)

Le nombre de femmes se déclarant victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint reste stable par rapport aux chiffres de 2019, aux alentours de 213 000. Cela représente 1% des femmes de 18 à 75 ans chaque année. (18) (10)

En 2021, 204 000 victimes de violences commises par leurs partenaires ont été enregistrées par les forces de l'ordre, dont 87% de femmes. Par rapport à l'année 2020, cela représente 20% d'enregistrement en plus, et 76% d'augmentation depuis 2017, possiblement attribuable à une libération de la parole permise par des mouvements comme #metoo. Il est à noter également une augmentation de 30% du nombre de femmes enregistrées pour motif de viol par conjoint. Environ 100 000 auteurs présumés dont 95% d'hommes ont été impliqués dans des affaires traitées par les parquets, et seuls 35 000 ont été condamnés pour des violences sur leurs partenaires ou ex-partenaires. (10)

L'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple de 2021 montre que sur les 143 personnes décédées d'homicide entre partenaires intimes, 85% sont des femmes et 6 auteurs sur 7 sont des hommes. Un tiers des femmes tuées avaient déjà été victimes de violences antérieures et 64% de celles-ci avaient signalé ces faits aux forces de l'ordre (soit 25 femmes). (19)

Le rapport d'enquête « cadre, vie et sécurité » de 2019 est un autre rapport Français qui sert de base à la rédaction des Lettres de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Il rapporte une moyenne annuelle d'environ 213 000 femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par un partenaire intime sur la période 2011-2018 pour des femmes de 18 à 75 ans. Cela représente 0.7% de la population de cette tranche d'âge. Cependant, ces chiffres ne prennent en compte que les violences physiques et sexuelles, sous-estimant donc le nombre réel de cas de violences conjugales. (18)

Plus récemment, l'enquête GENESE publiée en 2022 est une enquête statistique qui interroge un très large échantillon de femmes et d'hommes habitant en France métropolitaine sur leurs vécus et leurs opinions en matière de sécurité. Les statistiques sur les violences causées par un partenaire mettent l'accent sur l'ampleur des violences psychologiques. En effet, plus d'une femme sur quatre (27%)

déclare avoir subi au moins une fois depuis l'âge de 15 ans des violences psychologiques par leur partenaire (contrôle, dénigrement, intimidation), alors qu'une sur six (16%) déclare avoir subi des violences physiques ou sexuelles. Il ressort également que les femmes plus jeunes connaissent également davantage de partenaires violents, sur des durées plus longues ou à des fréquences plus élevées. Les femmes victimes sont donc le plus souvent jeunes, avec une surreprésentation de certaines catégories socio-professionnelles comme les titulaires d'un niveau Bac et supérieur à Bac+2 ou les femmes en études. De plus, les femmes jeunes étant en moyenne moins installées dans des unions durables, elles sont plus susceptibles d'avoir eu plusieurs partenaires ce qui augmente le risque d'avoir plusieurs partenaires violents. Néanmoins, les différences de chiffres entre les anciennes et les nouvelles générations peuvent en partie être expliquées par une plus grande propension des jeunes générations à parler des violences subies. (20)

Les chiffres sont tout aussi alarmants au niveau international. Un rapport de l'OMS de 2013 révèle qu'à l'échelle mondiale, 30% des femmes ayant déjà été en couple seraient victimes de violences de la part d'un conjoint ou ex-conjoint. Ce même rapport indique également que 38% des homicides de femmes sont commis par un partenaire intime. (21)

## **F. Enjeux de santé publique et coût pour la société**

Ces violences s'inscrivent comme un réel enjeu de santé publique du fait de leurs conséquences multiples et néfastes sur la santé des femmes victimes.

Selon le rapport de l'OMS publié en 2013, les femmes victimes de violences perdent entre 1 et 4 ans de vie en bonne santé et peuvent présenter des complications traumatiques, psychologiques, gynéco-obstétricales, psychosomatiques avec une prévalence nettement supérieure aux femmes non-victimes de violences commises par un partenaire intime. Elles s'exposent également à davantage de décompensations de pathologies chroniques. (22)

Les résultats de l'ENVEFF alertaient eux aussi sur ce moins bon état de santé ressenti par les femmes victimes. Ils évoquent un niveau de détresse psychologique élevé, une augmentation du nombre de

tentative de suicide dans ces populations de femmes, une surconsommation de psychotropes ainsi qu'une majoration d'affections chroniques, d'arrêts de travail et d'hospitalisations. (12)

Ces violences, qui altèrent de manière importante la santé des femmes représentent un coût important pour la société. Au-delà d'un recours accru aux différents systèmes de santé et de protection sociale et de coûts liés au recours aux services de police et de justice, il faut prendre en compte la conséquence importante des violences subies sur l'aptitude au travail et donc sur la perte de productivité engendrée. Une enquête menée en France en 2006 évalue le coût global de ces prises en charges à 2.5 milliards d'euros. (23)

Ce travail a permis ensuite la réalisation d'une enquête financée par l'Union Européenne qui estime ces dépenses à 16 milliards d'euros au niveau européen. (24)

Une réévaluation de ces estimations concernant les répercussions financières en France des violences conjugales est réalisée en 2012. Le montant s'élève alors à 3.6 milliards d'euros, tous services confondus. (25)

Cette augmentation de coût, non liée à une augmentation de l'incidence des violences conjugales, pourrait être attribuée à une meilleure prise en charge des victimes.

## **G. Place des médecins et rôle de l'urgentiste**

### **1. Les Services d'Accueil des Urgences comme premier recours**

Les professionnels de santé jouent un rôle primordial dans le diagnostic et la prise en charge des femmes victimes de violences au sein du couple. En effet, le rapport Henrion de 2001 décrivait le médecin comme bien souvent le premier interlocuteur et l'acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge de ces femmes. Elles se confiaient en premier lieu à un médecin dans 24% des cas, donc bien avant les forces de l'ordre, la justice ou les associations. (13) L'enquête GENESE de 2022 rapporte que le nombre de femmes s'adressant en premier lieu aux forces de l'ordre (25%) tend à se rapprocher de celles se tournant vers un service de santé (27%). (20) Cette évolution peut être expliquée par une meilleure prise en charge par les forces de l'ordre des femmes victimes de violence, mais aussi par une meilleure formation et sensibilisation des agents et des dispositifs d'accueil spécifiques. (26)

Les médecins urgentistes font partie des 3 catégories de médecins en première ligne pour ces prises en charge, aux côtés des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens. (13)

Les services d'accueil des urgences occupent donc une place privilégiée dans ces prises en charge du fait de leurs possibilités d'accueil 24h/24, d'une certaine forme d'anonymat, et par leur vocation à prendre en charge les pathologies liées aux violences conjugales comme les lésions traumatiques au sens large, les tentatives de suicide, les détresses psychologiques et les intoxications aiguës. (13)

Le rapport final d'évaluation du 4<sup>e</sup> plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, publié en 2016, place les médecins et les Services d'Accueil des Urgences (SAU) au cœur des nouvelles recommandations de prise en charge. Elles concernent la formation dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence d'une personne référente sur les violences faites aux femmes (plus de 500 en 2016), la mise en place de permanences associatives dans les hôpitaux pour renforcer le lien entre le milieu associatif et les services d'urgences, ainsi que la mise à disposition de kits de formation pour le personnel soignant et de kits de constatation en urgence proposés au SAMU. (27)

Les référents « violences faites aux femmes » présents dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence ont pour mission d'assurer la sensibilisation et l'information de l'ensemble du personnel des urgences, de faciliter les prises en charge en identifiant les partenaires utiles hospitaliers, institutionnels et associatifs. Ils peuvent proposer l'élaboration de protocoles de service pour optimiser les prises en charge. (28)

## 2. Une prise en charge multimodale et pluridisciplinaire : médico-socio-psychologique

Le rôle de l'urgentiste face à ces femmes n'est pas uniquement la prise en charge médicale, mais aussi celui de dépistage, d'évaluation de la gravité, d'information de la victime de ses droits et d'orientation selon les attentes de la patiente vers les forces de l'ordre, les services sociaux ou les associations d'aide.

Le rôle premier de l'urgentiste, devant l'ampleur du fléau des violences faites aux femmes pourrait être celui du dépistage par un interrogatoire spécifique et adapté, quel que soit le motif de consultation et ce

d'autant plus s'il est suspect. Dans l'enquête ENVEFF, 73% des femmes déclarent qu'elles auraient voulu que leur médecin leur pose la question des violences, sujet qu'elles n'auraient pas abordé spontanément. (12)

Concernant ce dépistage, la recommandation de bonne pratique rédigée par la HAS en 2019 prévoit le « repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » et rappelle que toutes les femmes quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé ou leur handicap peuvent être concernées et qu'il faut réaliser un dépistage systématique pour toutes les femmes. (28)

Le médecin se doit d'avoir en tête les principaux facteurs précipitants des violences afin d'être attentif aux situations à risque.

Facteurs précipitants de la violence, d'après la recommandation de bonne pratique, HAS, 2019 (28)

Facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence	Facteurs associés à la probabilité qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le jeune âge</li> <li>• Un faible niveau d'instruction</li> <li>• Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance</li> <li>• Malttraitement pendant l'enfance</li> <li>• L'occupation de la violence</li> <li>• La grossesse, la naissance d'un enfant, la période périnatale</li> <li>• Les handicaps, les maladies de longue durée</li> <li>• Les problèmes de santé mentale</li> <li>• La dépendance financière</li> <li>• Une consommation excessive (alcool, drogues)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le jeune âge</li> <li>• Un faible niveau d'instruction</li> <li>• Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance</li> <li>• L'abus de drogues et d'alcool</li> <li>• Des traits de la personnalité</li> <li>• La banalisation de la violence (par exemple, croire que l'homme a le droit de frapper sa partenaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfactions dans le couple</li> <li>• Contexte de séparation conflictuelle</li> <li>• Domination masculine dans la famille</li> <li>• Stress économique, précarité</li> <li>• Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, abaisse sociale abaisse économique</li> <li>• Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin</li> <li>• Différence d'âge importante dans le couple</li> <li>• Un déracinement géographique entraînant un isolement social</li> </ul>

Il est à noter la prépondérance des violences dans le contexte de la périnatalité qui constituent des situations à risques notables de violences au sein du couple. Un dépistage des violences est recommandé au moins une fois chez toute patiente enceinte et en post-partum.

Afin de mieux repérer ces violences, le médecin se doit de créer un environnement favorable en instaurant un climat de confiance et en s'efforçant de réaliser la consultation en tête-à-tête avec la

patiente, en lui rappelant que cet entretien est confidentiel. L'approche doit se faire de manière globale. Il ne faut pas hésiter à aborder la question des violences, même sans point d'appel franc. Le groupe de travail ayant émis cette recommandation de bonne pratique s'accorde à dire que ce questionnaire « direct » n'induit pas d'effet néfaste chez ces patientes mais qu'il contribue à rompre le silence et donc à protéger la femme. (28)

Aucune symptomatologie n'est spécifique des violences au sein du couple et les signes devant alerter l'équipe soignante peuvent être extrêmement variés. Premièrement, des symptômes pouvant être la conséquence de la violence sur la santé physique, mentale ou sexuelle comme des lésions traumatiques (d'autant plus si elles sont répétées), une dépression, une anxiété, des plaintes fonctionnelles, des conduites addictives ou des douleurs chroniques. Il est fréquent de retrouver aussi un contexte de mésusage et de surconsommation médicamenteuse. D'autres signes indirects comme le recours perturbé aux soins avec des consultations itératives ou des comportements inhabituels ou inadaptés de la patiente, de son conjoint ou de ses enfants doivent attirer l'attention sur une éventuelle problématique de violence ou de mal-être sous-jacent. (28)

Le rôle de l'urgentiste est ensuite d'évaluer la gravité de la situation afin de proposer les mesures adaptées. En cas de situation jugée grave, il est recommandé d'envisager des mesures de protection en urgence qui peuvent comprendre : une hospitalisation immédiate ou un hébergement d'urgence, proposer un dépôt de plainte, informer de ses droits immédiats ainsi que les droits de ses enfants (ordonnance de protection et d'éloignement).

Il est ensuite indispensable d'orienter la victime au mieux selon les différentes ressources locales disponibles, qu'il conviendra de lister pour chaque secteur. Il est recommandé de s'entourer d'un réseau d'une part sanitaire pluridisciplinaire constitué de : médecins urgentistes référents violences faites aux femmes, médecins traitants, sage-femmes, médecins des unités médico-judiciaires, psychologues, centres de soins de psycho-traumatisme, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes. Le réseau doit d'autre part permettre d'orienter la victime selon ses besoins vers le système judiciaire, les associations d'aides aux victimes, les dispositifs nationaux (le numéro national 3919 « Violences



femmes infos », le numéro international 116006, ou encore le site internet « <https://arretonslesviolences.gouv.fr> »).

La prise en charge de ces femmes par les urgentistes comprend donc deux volets, liés à la spécificité de ces patientes : une prise en charge « classique » qui consiste à assurer les soins et la constitution d'un dossier médical. Ensuite, une prise en charge « spécifique », par la rédaction d'un certificat médical initial descriptif, puis une orientation vers les relais compétents (nécessité de connaître son réseau et ses partenaires).

### 3. L'enjeu médico-légal majeur du dossier médical

La constitution du dossier médical de ces patientes relève d'une importance particulière, notamment d'un point de vue médico-légal et judiciaire. En effet, en 2021, sur 99 510 auteurs impliqués dans une affaire de violence entre partenaires, seuls 57 280 ont reçu une réponse pénale (soit 58%). Parmi les 42% restantes, les affaires ont pour la majorité été classées sans suite, souvent par manque de preuve dans des contextes où l'infraction n'était pas ou insuffisamment caractérisée. (10)

Il semble donc être d'une importance majeure de constituer un dossier médical exploitable, même dans le cas où la patiente déclare ne pas vouloir entreprendre de démarches judiciaires immédiates. Le médecin doit recueillir l'ensemble des éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique de manière détaillée incluant les constatations de la réalité des blessures notamment avec prises de photos datées. Ces éléments pourront être utilisés pour la rédaction d'un certificat médical initial (CMI) ou d'une attestation, consignés dans le dossier médical.

La rédaction d'un CMI peut s'accompagner de la détermination d'une durée d'ITT (Incapacité Totale de Travail). N'importe quel médecin peut déterminer une ITT et choisir de la faire mentionner sur le CMI remis à la patiente. Celle-ci renvoie à une notion purement pénale qui sert à qualifier pénalement les faits en fonction de la durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail).

Ces constatations médicales pourront ensuite être utilisées, sans délai de prescription pour d'éventuelles procédures judiciaires secondaires ou pour faire valoir ses droits et obtenir des mesures de protections. (28)

#### 4. Les spécificités du secret médical dans le cas des violences faites aux femmes

Selon l'article 226-13 du Code Pénal, le médecin est dépositaire du secret médical. Il existe cependant des dérogations à ce secret dans le contexte des violences.

En effet, il est possible de déroger à ce secret médical et de réaliser un signalement au procureur de la République selon l'article 226-14 du Code Pénal si les violences exercées au sein du couple mettent en danger immédiat la vie de la victime et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger. Le professionnel doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime, et l'informer du signalement le cas échéant. Cet accord n'est cependant pas nécessaire dans le cas où la victime est mineure, majeure mais incapable de se protéger en raison de son âge, d'une incapacité physique ou psychique.

Depuis une modification de la loi en juillet 2020, cette dérogation au secret médical sans l'accord de la patiente s'étend aux cas où le professionnel estime qu'il existe un danger immédiat dans un contexte de contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. L'Ordre des médecins a publié à cet effet un vade-mecum qui met à disposition des soignants l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ces signalements, en insistant sur les modalités d'application de la modification de la loi n°2020-936 de juillet 2020. (29) (30)

Ces signalements aux autorités compétentes effectués dans les conditions prévues par l'article 226-14 ne peuvent donc pas engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

## **H. Problématique de ce travail : interrogation autour de la question**

### **« Qu'est-ce qu'une prise en charge réussie aux urgences dans ce contexte » ?**

D'un point de vue pratique et comme détaillé ci-dessus, le rôle de l'urgentiste et des professionnels est d'accueillir et d'être à l'écoute, de dépister les violences, d'évaluer la gravité, d'assurer les soins et de constituer un dossier, de rédiger le certificat descriptif, d'informer et d'orienter la patiente.

Cependant, il est désormais reconnu qu'une prise en charge réussie dans ce contexte ne se résume pas à un dépôt de plainte immédiat et à une séparation. En effet, la séparation est un processus long, et on sait qu'en moyenne il faut 7 départs avant qu'une victime puisse partir définitivement. Ces femmes restent en moyenne 6 ans dans ces relations. (31)

Ces allers-retours peuvent donner une fausse impression d'absence de motivation de la victime à s'extraire des violences subies, et donner aux urgentistes une impression d'inutilité de la prise en charge en cas de retour de la victime auprès de son agresseur.

De nombreuses thèses de médecins urgentistes montrent que la prise en charge de ces patientes s'avère souvent délicate, et de nombreux médecins urgentistes s'estiment mal à l'aise avec ce type de situation et insuffisamment formés. Le dépistage systématique recommandé par la HAS n'est presque jamais réalisé, et le sujet des violences n'est souvent pas abordé même dans un contexte fortement suspect. Ces mêmes études montrent aussi que la majorité des urgentistes souhaitent faire évoluer leur pratique sur ce sujet et souhaitent se former pour améliorer leur prise en charge. (32) (33) (34)

En guise de questionnaire préliminaire sur le moyen le plus approprié d'aborder ce travail de thèse, de nombreux entretiens avec des travailleurs sociaux et des psychologues ont permis de mettre en évidence que du point de vue des victimes et des travailleurs sociaux et psychologues, une prise en charge réussie s'étend bien au-delà de la remise d'un certificat médical initial (CMI) et d'un dépôt de plainte. En effet, une « prise en charge réussie » s'approcherait davantage d'une écoute de qualité, d'un dépistage efficace, de la mise à disposition de moyens d'aides et d'écoutes, de contacts en cas de volonté de la patiente de s'extraire des violences et d'information de ses droits. Il semble contre-productif d'opposer son point de vue et sa volonté d'obtenir des mesures immédiates de séparation et de dépôts

de plaintes chez une femme déjà privée dans son cercle intime de libre-arbitre et de sa capacité à effectuer ses propres choix du fait de la domination de son conjoint. Il faudrait donc amener la victime à découvrir d'autres moyens d'échanges et de modes de vie que celui de la domination par un tiers qui impose ses idéaux et ses volontés.

Il existe donc une opposition entre la conception des personnels soignants de cette prise en charge optimale et le souhait des patientes, qui peut amener à être inefficace, voir contre-productif dans la prise en charge.

Le but de ce travail est donc d'établir à partir de témoignages de femmes victimes de violences au sein du couple les points à améliorer dans les prises en charges proposées, une étude de leur ressenti et de leur vécu au cours du passage en Service d'Accueil des Urgences, et les freins éventuels en cas d'absence de consultation. Cette étude porte également sur une évaluation des croyances des femmes victimes sur les possibilités ou non d'avoir droit à certaines aides ou ressources.

Une meilleure connaissance des recours aux soins pour les femmes victimes de violences et leur ressenti vis-à-vis de la prise en charge médicale dans un service d'urgence permettra d'identifier les problématiques liées à leur prise en charge à partir du ressenti de ces patientes, de comprendre pourquoi elles n'auraient pas consulté en premier recours le cas échéant et de proposer par la suite des pistes d'amélioration de prise en charge et de communication.

Le but de cette recherche est donc d'évaluer le recours aux soins de cette population, d'obtenir des données locales permettant de former et de sensibiliser le personnel soignant des services d'urgences des spécificités de ce type de cas et donc d'améliorer les prises en charge. Ces connaissances pourront être utilisées pour développer dans d'autres services d'urgences la prise en charge pluridisciplinaire et multimodale en réseau local de manière optimisée.

### **III. Matériels et méthodes**

#### **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle évaluant le recours aux soins en médecine d'urgence des femmes victimes de violence au sein du couple grâce à l'analyse de questionnaires soumis dans les instances médico-sociales et associatives impliquées dans leur prise en charge.

Le questionnaire utilisé dans cette étude a permis de caractériser la population répondant au questionnaire, d'évaluer leur recours ou non au service de médecine d'urgence, leurs ressentis quant à la prise en charge par des questions fermées (réponses possibles : Oui/Non/Refus de répondre/Non posée) permettant une analyse quantitative de ces données en fournissant des effectifs et fréquences pour chaque catégorie. De plus, nous avons complété ces données par une analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes du questionnaire.

Une étude qualitative ne sert pas à quantifier et mesurer (contrairement à une étude quantitative) mais à recueillir et étudier des ressentis, des phénomènes sociaux, des émotions, des motivations ou des comportements. Ces études permettent l'analyse de phénomènes sociaux ou d'expériences vécues et se portent en général sur des échantillons réduits. Ce type d'étude semble tout à fait approprié pour l'analyse de parcours de vie de femmes victimes de violences en complément de l'analyse quantitative, car de nombreux facteurs subjectifs entrent en compte. Elle permet de récolter des données verbales dans une démarche interprétative.

Les données sont recueillies via la remise d'un questionnaire, en format papier.

#### **B. Objectifs de l'étude**

##### **1. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la fréquence du recours aux soins en structure d'urgence, les raisons en cas d'absence et la qualité de la prise en charge médicale, sociale et médico-légale réalisée aux urgences parmi les femmes victimes de violences au sein du couple ayant répondu au questionnaire dans le milieu associatif, social et médico-légal.

## 2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont de :

- Comparer le profil des femmes victimes de violence prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-judiciaire selon leurs recours ou non aux soins en structure d'urgence.
- Évaluer le ressenti vis-à-vis de la prise en charge médicale.
- Dégager des pistes d'amélioration de la prise en charge aux urgences.

### **C. Critères de jugement**

#### 1. Critère de jugement principal

Les critères de jugements sont donc multiples :

- fréquence du recours aux soins en structure d'urgence
- type et fréquence des raisons évoquées concernant les freins à la prise en charge et les solutions alternatives mise en place en cas d'absence de consultation aux urgences
- fréquence des femmes ayant répondu positivement concernant la qualité de la prise en charge des femmes victimes de violences au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal

#### 2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont les suivants :

- caractéristiques sociodémographiques des femmes victimes de violence prise en charge dans le milieu associatif, social et médico-judiciaire
- analyse qualitative du ressenti des femmes vis-à-vis de leur prise en charge
- détail des pistes d'améliorations de la prise en charge aux urgences pour les femmes victimes de violence

## **D. Population cible**

### 1. Critères d'inclusion

Les personnes remplissant le questionnaire sont des femmes ou se considérant comme telles, majeures, prises en charge pour violences commises au sein du couple dans le milieu associatif, social et médico-légal.

Il a été choisi de ne traiter que des femmes victimes de violences et pas des hommes car les violences faites aux femmes découlent d'une problématique sociétale spécifique, liée à leur sexe. Les hommes victimes de violences au sein du couple sont nettement minoritaires, et les cas de violences ne relèvent pas des mêmes problématiques et l'origine sociétale des violences est différente. En effet, la violence faite aux femmes résulte d'une construction sociale dans la mesure où la société et les institutions véhiculent les valeurs qui favorisent son émergence.

Elles pourront remplir le questionnaire qu'il y ait eu un passage initial aux urgences ou non, et quel que soit le délai entre la remise du questionnaire et un éventuel passage aux urgences précédent (pas de délai de prescription).

Les femmes devront avoir exprimé leur non-opposition à participer à l'étude.

### 2. Critères de non-inclusion

- Violences intra-familiales commises par un parent, en dehors du couple comme le père, grand-père, frère, cousin, oncle ou enfant.
- Impossibilité de donner au sujet des informations éclairées (sujet en situation d'urgence, difficultés de compréhension du sujet, ...)
- Sujet sous sauvegarde de justice
- Sujet sous tutelle ou sous curatelle
- Retrait de la non-opposition

## **E. Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été réfléchi et rédigé en collaboration avec les travailleurs sociaux et psychologues qui exercent dans le service des urgences de l'hôpital de Hautepierre du CHU de Strasbourg et qui ont l'expérience de la prise en charge et du suivi de ces patients au sein du service.

## **F. Contenu du questionnaire**

Le questionnaire complet est consultable en Annexe 1.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme explorant le ressenti des femmes selon un modèle d'analyse mixte.

Le questionnaire est composé de 4 parties, chaque femme remplissant 3 parties selon la consultation ou non aux urgences.

### - Première partie

Elle était complétée par l'ensemble des femmes remplissant le questionnaire. Elle abordait des questions de caractéristiques personnelles comme l'âge, la nationalité, le nombre d'enfant, la profession ou le niveau d'étude (questions n°1 à n°5) puis des questions concernant la situation actuelle vis-à-vis des violences subies et de l'auteur des violences (questions n°6 à n°12). Il s'agissait de questions ouvertes.

Le questionnaire se scindait ensuite en deux parties à l'aide d'un branchement conditionnel selon le fait que la femme ait débuté sa prise en charge actuelle par un passage dans un service d'accueil des urgences ou non.

### - Deuxième partie

Elle était remplie par les femmes ayant consulté dans un service d'accueil des urgences initialement (questions n°13 à n°30). Le but était d'analyser les conditions de prises en charge et de déterminer quelles aides et orientations ont été proposées, ainsi que le ressenti de la patiente sur la qualité de la prise en charge. Il s'agissait de questions fermées. Les différents champs d'exploration de cette partie étudiaient la prise en charge médicale proposée, l'attitude du personnel soignant, l'aspect médico-légal centré sur les questions de certificat médical initial et d'incapacité totale de travail et la possibilité d'intégrer le réseau de prise en charge pluridisciplinaire suite à la consultation.



- Troisième partie

Elle était remplie par celles qui n'ont pas débuté leur prise en charge actuelle par un passage dans un service d'urgence (questions n°31 à n°52). Le but était de mettre en évidence par quels autres moyens et interlocuteurs la femme a été mise en relation avec le réseau de prise en charge multidisciplinaire. Il s'agissait également de dépister les freins éventuels à une consultation initiale aux urgences. Les femmes indiquaient la situation correspondant à la leur en cochant la case concernée.

- Quatrième partie

Cette dernière partie était facultative et concernait l'ensemble des femmes.

Elle permettait d'apporter des précisions sur les réponses fournies dans les pages précédentes. En effet, chaque question des pages 1, 2 et 3 était numérotée afin de pouvoir apporter des détails éventuels concernant les réponses fournies. Cette partie était à remplir sous forme rédactionnelle.

Le questionnaire a été relu et modifié avant distribution par différents travailleurs sociaux, psychologues et médecins participant ensuite à l'étude, et par des volontaires non professionnels de santé afin d'en assurer sa compréhensibilité.

## **G. Mode de recrutement et de recueil**

Le questionnaire était distribué par des professionnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux exerçant dans le milieu associatif, social et médico-judiciaire et prenant en charge dans le cadre d'un suivi les femmes victimes de violence au sein du couple.

Il a été décidé après discussion avec différents travailleurs sociaux et psychologues qu'il serait inapproprié de faire remplir les questionnaires à la phase initiale de prise en charge (notamment aux urgences), trop proche du moment de l'explosion des violences.

Les questionnaires étaient donc proposés aux femmes dans un deuxième temps de leur prise en charge, lors de rencontres à distance de l'épisode de violence à l'occasion de démarches psycho-sociales, légales ou lorsqu'elles étaient prises en charge dans des centres d'hébergements ou dans le milieu associatif. Il

n'y avait pas de délai maximum ou minimum à respecter entre l'exposition aux violences et la remise du questionnaire.

Plusieurs rendez-vous ont eu lieu avec les personnels des différentes structures afin de leur présenter l'étude et son objectif, en amont de la distribution des questionnaires.

Le questionnaire était proposé en une seule fois, au cours d'un entretien avec le professionnel de la structure concernée. Il s'agissait d'un questionnaire au format papier, à remplir manuellement.

Les différentes structures à avoir distribué le questionnaire sont :

- Le service social du pôle Urgences et Réanimations de l'hôpital de Hautepierre, au CHU de Strasbourg.
- Le service social du pôle Gynécologie de l'hôpital de Hautepierre, au CHU de Strasbourg.
- UNAVI (Unité d'Accueil et d'Accompagnement des Victimes) de l'hôpital de Hautepierre, au CHU de Strasbourg.
- L'Unité Médico-Judiciaire du Nouvel Hôpital Civil, au CHU de Strasbourg.
- L'association CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) de Strasbourg.
- L'association SOS Femmes Solidarité 67 de Strasbourg.
- L'association Home Protestant de Strasbourg.
- Le Point Accueil Victime de l'Hôtel de Police de Strasbourg.

Les informations concernant l'étude étaient données oralement par les travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues des hôpitaux ou du milieu associatif et les médecins légistes au cours de la consultation de suivi.

Il était de plus remis une notice explicative sous format papier aux femmes détaillant l'objectif de l'étude, ses modalités, son cadre légal et éthique, l'anonymat des réponses et la protection des données recueillies. Les notices sont consultables en annexes 2 et 3.

La durée totale de recueil des données pour une participante était estimée à 25 minutes : 10 minutes de temps d'informations et 15 minutes pour le remplissage.

L'ensemble des données recueillies était totalement anonyme et il était impossible de rattacher les informations obtenues à la femme ayant répondu au questionnaire, dans un but de protection de cette dernière.

## **H. Diffusion du questionnaire**

Les différentes structures ont proposé les questionnaires à partir du mois d'août 2022 jusqu'en mars 2023.

## **I. Recueil des données**

Les résultats des questionnaires ont été recueillis sous forme de fichier tableur Excel. Chaque questionnaire était numéroté.

Les réponses aux questions ouvertes (caractérisation de la population et rédaction de précisions et de détails aux questions fermées) étaient retranscrites telles quelles dans le tableur.

Les questions fermées étaient retranscrites en fonction de la réponse : Oui / Non / Refus de répondre / Non posée.

## **J. Analyse statistique**

L'analyse statistique décrira des données qualitatives en termes d'effectif et de fréquence pour les femmes ayant eu recours aux soins et celles n'y ayant pas eu recours. Les données quantitatives seront décrites en termes de moyenne et d'écart type. La comparaison des deux populations se fera au test de Student pour les variables quantitatives et un test du Khi 2 sera utilisé pour les variables qualitatives (ou test de Fisher si les conditions d'application du Khi 2 n'étaient pas satisfaites).

Les résultats seront considérés comme significatifs au seuil de 5%.

L'analyse qualitative portera ensuite sur une analyse du contenu qui consistera en une retranscription des données, un codage des informations recueillies qui seront regroupées selon leur catégories de réponses.

## **K. Réglementation et éthique**

Une demande d'autorisation avait initialement été faite au Comité de Protection des Personnes et un dossier détaillé avait été complété.

Cependant, après étude du dossier par le comité en charge de ces autorisations, notre travail ne visant pas à développer des connaissances biologiques ou médicales (Article R. 1121-1 du Code de Santé Publique), il ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé et une demande classique d'autorisation éthique a été soumise au Président du comité d'éthique des Facultés de médecine, d'odontologie et des écoles de soins infirmiers et de maïeutique de l'Université de Strasbourg.

Un avis favorable de ce comité d'éthique a été accordée pour la réalisation de cette étude.

Numéro de référence de l'autorisation : RNI 2022 – HUS N°8698

## IV. Résultats

### A. Période de l'étude

Les questionnaires ont été mis à disposition des différentes structures pour distribution de septembre 2022 à mars 2023, soit 7 mois au total.

### B. Nombre de questionnaires complétés

Au total, 36 questionnaires ont été complétés et tous ont été analysés.

Le nombre de questionnaires rempli par structure est détaillé dans le tableau 1 selon la consultation aux urgences ou non.

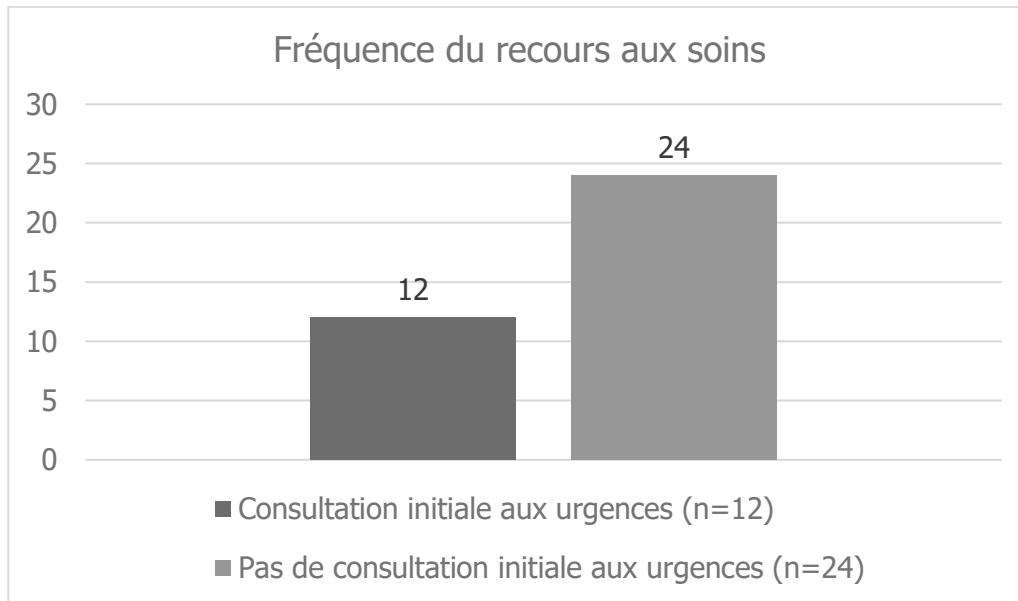
*Tableau 1 : Répartition selon les structures des questionnaires complétés par les femmes participantes*

Structure	Nombre	Consultation aux urgences	Pas de consultation aux urgences
Point Accueil Victimes de l'Hôtel de Police de Strasbourg	10	2	8
Association SOS Femmes Solidarité 67 de Strasbourg	9	2	7
Unité Médico-Judiciaire du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg	7	2	5
Association Home protestant de Strasbourg	6	2	4
Service social du pôle Urgences et Réanimation de l'hôpital de Hautepierre de Strasbourg	3	3	0
Association CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des familles)	1	1	0
Service social du pôle Gynécologie de l'hôpital de Hautepierre de Strasbourg	0	0	0
UNAVI (Unité d'Accueil et d'Accompagnement des Victimes) de l'hôpital de Hautepierre	0	0	0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

## C. Résultats liés aux objectifs principaux

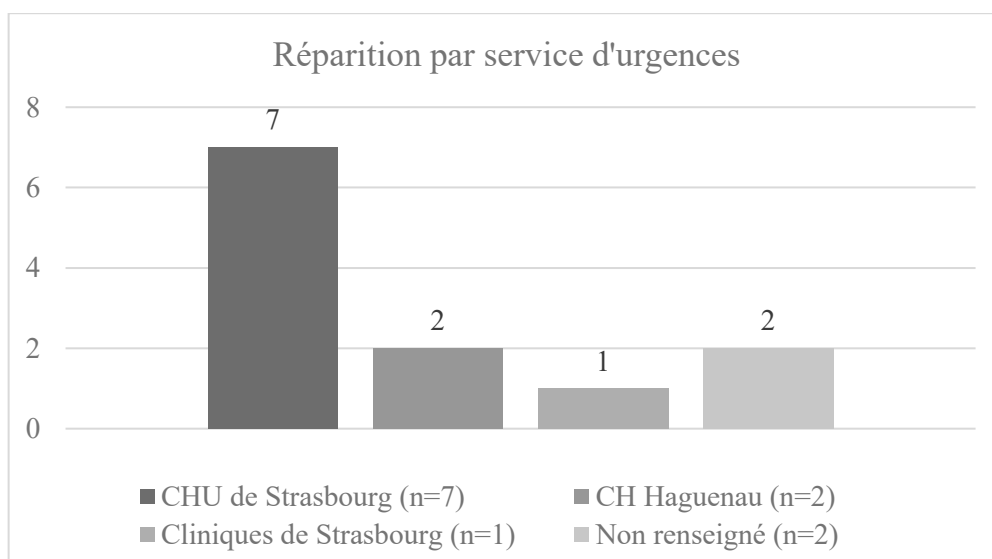
### 1. Fréquence du recours aux soins en structures d'urgences

Sur l'ensemble des 36 femmes ayant rempli le questionnaire, **12 femmes (33%)** avaient consulté dans un service d'urgences à un moment de leur prise en charge, et **24 (67%)** n'avaient pas consulté. La Figure 1 décrit cette répartition.



*Figure 1 : Fréquence de recours aux urgences parmi les femmes ayant répondu au questionnaire*

Les services d'urgences concernés sont détaillés dans la figure 2.

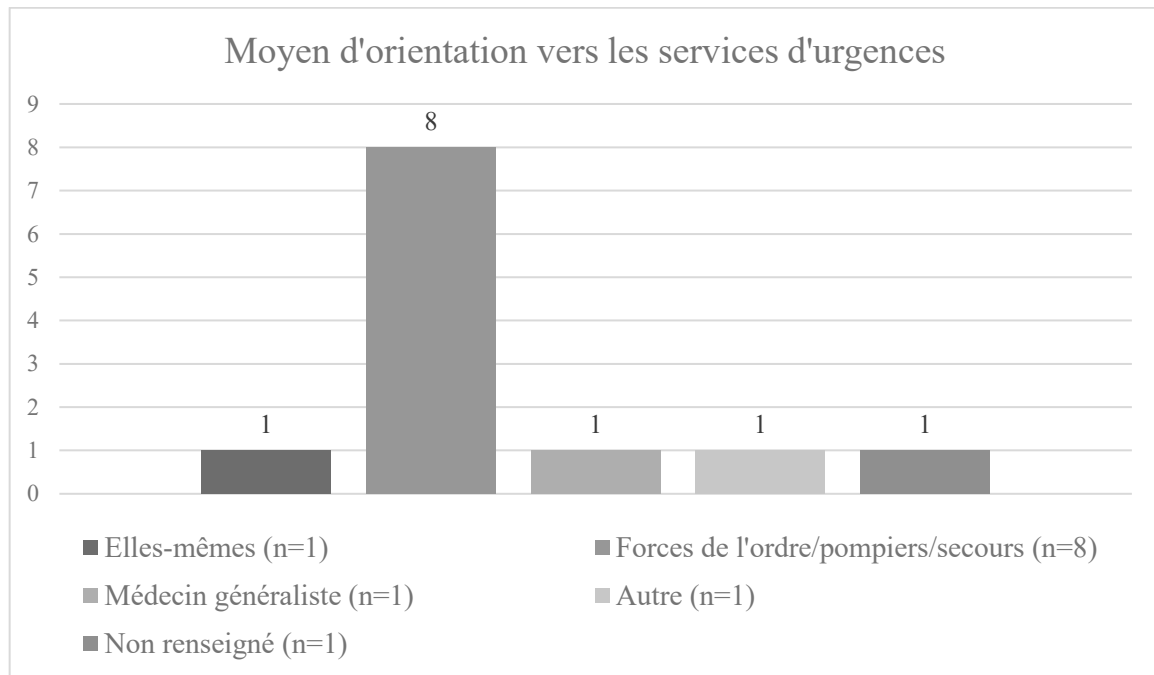


*Figure 2 : Répartition selon les services d'urgences des 12 femmes ayant consulté*

Les consultations dans ces services ont eu lieu en moyenne 8 mois plus tôt, avec un maximum de délai de 30 mois depuis la consultation, et un minimum de 0 mois.

Parmi les 12 femmes ayant consulté, 5 femmes avaient déjà consulté précédemment à ce passage, également pour un motif de violences.

Les moyens d'orientation des femmes sont détaillés dans la figure 3 :



*Figure 3 : Moyen d'orientation vers les services d'urgences pour les 12 femmes ayant consulté*

Le motif de consultation exprimé était un motif de violences conjugales pour 9 d'entre elles. Pour les 3 femmes qui ont consulté sous un autre motif, le personnel soignant a repéré les violences comme motif principal de consultation pour 2 de ces 3 femmes.

## 2. Freins à la prise en charge et solutions alternatives

Dans le questionnaire, les femmes pouvaient renseigner plusieurs motifs expliquant l'absence de consultation initiale aux urgences et les moyens alternatifs mis en œuvre pour être prises en charge.

Parmi les 24 femmes n'ayant pas consulté aux urgences au début de leur prise en charge, les principaux freins à la consultation sont détaillés dans le tableau 2 :

*Tableau 2 : Freins exprimés à une consultation initiale en service d'urgences*

<b>Freins à la consultation en service d'urgences</b>	<b>Nombre</b>
L'absence de lésions somatiques	10
L'absence de couverture par l'assurance maladie et la crainte de manquer de ressources financières	2
L'absence de papiers et la crainte de poursuites judiciaires	2
Une barrière de la langue et la crainte de ne pas être comprise	1
Des contraintes familiales, comme la présence d'enfants	5
L'absence de moyen de locomotion	2
L'auteur des violences qui empêchait la consultation	6
La crainte que le temps d'attente soit trop long	4
Une précédente consultation qui n'avait pas été utile	2
La peur de ne pas être écoutée, la crainte de ne pas être cru	6
La honte et la peur d'être jugée	7
La crainte d'obligation d'entreprendre des démarches judiciaires suite à la consultation	5
<b>Total général</b>	<b>52</b>

Les femmes rapportaient avoir utilisé comme alternatives à la consultation aux urgences :

- La prise en charge par un médecin généraliste pour 4 des femmes n'ayant pas consulté aux urgences. Celui-ci a orienté les femmes vers un travailleur social pour 1 femme, vers les forces de l'ordre pour 2 femmes, et vers un psychologue pour 1 femme.
- Une association d'aide directement pour 4 femmes.
- Les forces de l'ordre directement pour 11 femmes.
- Une consultation de médecine légale à la suite d'un dépôt de plainte pour 8 d'entre elles.
- Un autre moyen pour 2 femmes : un psychiatre et le numéro d'aide 115.



Concernant les prises en charge effectuées pour ces femmes n'ayant pas consulté aux urgences initialement :

- 5 femmes ont bénéficié d'une consultation médicale ailleurs qu'aux urgences à un moment de leur prise en charge.
- 7 femmes ont reçu un CMI malgré l'absence de consultation aux urgences.
- 19 femmes ont déposé plainte contre l'auteur des violences, 3 non et 2 n'ont pas répondu à la question.

### 3. Ressenti des femmes concernant la qualité de la prise en charge

Concernant le ressenti des femmes sur la qualité de prise en charge pour les 12 ayant consulté aux urgences :

- 11 s'estimaient satisfaites de leur prise en charge et 1 a répondu ne pas être satisfaite.
- 9 ont eu la sensation d'être prises en charge de manière globale, 2 ont répondu non et 1 n'a pas répondu.
- 11 femmes se sont senties écoutées, et 1 a répondu non.
- 11 femmes sur les 12 passées aux urgences se sont senties globalement aidées. Aucune n'a eu le sentiment de ne pas être crue, 1 femme a eu l'impression que son problème a été minimisé, et 1 juge ne pas avoir été orientée vers les aides adaptées.
- 5 femmes ont apprécié consulter un médecin qui ne soit pas leur médecin traitant pour des raisons d'anonymat et de consulter un médecin qui ne soit pas également celui du conjoint, 6 n'y ont pas accordé d'importance et 1 n'a pas répondu.
- 10 femmes ont trouvé que le personnel soignant semblait formé aux spécificités de leur situation, 1 a répondu non et 1 n'a pas répondu.

Concernant les prises en charges proposées aux urgences :

- Une consultation avec un travailleur social a été proposée à 7 femmes sur les 12.
- Il a été proposé à 8 femmes sur 12 une consultation avec un psychologue.
- Les coordonnées d'associations d'aide aux victimes ont été proposés à 6 femmes.

- Concernant le dépôt de plainte : il a été proposé à 7 femmes sur 12. Parmi elles, 2 femmes se sont senties forcées à ce dépôt de plainte, et une aide a été proposée pour faciliter le dépôt de plainte pour 3 d'entre elles. Ce dépôt de plainte a entraîné une consultation de médecine légale pour 5 femmes ayant déposé plainte.
- Un CMI a été remis à 9 femmes, dont 3 avec ITT (Incapacité Totale de Travail). Le but de cette ITT a été expliquée à 2 des femmes. A propos de ce CMI, 7 femmes interrogées pensent qu'il est nécessaire et indispensable pour pouvoir porter plainte contre l'auteur des violences, 4 pensent que non et 1 n'a pas répondu.
- Il a été proposé à 3 femmes qu'un signalement soit effectué avec leur accord et 3 femmes craignaient qu'un signalement judiciaire soit effectué sans leur accord.
- 3 femmes craignaient qu'un des intervenant informe l'auteur des violences de la prise en charge effectuée.
- 2 femmes ont eu le sentiment que le médecin urgentiste ne leur a pas accordé assez de temps, 8 ont été satisfaites et 2 n'ont pas répondu

## **D. Résultats liés aux objectifs secondaires**

### 1. Étude des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude et comparaison entre les deux groupes

La première page du questionnaire était remplie par l'ensemble des femmes et permettait de caractériser la population d'étude.

Une première analyse a permis de décrire les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant répondu au questionnaire, afin de caractériser la population d'étude.

Une deuxième analyse a ensuite comparé les femmes en fonction de leur passage ou non dans une structure d'urgence afin de déterminer l'impact éventuel sur le devenir de ces femmes.

#### a) Age

L'âge moyen des femmes ayant rempli le questionnaire était de 37 ans, avec un minimum de 20 ans et un maximum de 70 ans.

b) Nationalité

Les nationalités des femmes ont été classées par groupe de pays et détaillées dans la figure 4.

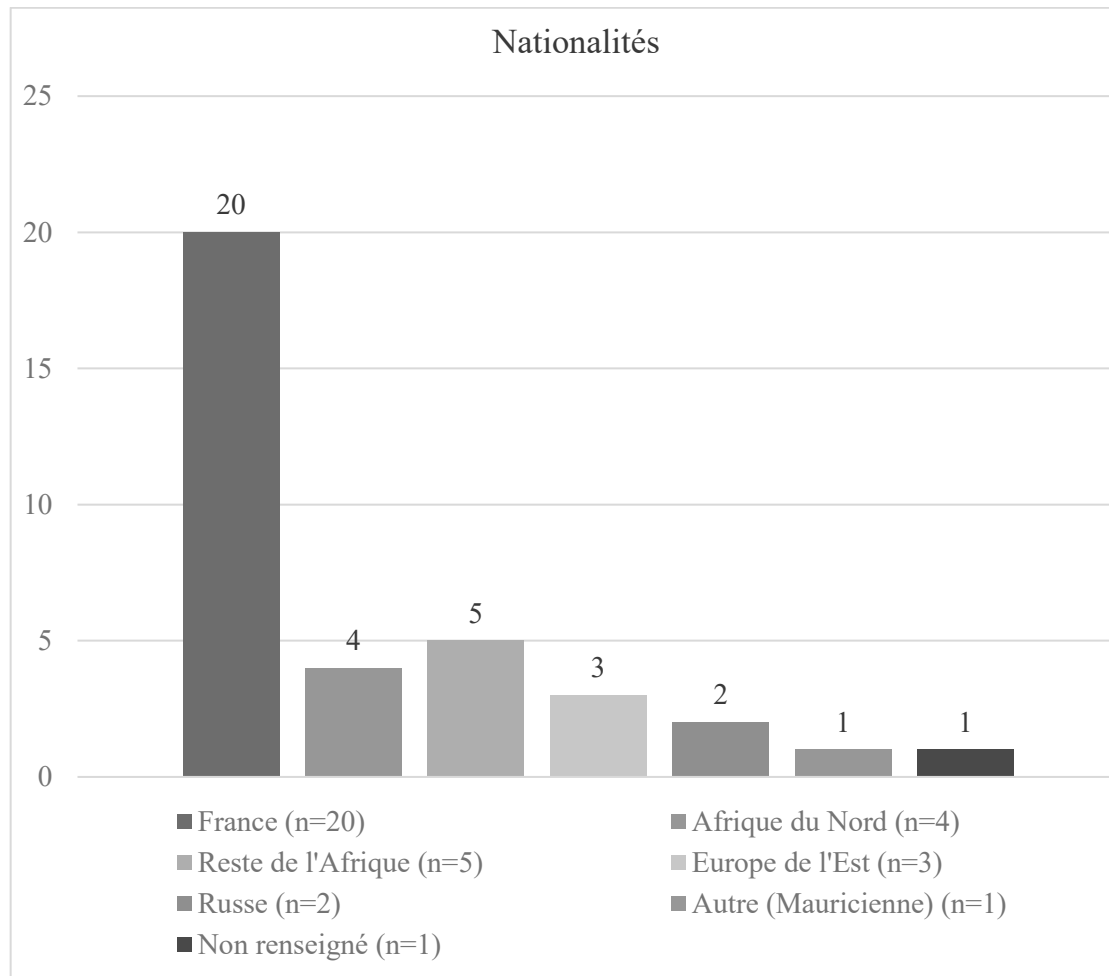


Figure 4 : Nationalités des femmes participant à l'étude

c) Nombre d'enfants par femme

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 2,3 enfants, allant de 0 enfant au minimum à 6 enfants au maximum.

d) Niveau d'étude

Les femmes renseignaient librement leur niveau d'étude, détaillés dans la figure 5.

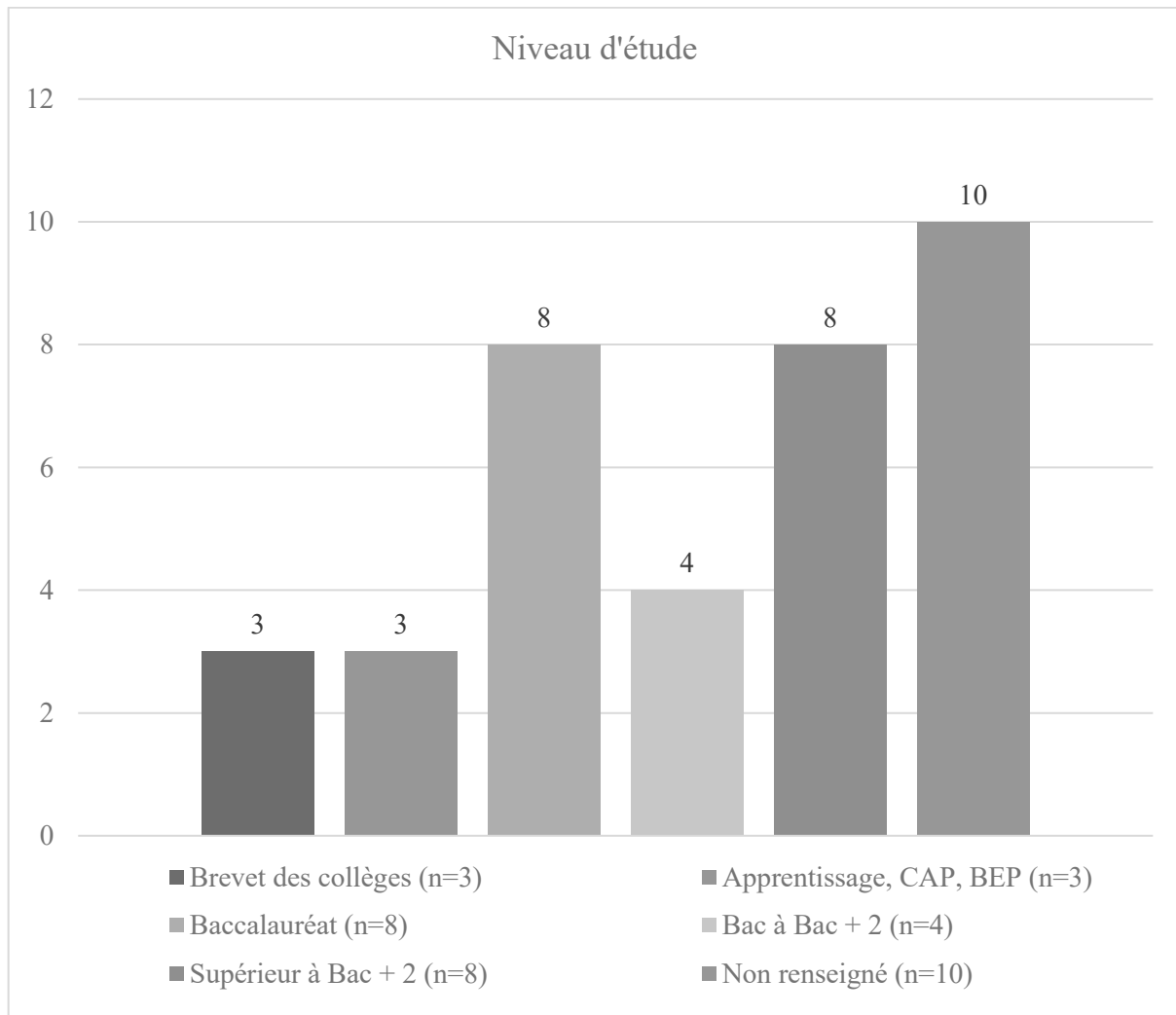


Figure 5 : Niveau d'étude des femmes participant à l'étude

e) Professions

Les femmes inscrivait leur profession qui était ensuite classée selon les nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles établies par l'INSEE (PCS 2020 disponible en [Annexe 4](#)). La répartition des catégories socio-professionnelles des femmes est représentée dans la figure 6. Les catégories 1 (agricultrices) et 6 (ouvrières) ne sont pas renseignées dans la figure car non représentées dans l'échantillon.

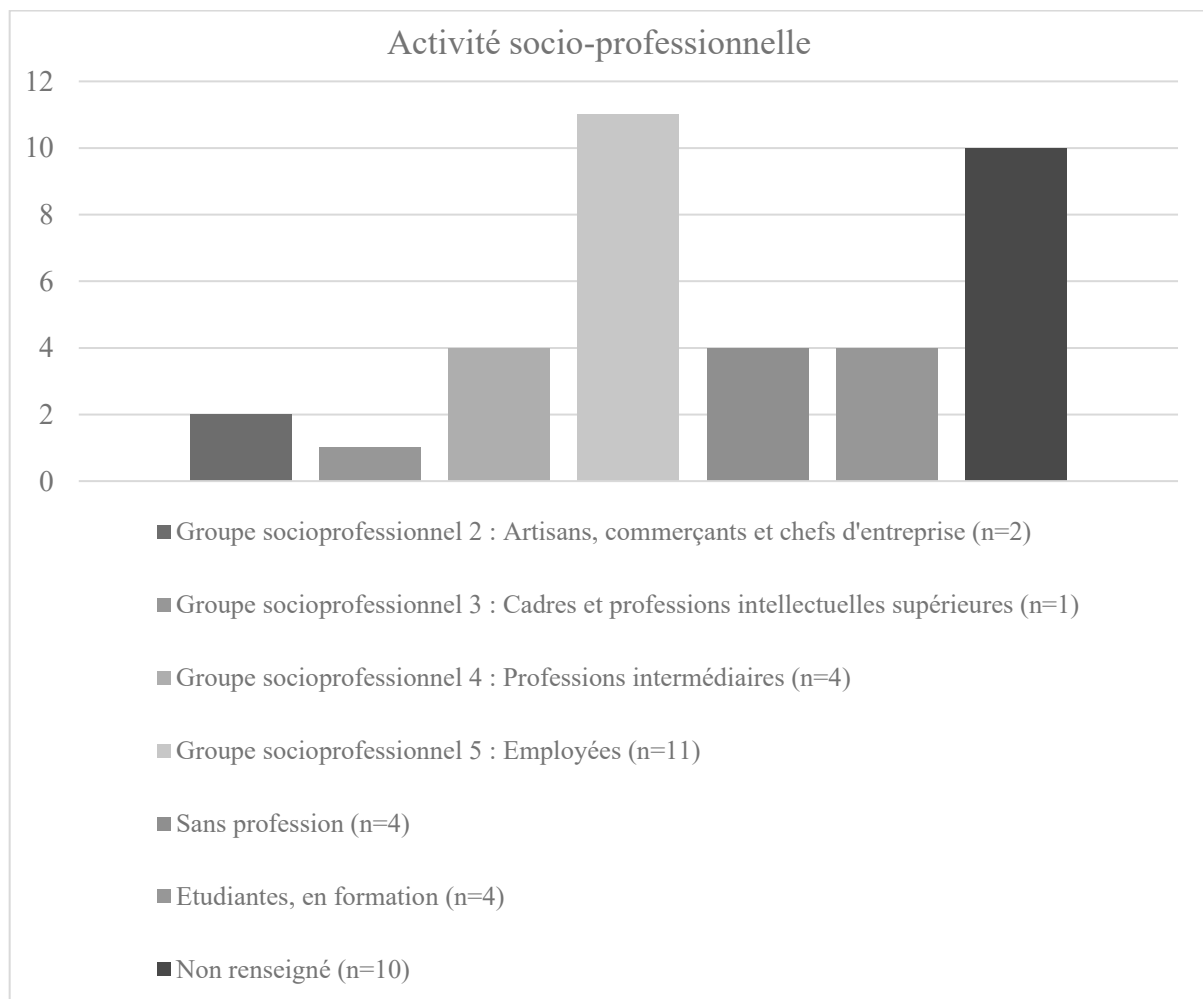
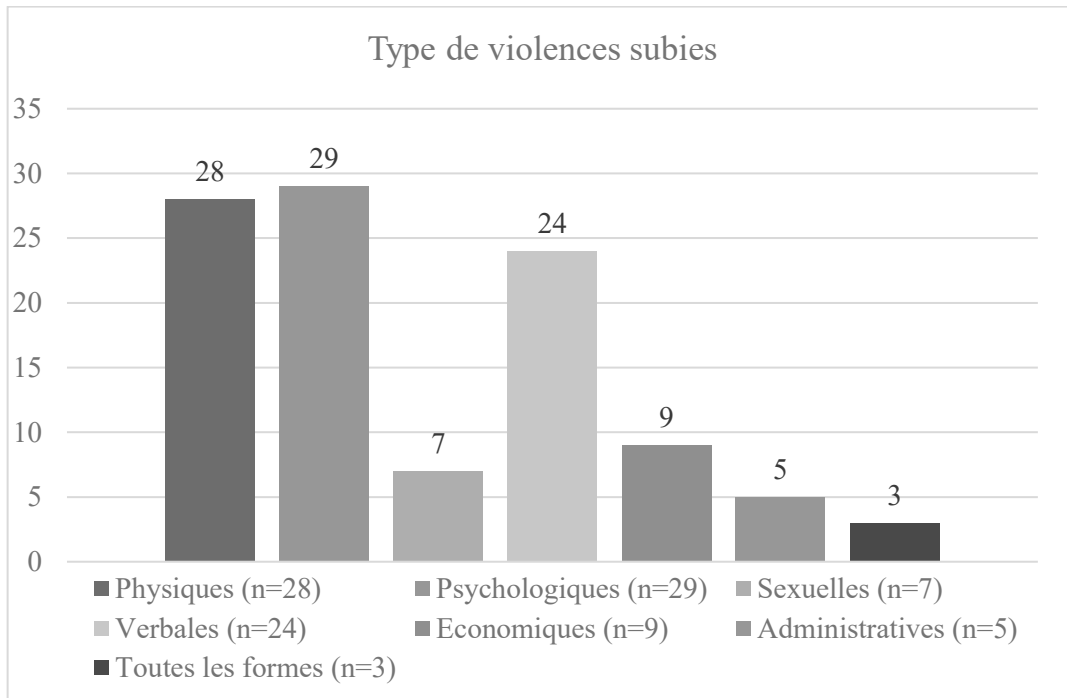


Figure 6 : Professions des femmes participant à l'étude

f) Type de violences subies

Les femmes étaient interrogées sur le type de violences subies parmi : physiques, psychologiques, sexuelles, verbales, économiques et administratives. Elles pouvaient également librement évoquer d'autres formes de violences. Les résultats sont décrits dans la figure 7.



*Figure 7 : Type de violences subies par les femmes participant à l'étude*

*g) Comparaison des lieux d'hébergements actuels*

Le tableau 3 compare les lieux où vivent les femmes au moment où elles répondent au questionnaire.

*Tableau 3 : Comparaison des lieux d'habitation actuels*

Lieu d'habitation, n		Pas de passage aux urgences		Passage aux urgences		
		(n = 24)		(n = 12)	n	p
Lieu d'habitation, n	Domicile conjugal	5 (21%)		3 (25%)	8	0.75
	Domicile personnel	8 (33%)		3 (25%)	11	-
	Hébergement d'urgence	3 (12%)		2 (17%)	5	-
	Foyer/association	8 (33%)		3 (25%)	11	-
	Hôtel	0 (0%)		1 (8.3%)	1	-

Il ne semble pas y avoir de différences statistiquement significatives sur les lieux d'hébergements actuels que les femmes aient consulté aux urgences ou non.

*h) Comparaison en termes de procédures judiciaires*

Le tableau 4 compare les femmes selon qu'elles soient en cours de procédures judiciaires ou non au moment de l'étude ou que des procédures aient eu lieu par le passé ou non.

*Tableau 4 : Comparaison des procédures judiciaires entreprises*

		Pas de passage aux urgences (n = 24)	Passage aux urgences (n = 12)	n	p
Procédures judiciaires, n	Actuellement en cours	18 (75%)	7 (58%)	25	0.53
	Dans le passé	2 (8.3%)	3 (25%)	5	-
	En cours et passées	1 (4.2%)	0 (0%)	1	-
	Jamais eu	2 (8.3%)	2 (17%)	4	-
	Non renseigné	1 (4.2%)	0 (0%)	1	-

On ne constate pas de différences significatives concernant les procédures judiciaires que les femmes soient passées aux urgences initialement ou non.

Seules 4 femmes sur 36 n'ont jamais entamé de procédures judiciaires contre l'auteur des violences.

La majorité des femmes (25 sur 36) étaient au moment du remplissage du questionnaire en cours de procédures judiciaires. Ce chiffre s'explique par le fait que le questionnaire soit principalement proposé par des structures d'accompagnement psycho-social ayant pour vocation d'accompagner les femmes victimes dans des démarches sociales et judiciaires.

i) Comparaison du statut marital

Le tableau 5 compare le statut marital des femmes au moment de l'étude.

Tableau 5 : Comparaison des statuts maritaux

Statut marital, n	Pas de passage aux urgences (n = 24)		Passage aux urgences (n = 12)		n	p
Mariée	1 (4.2%)		3 (25%)		4	<b>0.044</b>
Pacsée	2 (8.3%)		0 (0%)		2	-
En couple	5 (21%)		1 (8.3%)		6	-
Divorcée	4 (17%)		1 (8.3%)		5	-
En instance de divorce	4 (17%)		0 (0%)		4	-
Séparée	0 (0%)		3 (25%)		3	-
Célibataire	8 (33%)		4 (33%)		12	-

Il y a significativement davantage de femmes mariées dans le groupe « passage aux urgences ».

Un tiers des femmes (12 sur 36) étaient encore soit mariées, soit pacsées soit en couple au moment où elles ont rempli le questionnaire.

j) Comparaison du statut vis-à-vis de l'auteur des violences

Le tableau 6 compare les femmes selon qu'elles se considèrent comme séparées ou en couple avec l'auteur des violences au moment de l'étude.



*Tableau 6 : Comparaison des statuts vis-à-vis de l'auteur des violences*

		Pas de passage aux urgences (n = 24)		Passage aux urgences (n = 12)		n	p
Situation vis-à-vis de l'auteur, n	Séparée	18 (75%)	10 (83%)	28	0.69		
	En couple	6 (25%)	2 (17%)	8	-		

Il n'y a pas de différences significatives sur le statut vis-à-vis de l'auteur des violences dans les deux groupes.

*k) Comparaison vis-à-vis du sentiment de sécurité*

Le tableau 7 compare les femmes selon le fait qu'elles se sentent en sécurité et à l'abri des violences au moment de l'étude.

*Tableau 7 : Comparaison du sentiment de sécurité*

		Pas de passage aux urgences (n = 24)		Passage aux urgences (n = 12)		n	p
Sentiment de sécurité, n	Oui	16 (67%)	7 (58%)	23	0.21		
	Non	7 (29%)	2 (17%)	9	-		
	Ne sait pas	1 (4.2%)	2 (17%)	3	-		
	Non renseigné	0 (0%)	1 (8.3%)	1	-		

Il n'y a pas de différence significative sur le sentiment de sécurité actuel entre les deux groupes.

Seules 23 femmes sur 36 s'estiment à l'abri des violences au moment où elles complètent le questionnaire.

La réponse à cette question varie entre les différentes structures proposant le questionnaire, avec une tendance à la réponse « oui » plus élevée pour les associations d'aide aux victimes (femmes hébergées dans les structures la plupart du temps) et une tendance au non dans les structures de consultations « ambulatoires » comme l'unité médico-légale ou le point accueil victimes de l'hôtel de police.

l) Comparaison du délai de début de prise en charge

Le tableau 8 compare le délai en mois de début de prise en charge initiale entre les deux groupes.

Tableau 8 : Comparaison des délais de prises en charge

	Pas de passage aux urgences		n	p
	(n = 24)	Passage aux urgences (n = 12)		
Délai début de prise en charge en mois, médiane [Q25-75]	5.00 [0; 21.0]	2.00 [1.00; 6.00]	28	0.65

Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes.

On constate cependant que les femmes du groupe « passage aux urgences » remplissaient le questionnaire dans un délai plus rapproché du début de leur prise en charge que les femmes de l'autre groupe.

2. Analyse qualitative du ressenti des femmes vis-à-vis de leur prise en charge

Les parties rédactionnelles facultatives en fin de questionnaire (« précisions », « zone d'expression libre » et « zone réservée à l'investigateur ») permettaient aux femmes et aux investigateurs d'apporter

des précisions de contexte et de prise en charge qui n'auraient pas été mis en évidence dans le questionnaire. Ces zones libres ont été remplies pour 8 femmes.

La femme 1 insistait sur les difficultés rencontrées pour accéder à une prise en charge (médicale ou dépôt de plainte) car était surveillée en permanence par son conjoint, qui l'empêchait de consulter et de sortir : « Mon ex-conjoint m'a interdit de sortir. Je ne pouvais que rester dans la salle de bain ou dans un coin de notre studio en présence de mon ex-conjoint qui était en train de consommer de la drogue ou de dormir. »

Elle racontait ensuite avoir réussi à se rendre à l'hôtel de police pour effectuer un dépôt de plainte, puis a été adressée vers une assistante sociale qui l'a orientée vers une association d'aide aux victimes, dans laquelle elle était toujours prise en charge.

Cette femme était arrivée en France pour un motif de regroupement familial, et rapportait également les difficultés liées à la méconnaissance de ses droits légaux et donc l'absence de démarches entreprises avant sa rencontre avec les travailleurs sociaux associatifs.

Enfin, elle dénonçait la longueur des procédures judiciaires, l'absence de résultats concrets lui permettant de pouvoir travailler et l'injustice éprouvée face à l'auteur des violences qui reste impuni : « Cela fait maintenant 2 ans depuis le lancement des procédures de divorce et je suis toujours dans l'attente d'une réponse du tribunal. Je n'ai plus de papiers donc je ne travaille plus. J'essaye de rester forte mais les obstacles arrivent les uns après les autres alors que mon conjoint vit sa vie tranquille, et moi qui suis victime, je galère. »

La femme 3 reconnaissait vraiment l'accueil et les compétences de la gendarmerie lors de sa prise en charge qu'elle qualifiait de positive, mais déplorait « une prise en charge expéditive et l'impression de déranger le médecin légiste. »

La femme 5, handicapée et qui était suivie dans ce contexte par une association d'aide en rapport avec son affection avait été mise en relation avec le système associatif d'aide aux victimes de violences au sein du couple après que sa situation a été repérée par les membres de son association de malades.

La femme 6 rapportait l'implication et le rôle de son psychiatre et de son assistante sociale dans l'accompagnement vers la séparation avec son conjoint violent et le dépôt de plainte.

La femme 7 racontait ne pas avoir osé déposer plainte par peur des représailles, mais uniquement une main courante. Une assistante sociale présente sur son lieu de travail l'avait ensuite orienté vers une association d'aide.

La femme 10 décrivait sa consultation aux urgences : « Le temps d'attente était vraiment compliqué car j'étais seule avec mon bébé qui pleurait, j'avais des douleurs. Je pensais partir de l'hôpital avant d'avoir été vue puis le médecin est enfin arrivé et a ensuite pris le temps de faire la consultation. J'ai ensuite échangé avec une assistante sociale qui a proposé de porter plainte. Le certificat des urgences a été transmis à la police mais la plainte a été classée sans suite. »

L'investigateur racontait : « Lors de son passage aux urgences, madame était déjà séparée du conjoint violent et était hébergée dans un hôtel avec son bébé suite aux violences, puis logée dans un appartement appartenant à une association d'aide. Elle subissait les violences lors des passages de bras du bébé avec son ex-conjoint, qui ont ensuite été réalisés dans des points-rencontres accompagnés. Elle est de plus harcelée par téléphone par l'auteur des violences. »

La femme 15 détaillait la rapidité de prise en charge par les forces de l'ordre : « Les faits se sont déroulés hier à 16h, j'étais à l'hôtel de police hier entre 18h et 20h pour l'audition, et je vois le médecin légiste aujourd'hui à 14h. »

La femme 31 était prise en charge aux urgences suite à l'appel des secours par une de ses voisines. Il lui a été proposé de passer la nuit à l'hôpital, alors que l'auteur des violences était en garde à vue. Elle soulignait une bonne prise en charge.

### 3. Détails des pistes d'améliorations de la prise en charge aux urgences pour les femmes victimes de violence

L'étude des questionnaires révèle que 8 femmes qui n'ont pas consulté aux urgences initialement estiment avec le recul qu'une prise en charge initiale dans un service d'urgences aurait facilité le début et la mise en place de démarche d'aide, 14 pensent que non et 2 n'ont pas répondu.

Autre point crucial, 7 femmes n'ayant pas consulté aux urgences initialement et 7 femmes ayant consulté aux urgences (soit 14 femmes sur les 36 interrogées au total) pensent qu'il est indispensable d'avoir un CMI rédigé par un médecin pour déposer plainte.

Les pistes d'améliorations mises en évidence à la lecture des réponses sont donc :

- L'information sur l'absence d'obligation d'avoir un CMI pour dépôt de plainte.
- L'information sur la conservation des CMI dans leur dossier médical en cas de besoin pour des futures démarches.
- La réassurance sur l'anonymat, l'absence de risque que l'auteur des violences soit informé de la prise en charge effectuée, de la protection dont elles bénéficient.
- Les informations aux femmes sur leurs droits, les buts et enjeux du CMI et de l'ITT.
- L'explication sur les procédures de signalements judiciaires qui seront toujours discutés avec elles pour obtenir leurs adhésions aux décisions prises et qu'il ne sera effectué aucun signalement sans qu'elles en soient informées.
- L'absence de jugement, l'absence de remise en cause de la véracité des propos de la victime.

## V. Discussion

### A. A propos des principaux résultats de l'étude

#### 1. Fréquence du recours aux soins en structures d'urgences

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la fréquence du recours aux soins en structures d'urgences, les raisons en cas d'absence de consultation et la qualité de la prise en charge médicale, sociale et médico-légale réalisée aux urgences parmi les femmes victimes de violences au sein du couple ayant répondu au questionnaire dans le milieu associatif, social et médico-légal.

Au total, 36 femmes ont participé à l'étude en remplissant un questionnaire. Un tiers (12 sur 36) de ces femmes avait consulté aux urgences au début de leur prise en charge, et deux tiers (24 sur 36) avaient été prise en charge par d'autres moyens.

La proportion de femmes ayant consulté aux urgences initialement dépendait grandement de la structure dans laquelle la femme était prise en charge. En effet, il est logique que les femmes ayant complété le questionnaire dans le service social de l'hôpital soient toutes passées par les urgences, alors que cette proportion chutait nettement pour les femmes prises en charge dans les associations d'aides aux victimes ou de Point Accueil Victimes de l'hôtel de police.

De plus, les personnels qui proposaient le questionnaire dans les structures savaient que ce travail était celui d'un étudiant en médecine d'urgence, et ont pour certains rapporté avoir davantage proposé de participer à l'étude aux femmes ayant consulté aux urgences initialement, bien qu'il ait été défini que toutes les femmes victimes étaient éligibles.

Ces chiffres ne sont donc pas forcément représentatifs de la proportion réelle de femmes victimes de violences au sein du couple consultant aux urgences.

#### 2. Freins à la prise en charge et solutions alternatives

Les femmes prises en charge ailleurs qu'aux urgences avaient pour une grande partie directement contacté les forces de l'ordre (11 femmes) ou un autre médecin libéral (généraliste ou psychiatre pour 5 femmes).

Les raisons en cas d'absence de consultations médicales étaient variées, et le frein principal était l'absence de lésions somatiques ou l'impossibilité de consulter car empêchées par l'auteur des violences. Les femmes ont également souvent indiqué avoir honte et peur du jugement, craignaient de ne pas être écoutées et de ne pas être crues.

Dix femmes déclaraient ne pas avoir consulté aux urgences en raison d'absence de lésions somatiques, associant les services d'urgences uniquement à un lieu de prise en charge de blessures physiques. Or, depuis 2016 et les nouvelles recommandations de prise en charge mettant en place dans chaque service d'urgences un référent violences faites aux femmes, ces services devraient permettre d'orienter les femmes et de les inclure dans les réseaux de prises en charge multidisciplinaires mis en place localement, même en l'absence de lésions somatiques à traiter. En effet, ces référents ont pour mission de développer un réseau de prise en charge avec divers partenaires hospitaliers, institutionnels et associatifs et la création de protocoles de prise en charge. Les femmes victimes de violences au sein du couple devraient pouvoir facilement se tourner vers les services d'urgences, en l'absence d'autres moyens de prise en charge, pour entrer dans le réseau et dans le système d'aide. La consultation aux urgences peut également permettre une mise à l'abri en l'absence d'alternatives plus adaptées, grâce à une hospitalisation anonyme dans un service hospitalier dans un but d'hébergement en attendant une prise en charge associative ou judiciaire.

Les autres raisons évoquées sont diverses et l'analyse des freins rapportés conforte l'idée que les femmes de manière générale ne sont pas assez informées des possibilités de prise en charge par les services d'urgences, et méconnaissent leurs droits et la protection dont elles pourraient bénéficier. En effet, 5 femmes disent de pas avoir consulté car craignaient d'être contraintes d'entreprendre des démarches judiciaires, 4 n'ont pas consulté pour des raisons d'absence de couverture sociale ou de papiers et perçoivent donc l'hôpital comme une menace et non comme un potentiel lieu d'accueil et de secours.

Le reste des freins évoqués relève davantage de problèmes matériels comme l'absence de moyen de locomotion.

### 3. Ressenti des femmes concernant la qualité de la prise en charge

La qualité de prise en charge semble globalement satisfaisante, avec 11 femmes sur 12 qui s'estiment satisfaites de leur prise en charge. Les femmes ont eu le sentiment d'être prises en charge de manière globale, d'avoir été aidées et adressées vers les structures d'aides adéquates, et ont trouvé que le personnel soignant semblait formé aux spécificités de leur prise en charge.

Cependant, en analysant le détail des prises en charge effectuées aux urgences, il n'a pas été proposé à l'ensemble des femmes de consulter un travailleur social, un psychologue ou une association d'aide. Le sujet du dépôt de plainte n'a pas non plus été abordé pour toutes les femmes (seulement 7 sur 12) et deux de ces femmes se sont senties forcées à entreprendre des démarches judiciaires.

Il semble aussi qu'il y ait eu un manque d'information aux femmes quant à leurs droits. En effet, il ressort de l'analyse des questionnaires une méconnaissance de l'enjeu du CMI et de l'ITT, des modalités de signalement judiciaire et des possibilités de prise en charge et de protection dont elles pourraient bénéficier. Par exemple, 3 femmes craignaient que l'auteur des violences soit informé par un des intervenants des urgences de sa présence dans le service et de la prise en charge effectuée. Trois femmes craignaient également qu'un signalement judiciaire soit effectué sans leur accord.

Le temps d'information et de réassurance auprès de ces femmes victimes semble donc devoir faire partie intégrante de la prise en charge.

## **B. A propos des résultats liés aux objectifs secondaires**

### 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude et comparaison entre les deux groupes

Le large échantillon de femmes ayant participé à l'enquête nationale GENESE de 2022 (enquête statistique sur les violences en tous genres réalisée par le service statistique ministériel de la sécurité intérieure) permet de définir une population type de femmes victimes de violences au sein du couple. Les femmes victimes sont majoritairement jeunes (tranches de 18 à 29 ans et de 30 à 44 ans) et titulaires d'un niveau d'étude supérieur à Bac + 2.



La population de notre étude est donc globalement comparable à cette population, puisque la moyenne d'âge des femmes était de 37 ans, avec 27 femmes sur 36 qui avaient moins de 44 ans. Huit femmes sur les 26 ayant renseigné leur niveau d'étude avaient un niveau supérieur à Bac + 2, et 4 femmes avaient un niveau allant de Bac à Bac + 2. On note donc également une sur-représentation des femmes ayant un haut niveau d'étude dans l'échantillon de l'étude. Cette comparabilité augmente la cohérence externe de ce travail.

Cependant, aucune femme de l'échantillon de cette étude ne semble enceinte, alors que cette population est habituellement surreprésentée. Cette absence de comparabilité peut être expliquée par le fait que la question de la grossesse n'ait pas été directement posée, ou que les structures dédiées à leurs prises en charge (Service social du pôle de gynécologie-obstétrique du CHU de Strasbourg) n'aient rempli aucun questionnaire.

Les autres caractéristiques étudiées montrent que l'échantillon de femmes étudié est varié, avec tous les âges représentés au-delà de la majorité, une dizaine de nationalités différentes, un nombre d'enfant allant de 0 à 6, ainsi que des niveaux d'études et des catégories socio-professionnelles divers.

Enfin, les comparaisons entre les deux groupes montrent peu de résultats statistiquement significatifs, probablement en raison de la taille limitée de l'échantillon. Le but de ces comparaisons était de voir si la qualité de la prise en charge proposée aux urgences permettait d'obtenir un devenir différent chez ces femmes à court ou moyen terme (notamment en termes de séparation, de procédures judiciaires ou de statut vis-à-vis de l'auteur des violences). Ces résultats ne nous permettent donc pas de répondre à cette problématique.

## 2. Analyse qualitative du ressenti des femmes

L'analyse du ressenti vis-à-vis de la prise en charge a été faite à partir de données qualitatives extraites des parties rédactionnelles du questionnaire. Il était mis en évidence la lenteur des procédures judiciaires, pénalisant les femmes victimes et la difficulté à accéder à une prise en charge du fait du contrôle permanent de l'auteur des violences. Les femmes déploraient leur manque de connaissance quant à leurs droits. Il est rapporté plusieurs fois la bonne prise en charge par les forces de l'ordre de manière générale,

et le réseau qu'elles ont par la suite intégré suite à l'aide et à l'accompagnement de personnels formés et adaptés.

### 3. Pistes d'améliorations

Les pistes d'améliorations mises en évidence par ces analyses sont variées.

Le sentiment global émanant de l'analyse des questionnaires reste la peur, l'insécurité, la détresse de ces femmes souvent sidérées suite à cette exposition à la violence. Il semble très important d'insister sur la nécessité de rassurer ces femmes, de les écouter, de faire preuve d'empathie face à leurs situations. Les femmes doivent se sentir rassurées sur l'anonymat prévu dans le cadre d'une prise en charge médicale ou psycho-sociale, sur la protection dont elles bénéficient et sur l'impossibilité que l'auteur des violences soit informé des soins et des démarches réalisées.

Les propos et accusations des femmes victimes ne doivent jamais être remis en question, et il n'est jamais du rôle du médecin de douter de la véracité des faits relatés et de tenter de les discuter. Il est important d'établir un climat de confiance et d'utiliser des formules rassurantes comme « je vous crois, vous n'êtes pas responsable des violences que vous avez subies, nous allons vous aider ».

Les professionnels de santé dont les médecins qui prennent en charge ces femmes ont comme rôle d'informer au sens large les femmes victimes de leurs droits, des différentes alternatives s'offrant à elles et des possibilités de prise en charge. Ces informations ne doivent jamais s'imposer aux femmes, qui doivent pouvoir rester décisionnaires sur les choix concernant la suite de leurs prises en charge. En effet, ces femmes sont déjà privées dans leur cercle intime de libre-arbitre et de capacité à effectuer leurs propres choix et la discussion proposée par le médecin doit amener la femme à découvrir d'autres moyens d'échanges et de mode de vie que la domination par un tiers qui impose ses idéaux et son point de vue. C'est ce nouveau contact et cette approche qui pourra permettre d'envisager d'autres perspectives à ces femmes, et éventuellement une séparation et le début de procédures judiciaires. Cependant, ce cheminement peut être long, nécessiter plusieurs consultations successives qui peuvent donner une fausse impression de manque de motivation de la part de la femme victime et d'inutilité de

prise en charge. Il faut alors se rappeler des mécanismes d'emprises intenses dans lesquels est prise la victime et des difficultés à s'en extraire.

L'analyse des questionnaires soulève un gros manque d'information autour du rôle du CMI. En effet, 14 femmes sur les 36 interrogées pensent nécessaire et indispensable de posséder un CMI établi par un médecin pour pouvoir déposer plainte. Or, ce certificat médical n'est jamais exigible par les forces de l'ordre pour permettre de débiter des procédures judiciaires. Si besoin, un médecin sera réquisitionné suite au dépôt de plainte pour réaliser ce CMI. Ce chiffre interpelle car la plupart des femmes ayant rempli le questionnaire étaient ou avaient été prises en charge dans des associations d'aides, par des travailleurs sociaux, des médecins légistes suite à un dépôt de plainte ou leurs généralistes et devraient donc avoir été informées à ce sujet. Ce manque d'information peut freiner les femmes à entreprendre des démarches judiciaires et donc les pénaliser, car allonger le temps nécessaire à se décider à entreprendre des procédures et donc à rester exposées plus longtemps aux violences et à ces risques. Il semble donc primordial d'informer les femmes au sens large de leurs droits à ce sujet.

Chaque consultation aux urgences pour un motif de violences devrait aboutir à la rédaction d'un CMI même devant un refus de la femme d'entreprendre des démarches judiciaires. En effet, les principales causes d'affaires classées sans suite pour les femmes victimes de violences au sein du couple sont les difficultés à caractériser l'infraction, souvent par manque de preuves. Or, la rédaction d'un CMI descriptif et conservé dans le dossier médical de la patiente peut être utilisé, sans durée de prescription pour d'éventuelles futures procédures judiciaires, et donc aider la femme victime à obtenir une réponse pénale aux violences dont elle a été victime.

Il était demandé aux femmes n'ayant pas consulté si elles estimaient avec le recul qu'une prise en charge initiale dans un service d'urgences aurait facilité le début et la mise en place de démarche d'aide. Parmi les 24 n'ayant pas consulté, 8 femmes seulement avaient répondu positivement. Il pourrait être pertinent d'insister et d'éduquer la population et les professionnels de santé sur le rôle possible des services d'urgences en tant qu'interlocuteur pour permettre une entrée dans le réseau pluridisciplinaire d'aide et la mise en relation avec les personnels et structures adaptées, même en l'absence de lésions somatiques chez la femme victime.

Il semble donc important de prendre le temps d'informer et d'expliquer aux patientes leurs droits et de les rassurer sur :

- L'absence d'obligation d'avoir un CMI pour déposer plainte.
- La conservation des CMI dans leur dossier médical en cas de besoin pour de futures démarches.
- L'anonymat, l'absence de risque que l'auteur des violences soit informé de la prise en charge effectuée, et la protection dont elles bénéficient.
- Les informations sur leurs droits, les buts et enjeux du CMI et de l'ITT.
- Les signalements judiciaires qui seront toujours discutés avec elles pour obtenir leurs adhésions aux décisions prises et qu'il ne sera effectué aucun signalement sans qu'elles en soient informées.
- L'absence de jugement, l'absence de remise en cause de la véracité des propos de la victime.

### **C. Points forts de l'étude**

Les questionnaires ont été à disposition de 8 structures différentes et complétés par 6 d'entre elles. Cette étude est donc multicentrique. La population étudiée correspond à un large spectre de femmes victimes de violences au sein du couple, ce qui augmente la validité externe de notre étude en limitant les biais de sélection liés aux spécificités de prise en charge effectuées par les différentes structures.

Cependant, le nombre de retour en fonction des structures est assez inégal (allant de 0 à 10 questionnaires retournés et analysés par structure), provoquant malgré l'effet multicentrique un biais d'inclusion non négligeable dans cette étude.

En effet, les réponses et les situations de chaque femme dépendaient en partie de la structure dans laquelle elle était prise en charge. Les femmes prises en charge par des associations d'aides étaient en général logées sur place et suivies au long terme, alors que les femmes ayant consulté de manière ponctuelle dans les structures d'accompagnement souvent rapidement après l'exposition aux violences bénéficiaient d'un suivi plus court. Les réponses étaient influencées par ces différentes situations. Les femmes semblaient se sentir plus en sécurité et à l'abri des violences dans le premier cas, les procédures étant davantage avancées et elles étaient plus souvent séparées ou divorcées.

Comme détaillé ci-dessus, la population d'étude était variée en termes d'âge, de niveau d'étude, de profession, de nationalité, de nombre d'enfants, de lieu de vie actuel et correspondait donc à un large spectre de femmes.

Cette étude ayant trait à l'étude sociologique du phénomène de violences et à ses conséquences et donc à l'analyse du discours des femmes victimes de violences au sein du couple et de leurs ressentis, ce travail comprenait une partie d'analyse quantitative et une partie qualitative. Chaque femme avait la possibilité de s'exprimer librement. Ces témoignages ont été retranscrits tels quels, et apportent de l'authenticité aux résultats.

Les femmes pouvaient remplir le questionnaire en autonomie et de manière anonyme, permettant ainsi de répondre sans honte ni crainte de jugement vis-à-vis de l'investigateur et donc limiter les biais.

Ce travail est intéressant car innovant. Il existe peu de travaux de thèse en médecine d'urgence sur les violences faites aux femmes au sein du couple, alors que les médecins urgentistes sont souvent en première ligne de prise en charge. En effet, la plupart des thèses traitant des violences conjugales sont réalisées par des étudiants en médecine générale. (35) (36) (37) (38)

De plus, il n'existe quasiment pas d'études interrogeant directement les femmes victimes. Ce travail permet d'obtenir des données utiles et adaptées à nos pratiques quotidiennes.

Il permet également d'avoir des données locales sur les pratiques et prises en charges proposées, ce qui n'existait pas auparavant, l'ensemble des études retrouvées étant nationales ou régionales ailleurs que dans le Grand Est. (39) (15) (12)

## **D. Limites de l'étude**

### **1. Taille de l'échantillon d'étude**

La principale limite de cette étude est la faible taille de l'échantillon d'étude comparée au nombre de retours attendus. En effet, seuls 36 questionnaires ont été rendus et analysés, pour 7 mois de mise à disposition au total, et ce malgré de nombreuses relances par mail ou téléphone à l'ensemble des structures participantes. Selon les estimations réalisées avec les différents travailleurs des structures

participantes à l'étude au moment de distribuer les questionnaires, une centaine de réponses étaient attendues (estimation faite en fonction du nombre de consultations de chaque professionnel, de femmes hébergées dans les structures et du délai disponible pour la distribution des questionnaires dans les structures).

Les différentes structures rapportent des obstacles et des freins ayant limités le remplissage des questionnaires. Premièrement, le nombre de questionnaires remplis dépendait de l'adhésion à l'étude de la personne faisant remplir le questionnaire, qui devait ajouter le temps nécessaire au remplissage du questionnaire à des consultations médicales ou psycho-sociales déjà denses, tant pour les femmes victimes que pour les travailleurs des structures. Il était parfois également délicat de proposer le questionnaire lorsqu'il s'agissait d'un premier ou unique entretien. Il était plus aisé aux structures proposant un accompagnement dans la durée de proposer le questionnaire, car la relation entre les femmes victimes et les professionnels distribuant le questionnaire était plus sécurisante.

Ensuite, le contexte personnel parfois compliqué des femmes victimes était peu propice à leur proposer de participer à l'étude, du fait des difficultés à évoquer et détailler des événements passés traumatisants.

Enfin, du fait de barrières linguistiques ou de difficultés de compréhension, il a été difficile pour certaines femmes de remplir le questionnaire en autonomie. Il était souvent nécessaire que le personnel médico-psycho-social assiste la femme victime pour compléter le questionnaire, ce qui allongeait le temps de prise en charge global de ces travailleurs d'environ une demi-heure. Ce temps long d'explication de l'étude puis de remplissage a été un frein pour de nombreuses structures.

Deux structures n'ont rempli aucun questionnaire. Une d'entre elles n'a évoqué aucune raison particulière. La seconde, une structure hospitalière, avait été créée et a débuté son activité d'accompagnement des femmes au moment du début de l'étude. Cette structure en pleine création était donc contrainte à de nombreuses démarches administratives pour permettre leur mise en place, et des problématiques de manque de stabilité de leurs personnels les ont contraints à recruter de nouveaux membres au cours de l'étude. Le personnel n'était donc pas disponible pour proposer le questionnaire en plus de leur activité de base.

Ce faible échantillon analysé a provoqué un manque de précisions statistiques. Peu de résultats sont statistiquement significatifs, et les analyses ont été plus pertinentes en valeurs absolues des effectifs.

## 2. Autres biais

Il existe également un biais de sélection dû à l'exploration sélective des violences conjugales faites aux femmes et pas aux hommes. Ce choix a été fait car la problématique des deux cas n'est pas la même. En effet, les violences faites aux femmes s'inscrivent dans une problématique sociétale d'inégalité et de domination. Les violences faites aux femmes résultent d'une construction sociale dans la mesure où la société et les institutions véhiculent les valeurs qui favorisent son émergence. D'autre part, les hommes victimes de violences au sein du couple sont nettement minoritaires.

Les femmes mineures étaient également exclues.

Enfin, l'exclusion des violences intrafamiliales par un parent autre que le conjoint pouvait écarter des femmes victimes de forme de violences éventuellement intriquées. Ces violences peuvent résulter de la même problématique de domination et d'inégalité véhiculée par des normes sociales et culturelles.

Le fait que la participation à l'étude reposait sur le volontariat des femmes et des investigateurs accentue également ce biais de volontariat. Les femmes acceptant de participer à l'étude peuvent avoir des profils différents de celles refusant le questionnaire.

Cette étude interrogeait également uniquement les femmes prises en charge dans le milieu médical, social, associatif ou médico-légal. Or, certaines femmes se sortent des situations d'emprises et de violences sans l'aide de ces structures spécialisées. La proportion de ces femmes est inconnue dans la documentation écrite.

L'échantillon de femmes étudié n'est donc pas totalement représentatif de l'ensemble des femmes victimes de violences au sein du couple en France.

Cette étude comporte un possible biais de recrutement : le niveau d'étude « haut » décrit précédemment (comparable aux populations des études nationales de grandes envergures) peut être expliqué par le fait que le questionnaire soit davantage proposé à des femmes pouvant y répondre en autonomie et donc

« instruites », et que ces femmes sont peut-être davantage sensibilisées à l'intérêt scientifique de participer à ce type d'étude. Le questionnaire semblait également davantage proposé aux femmes qui parlaient français, car plus facile à réaliser dans ce cas.

L'analyse de questionnaires anonymes remplis manuellement présente un biais méthodologique : les questionnaires étaient parfois mal renseignés (réponses doubles par oui et non à la même question, les deux situations étaient complétées (consultation initiale ou non), réponses contradictoires), ou non complets. Il était de plus impossible de s'assurer que la même femme n'ait pas rempli 2 questionnaires dans 2 structures différentes.

Dans ces cas, il n'y a pas eu d'extrapolation des réponses manquantes et les cases ont été laissées vides dans le fichier de recueil de données.

Les faits de violences étant parfois anciens, il peut exister un biais de mémorisation avec d'éventuels oublis ou une possible minimisation des violences et une tendance à s'en estimer en partie responsable.

Le questionnaire était parfois rempli en partie par l'investigateur plutôt que par les femmes directement, pouvant par conséquent fausser les réponses.

Le fait que l'investigateur participe au remplissage avec la femme victime et que celle-ci ne soit pas seule pour le remplissage peut entraîner un biais de prévarication, par omission volontaire de certains éléments liés à la honte et la peur du jugement.

## **E. Perspectives**

Dans le contexte actuel de libération de la parole associé à une mise en lumière et médiatisation des violences et de ses victimes, une augmentation croissante du nombre de femmes à prendre en charge est à prévoir. Le secteur de la santé se doit de s'organiser et de protocoliser les prises en charges pour répondre aux demandes à venir. Le personnel doit se former pour être prêt à répondre aux besoins.

Ce travail a pour but de permettre de proposer une formation plus ciblée aux personnels soignants des urgences concernant la prise en charge de ces femmes.



Cependant, la faisabilité de l'amélioration de ces prises en charge risque d'être impactée par l'augmentation croissante de l'affluence dans les services d'urgences et donc le peu de disponibilité de la part des personnels soignants. En effet, les services d'urgences souffrent des manques de moyens humains et matériels et malgré la bonne volonté du personnel, la mise en application concrète des axes d'améliorations proposés par ce travail semble difficile à mettre en place de manière optimale dans les conditions actuelles.

Ces difficultés peuvent être atténuées par une organisation préalable protocolisée dans chaque service, sous la direction du référent violences du site en question. L'utilisation de ce protocole permet de faire appel au réseau de prise en charge pluridisciplinaire local et donc à d'autres acteurs spécialisés. Il semble donc crucial d'organiser et de protocoliser ce type de prise en charge pour qu'elle puisse être la plus complète et efficace possible.

Cette étude et ces résultats pourront servir à la rédaction d'un livret d'accueil pour les femmes victimes avec explications de leurs droits, des aides possibles disponibles et des différents acteurs présents dans le réseau pluridisciplinaire local qu'elles peuvent consulter.

Enfin, ce travail pourra permettre de compléter les formations déjà existantes pour les personnels médicaux et paramédicaux des services d'urgences locaux, ou d'en créer dans les services où elles ne seraient pas déjà mises en place.

## VI. Conclusion

Aucune femme n'est à l'abri d'être un jour victime de violences. Les violences au sein du couple sont toujours plus présentes dans notre société et sont un réel problème de santé publique.

Les professionnels de santé sont en première ligne dans la prise en charge de ces femmes, et la qualité d'accueil, d'écoute et d'orientation à leur proposer se doivent d'être adaptées à leur situation et d'être la meilleure possible.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier la prise en charge, le ressenti et le point de vue des femmes victimes de violences au sein du couple à partir de questionnaires. Dans un second temps, il s'agissait d'étudier le devenir des femmes victimes à court, moyen et long terme afin de déterminer si le médecin urgentiste avait un impact sur leur devenir grâce à la prise en charge proposée lors de la consultation aux urgences.

Malgré un faible nombre de questionnaires complétés et donc analysés, des conclusions ont pu être tirées.

L'analyse des 36 questionnaires montre que bien que beaucoup de progrès aient été faits au cours des dernières années, le parcours de ces femmes reste long et semé d'embûches. Les victimes rencontrent beaucoup de difficultés à accéder aux différentes aides disponibles, et les personnels rencontrés ne savent pas toujours quelle réponse donner à la détresse de ces femmes.

Sur les 36 femmes ayant participé à l'étude, 12 femmes avaient consulté aux urgences initialement, et 24 n'avaient pas consulté.

Les femmes étaient globalement satisfaites de leur prise en charge aux urgences, bien qu'il n'ait pas été proposé à toutes de consulter d'autres professionnels tels que psychologues, assistants sociaux ou associations d'aide. Il reste encore de grosses lacunes de connaissances quant aux droits des femmes victimes de violences. Les principaux manques d'informations concernaient le sujet du dépôt de plainte et le rôle du certificat médical initial.

La comparaison entre les femmes ayant consulté aux urgences et celles ayant accédé au système de prise en charge par d'autres moyens ne montrait pas de différences significatives. Les deux groupes étaient globalement comparables en termes de devenir, de situation vis-à-vis de l'auteur des violences, de statut marital ou de sentiment de sécurité actuel.

Cependant, il semble ressortir une réelle bonne volonté d'amélioration de la part des personnels soignants, et les femmes victimes ayant consulté aux urgences s'étaient senties écoutées et aidées.

Les 24 femmes qui n'ont pas consulté ont principalement évoqué comme frein l'absence de lésions somatiques, associant les services d'accueil des urgences à un lieu servant uniquement à traiter les blessures physiques. Or, les dernières recommandations de prise en charge des femmes victimes, via la création des référents violences placent les services d'urgences au sein d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire qui doit permettre aux femmes d'accéder aux différents acteurs du réseau à la suite d'une consultation.

Les conclusions extraites de ces analyses sont que l'accueil des femmes victimes de violences au sein des services d'urgences doit être préparé et anticipé, les protocoles de prises en charge spécifiques doivent pouvoir être appliqués dès qu'une femme se présente pour ces motifs de consultation. Les femmes doivent pouvoir être orientées vers les acteurs et structures adaptées à leur situation et à leurs besoins.

La mise en application de ces protocoles et l'établissement d'une liste de partenaires pluridisciplinaires permet de fluidifier les prises en charges et atténuer l'effet chronophage de ce type de consultation, dans un contexte où les services d'urgences sont en souffrance du fait d'une activité toujours croissante.

La charge de travail nécessaire à la mise en place de ces protocoles, à la construction d'un réseau de professionnels étoffé et donc à l'amélioration de nos pratiques est considérable. Cependant, les violences faites aux femmes tuent chaque jour, et concernent une part non négligeable de nos patientes au quotidien, justifiant la nécessité de nous améliorer et d'optimiser leurs prises en charge afin de pouvoir impacter de manière bénéfique leurs devenirs.

Vu  
Strasbourg, le 22 mai 2023  
Le président du jury de thèse,  
Professeur Bilbault



Vu et approuvé  
Strasbourg, le 28 JUIN 2023  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maladies et Sciences de la Santé  
Professeur Jean Siret



## VII. Bibliographie

1. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Suis-je victime de violences conjugales ? [Internet]. Fédération Nationale Solidarité Femmes. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>
3. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. :39.
4. Violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple>
5. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. OHCHR. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
7. synthese-cyberviolences-conjugales-web.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/synthese-cyberviolences-conjugales-web.pdf>
8. Walker - Battered Women Syndrome and Self-Defense.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://scholarship.law.nd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1476&context=ndjlepp>
9. Le cycle de la violence conjugale – Solidarité Femmes Loire Atlantique [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>
10. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20->

%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuel  
les%20en%202021.pdf

11. L'égalité entre les femmes et les hommes déclarée grande cause nationale par le président de la République | Égalité-femmes-hommes [Internet]. [cité 23 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/legalite-entre-les-femmes-et-les-hommes-declaree-grande-cause-nationale-par-le-president-de-la-republique>
12. SPF. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000>
13. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. vie-publique.fr. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
14. Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2013-7 janv 3, 2013.
15. Les Lettres de l'Observatoire national des violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
16. Outils de formation | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-formation>
17. DP\_Violence-faites-aux-femmes\_30.11.2020.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020/11/DP\\_Violence-faites-aux-femmes\\_30.11.2020.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020/11/DP_Violence-faites-aux-femmes_30.11.2020.pdf)
18. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur:

- <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
19. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2021 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021>
  20. l'Intérieur M de. Panorama des violences en France métropolitaine : enquête Genese 2021 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>
  21. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
  22. García-Moreno C, Organization WH, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, et al. Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence. World Health Organization; 2013. 58 p.
  23. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Santé Publique. 2010;22(4):405-16.
  24. novembre 2013 RB. L'estimation du coût social et financier de la violence conjugale en Europe : seize milliards d [Internet]. CVFE - Dire NON aux violences conjugales ! [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cvfe.be/publications/analyses/242-l-estimation-du-cout-social-et-financier-de-la-violence-conjugale-en-europe-seize-milliards-d-euros-par-an>
  25. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016\\_22-23\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_2.html)
  26. Violences conjugales : l'accueil des victimes par police et gendarmerie | vie-publique.fr [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/286860-violences-conjugales-laccueil-des-victimes-par-police-et-gendarmerie>

27. Rapport final d'évaluation du 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. vie-publique.fr. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/271711- rapport-4e-plan-interministeriel-contre-violences-faites-aux-femmes>
28. Gourbail - 2019 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.sfm.u.org/upload/consensus/rbp\\_reperage\\_des\\_femmes\\_victimes\\_de\\_violences\\_a\\_u\\_sein\\_du\\_couple\\_texte\\_recommandations.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/consensus/rbp_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_a_u_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf)
29. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042193510/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/)
30. Secret médical et violences au sein du couple [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/secret-medical-violences-couple>
31. Organisation mondiale de la santé - 2002 - Rapport mondial sur la violence et la santé.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf)
32. Cagnard D. Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. 12 juin 2020;32.
33. Detavernier L. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM151.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM151.pdf)
34. Lucine A. Repérage des violences conjugales faites aux femmes: état des lieux des pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine. :77.
35. Boukandoura - Repérage des auteurs de violences exercées par un .pdf [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03046982/document>



36. Bracq S. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes. :88.
37. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. :82.
38. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. :106.
39. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/mobilisation-contre-violences-intrafamiliales/etude-nationale-sur-morts>

## VIII. Annexes

### A. Annexe 1 : Questionnaire

Étude dans le cadre d'une thèse de médecine d'urgence  
évaluation de la prévalence de la prise en charge médicale dans une structure d'urgence et attentes vis-à-vis du système de soins à partir de questionnaires chez les femmes victimes de violence au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal.

---

Ce questionnaire est rempli par le biais de :

- Association SOS femmes solidarités 67 de Strasbourg
- Association du Home protestant de Strasbourg
- Service social des urgences adultes, site de HautePierre
- Service social des urgences gynécologiques, site de HautePierre
- Unité Médico-Légale du CHU de Strasbourg
- UNAVI, site de HautePierre
- Point accueil victimes 67, hôtel de police de Strasbourg

Date des réponses : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**A propos de vous :**

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre nationalité ?
3. Combien d'enfants avez-vous ?
4. Quel est votre niveau d'étude ?
5. Quelle est votre profession ?
6. A quand estimez-vous la date de début de prise en charge des procédures actuelles ?
7. Quel est votre statut marital ? (*mariée, pacsée, en couple, divorcée, en instance de divorce, célibataire, veuve, autre*)
8. Quelle est votre situation vis-à-vis de l'auteur des violences ? (*en couple, séparation physique, affective, autre*)
9. Des procédures judiciaires contre l'auteur des violences sont-elles actuellement en cours / ont eu lieu dans le passé ?
10. Quel est votre lieu d'habitation actuel ? (*domicile conjugal, domicile personnel, hébergement d'urgence, foyer, hôtel, hôpital, autre*)
11. Vous sentez-vous actuellement à l'abri des violences ?
12. Comment qualifieriez-vous les violences dont vous avez été victime ? (*physiques, psychologiques, sexuelles, verbales, administratives, économiques, autre*)

**Légende :**  
RR : Refus de répondre  
NP : Non posée

Votre prise en charge actuelle a-t-elle débuté par un passage dans un Service d'Accueil des Urgences ?

OUI : répondre page 2.

NON : répondre page 3.

1

**Si OUI, vous avez initialement consulté aux urgences :**  
*Cochez oui, non, refus de répondre (RR) ou non posée (NP)*

13.	Dans quel service ? Entourez le service consulté.	Strasbourg, Haguenau, Saverne, Wissembourg, Sélestat, Colmar, Mulhouse, autre :			
14.	Quelle est la date du passage ? Mois et année	__ / 20__			
15.	Y avait-il eu d'autres passages aux urgences avant ce dernier passage ? Si oui, combien ?	Oui	Non	RR	NP
16.	Avez-vous consulté de votre propre initiative? Avez-vous été adressée par les forces de l'ordre ou les pompiers/ambulanciers ? Avez-vous été adressée par votre médecin généraliste ? Autre :	Oui	Non	RR	NP
17.	Avez-vous consulté pour un motif de violences ? Si vous avez consulté pour un autre motif, est-ce le personnel soignant qui a repéré le contexte de violence et vous a posé la question ?	Oui	Non	RR	NP
18.	Avez-vous trouvé important ou été rassurée de consulter auprès d'un médecin qui ne connaisse pas l'auteur des violences ? (Comme votre médecin de famille)	Oui	Non	RR	NP
19.	De manière générale, avez-vous été satisfaite de votre prise en charge aux urgences ?	Oui	Non	RR	NP
20.	Pensez-vous avoir été prise en charge de manière globale (sur le plan physique, psychologique, social, judiciaire) ?	Oui	Non	RR	NP
21.	Pensez-vous que le personnel qui vous a pris en charge était formé aux spécificités de votre situation et a agi de manière adaptée ?	Oui	Non	RR	NP
22.	Vous a-t'on proposé de consulter une assistante sociale ? Un psychologue ? Vous a-t'on donné des coordonnées d'associations d'aide aux victimes ?	Oui	Non	RR	NP
23.	Aux urgences, vous a-t'on proposé de déposer plainte ? Si oui, vous êtes-vous sentie forcée de déposer plainte ? « Il faut... » Concernant le dépôt de plainte, vous a-t'on proposé des aides pour faciliter les démarches ? (Déplacement des forces de l'ordre jusqu'à vous, organisation d'un transport jusqu'au lieu de dépôt de plaintes, etc.) Avez-vous, suite à votre dépôt de plainte, consulté un médecin légiste ?	Oui	Non	RR	NP
24.	Aux urgences, vous a-t'on remis un Certificat Médical Descriptif (avec le détail de vos lésions)? Si oui, était-ce avec une ITT (Incapacité Totale de Travail)? Vous a-t'on expliqué le but et les enjeux légaux de l'ITT ? Avez-vous été en accord avec l'ITT fixée par l'urgentiste mentionnée sur le certificat ?	Oui	Non	RR	NP
25.	Croyez-vous qu'il soit indispensable d'avoir un certificat médical descriptif fait par un médecin pour pouvoir déposer plainte ?	Oui	Non	RR	NP
26.	Vous a-t'on proposé qu'un signalement judiciaire soit effectué avec votre accord ? Avez-vous eu peur qu'un signalement judiciaire soit fait sans votre accord ?	Oui	Non	RR	NP
27.	Avez-vous eu peur qu'un des intervenants de votre prise en charge informe l'auteur des violences de votre passage aux urgences et des démarches en cours ?	Oui	Non	RR	NP
28.	Vous êtes-vous sentie écoutée ?	Oui	Non	RR	NP
29.	Vous êtes-vous sentie aidée ? Si non, parce qu'on ne vous a pas cru. Si non, parce que votre problème a été minimisé. Si non, parce qu'on ne vous a pas orienté vers les aides adaptées.	Oui	Non	RR	NP
30.	Avez-vous eu l'impression que le médecin urgentiste qui vous a pris en charge vous a accordé suffisamment de temps pour que vous puissiez pleinement vous exprimer ?	Oui	Non	RR	NP

**Si NON, vous n'avez pas consulté aux urgences initialement, quelles en étaient les raisons ?**

Cochez les situations correspondant à la vôtre (questions de 31 à 46), ou bien cochez oui, non, refus de répondre (RR) ou non posée (NP) (questions de 46 à 51).

31.	Vous n'aviez pas de lésions somatiques/physiques et vous pensiez que voir un médecin urgentiste ne vous serait d'aucune aide.		
32.	Vous n'étiez pas couverte par l'assurance maladie et aviez peur de manquer de ressources financières.		
33.	Vous n'aviez pas de papiers et aviez peur de conséquences judiciaires.		
34.	Vous aviez peur de ne pas être comprise (barrière de la langue).		
35.	Vous aviez des contraintes familiales (par exemple présence d'enfant) qui vous empêchaient de consulter en urgence.		
36.	Vous n'aviez pas de moyens de locomotion pour vous y rendre.		
37.	L'auteur des violences vous a empêché de consulter.		
38.	Vous aviez peur que le temps d'attente soit trop long.		
39.	Vous avez été prise en charge par votre médecin généraliste. Si oui, celui-ci vous a orienté vers : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les associations d'aide aux victimes</li> <li>• Un assistant social</li> <li>• Les forces de l'ordre pour un dépôt de plainte</li> <li>• Il n'a pas su où vous orienter</li> <li>• Autre : précisez.</li> </ul> Auriez-vous préféré consulter un médecin « inconnu », qui ne soit pas le médecin de famille ?		
40.	Vous avez été réorientée aux urgences gynécologiques sans passage par les urgences adultes.		
41.	Vous avez bénéficié d'une consultation à l'institut de médecine légale suite à un dépôt de plainte.		
42.	Vous aviez peur de ne pas être écoutée, que l'on ne vous croit pas.		
43.	Vous aviez honte et aviez peur d'être jugée.		
44.	Vous pensiez qu'aucune aide ne vous serait apportée.		
45.	Vous aviez déjà consulté par le passé et aucune aide ne vous a été apportée.		
46.	Vous ne souhaitez pas entreprendre de démarches judiciaires et avez craint de ne pas avoir le choix.		
47.	Vous n'avez pas consulté aux urgences car vous avez contacté directement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une association d'aide aux victimes</li> <li>• Un médecin de ville</li> <li>• Un assistant social</li> <li>• Un numéro d'aide (Ex : 3919 Violences Femmes Infos)</li> <li>• Les forces de l'ordre</li> <li>• Autre : précisez</li> </ul>		
48.	Pensez-vous avec du recul qu'une consultation initiale aux urgences aurait simplifié votre prise en charge ?	Oui Non	RR NP
49.	Avez-vous bénéficié initialement d'une consultation médicale ailleurs qu'aux urgences ? Si oui, où ?	Oui Non	RR NP
50.	Croyez-vous qu'il soit indispensable d'avoir un certificat médical descriptif de vos lésions établi par un médecin pour pouvoir déposer plainte ?	Oui Non	RR NP
51.	Un médecin vous a-t-il donné un certificat médical descriptif à un moment de votre prise en charge ? Si oui, quel médecin ? (généraliste, légiste, autre)	Oui Non	RR NP
52.	Avez-vous déposé une plainte contre l'auteur des violences à un moment de votre prise en charge ? Si oui, avez-vous ensuite été adressée chez un médecin légiste ?	Oui Non	RR NP

53. Si aucun de ces cas ne correspondent à votre situation, vous pouvez détailler vos raisons dans la partie « précisions ».

**Précisions :**

*En cas de précisions à apporter à une question : merci d'indiquer le numéro de la question, suivi des éléments de contexte permettant de préciser votre réponse.*

**Zone d'expression libre (facultative) :**

*Y a-t'il des points non abordés dans le questionnaire dont vous voudriez nous parler ?*

*Souhaitez-vous nous raconter davantage votre histoire ?*

*Zone libre permettant de pointer des problèmes, craintes, dysfonctionnements qui n'auraient pas été mis en évidence par le questionnaire. Zone libre permettant aussi de souligner les points positifs, d'entraide, de bienveillance, de ressenti et de bonne prise en charge.*

**Zone réservée à la personne qui aide à remplir le questionnaire :**

*Zone permettant la précision du contexte global de prise en charge, des spécificités de contexte, la suite de prise en charge proposée, le devenir de la femme répondant au questionnaire, les aides proposées (avec accord de la personne répondant au questionnaire).*

## B. Annexe 2 : Notice explicative à l'attention des professionnels proposant le questionnaire

Évaluation de la prévalence de la prise en charge médicale dans une structure d'urgence et attentes vis-à-vis du système de soins à partir de questionnaires chez les femmes victimes de violence au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal.

### A l'attention de l'investigateur

#### Qui peut remplir ce questionnaire ?

- > Toute femme prise en charge dans un contexte de violences conjugales, c'est-à-dire exclusivement au sein du couple ou ancien couple : marié, pacté, séparés ou en union libre. Sont exclues les violences commises par un membre de la famille autre que le conjoint (ex : père, frère...).
- > Qu'elle soit passée aux urgences ou non.

#### Pourquoi répondre à ce questionnaire ?

- > Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine d'urgence (travail de doctorat), afin d'étudier l'influence de la prise en charge aux urgences des femmes victimes de violences conjugales sur leur devenir à court, moyen et long terme.
- > Il cherche à étudier le ressenti et le vécu de ses femmes, et s'intéresse davantage dans une étude sociologique/psychologique que scientifique/médicale.
- > Il n'est en aucun cas question de juger et de détailler les situations et contextes de vie des personnes répondant au questionnaire. Le but est d'analyser le passage aux urgences ou les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu de consultation.
- > L'objectif est de pouvoir analyser et détailler les pratiques et discours des urgentistes afin de mettre en évidence les dysfonctionnements, incompréhensions et points à améliorer dans leur prise en charge et de pouvoir s'adapter au mieux aux spécificités de ces cas.
- > Les réponses à ce questionnaire permettront aussi de réaliser des statistiques dans un but scientifique. Ces statistiques permettront d'organiser des formations aux soignants afin de les sensibiliser sur les spécificités de ce type de prise en charge et ainsi d'optimiser et d'améliorer les futures prises en charge.

#### Anonymat

- > Ce questionnaire et ses réponses sont entièrement **anonymes** : aucune indication concernant l'identité de la patiente ne seront indiquées et les réponses et analyses faites à partir du questionnaire ne pourront pas leur être rattachées. Il ne peut donc avoir aucune valeur légale et juridique dans d'éventuelles procédures judiciaires.
- > Cet anonymat est protégé par un cadre légal : des demandes d'autorisations éthiques et légales ont été accordées aux personnes ayant réalisées le questionnaire pour garantir cet anonymat.

#### Généralités

- > Les femmes remplissent toutes la page 1 (informations générales et données épidémiologiques), puis **la page 2 OU la page 3** en fonction du contexte (passage aux urgences ou non à un moment de la prise en charge).
- > L'obtention des réponses est basée sur le volontariat. Il n'y a aucune obligation de réponse. Il est parfaitement possible de refuser de répondre à certaines questions, sans justification à donner. Une case « **refus de répondre : RR** » a été prévue à cet effet.
- > L'investigateur qui aide la femme à répondre au questionnaire estime, en fonction de la situation, le degré d'accompagnement nécessaire : de la simple remise du questionnaire avec remplissage autonome (en lui fournissant la notice explicative) jusqu'à l'aide complète en posant les questions.

- > Chaque question est numérotée. Si vous souhaitez apporter des précisions à une réponse, un espace « précisions » est situé page 4. Indiquez le numéro de la question et écrivez les détails qui vous semblent pertinents.
- > Si certains éléments de réponse sont accessibles à l'investigateur sans avoir à poser la question (par exemple par la connaissance du dossier médical, social ou grâce à la chronicité du suivi), il n'est pas nécessaire de poser toutes les questions. L'investigateur peut répondre aux questions dont il connaît les réponses directement. Cela a pour but d'alléger l'entretien.
- > Certaines questions peuvent ne pas être posées, à la discrétion de l'investigateur, en fonction du contexte : si une question vous semble indiscrette, déplacée, à risque de provoquer une gêne, ou si la question n'est pas applicable à la situation, cocher « non posée : NP ».

#### Zone d'expression libre, page 4

- > Elle est facultative
- > Zone libre permettant de pointer des problèmes, craintes, dysfonctionnements qui n'auraient pas été mis en évidence par le questionnaire.
- > Permet aussi de noter des points positifs, de bienveillance, de sensation de bonne prise en charge et d'accompagnement, de solidarité, des moments marquants de la prise en charge.

#### Zone réservée à l'investigateur, page 4

- > Précisez si besoin des éléments de contexte global de prise en charge, des spécificités de cas, la suite de prise en charge proposée, le devenir de la femme répondant au questionnaire, les aides proposées (avec accord de la personne répondant au questionnaire).

#### Date de fin de recueil

- > Février 2023

#### Recensement des refus de répondre

- > Sur l'enveloppe qui sert à recueillir les questionnaires complétés se trouve une feuille visant à recenser le nombre de refus de répondre au questionnaire avec possibilité de renseigner la raison du refus.

## C. Annexe 3 : Notice explicative à l'attention des femmes participantes

### Évaluation de la prévalence de la prise en charge médicale dans une structure d'urgence et attentes vis-à-vis du système de soins à partir de questionnaires chez les femmes victimes de violence au sein du couple prises en charge dans le milieu associatif, social et médico-légal

#### Notice explicative à l'attention de la personne répondant au questionnaire :

##### Pourquoi répondre à ce questionnaire ?

- > Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine d'urgence (travail de doctorat), afin d'étudier votre prise en charge aux urgences.
- > Il cherche à étudier votre ressenti et votre vécu et s'inscrit davantage dans une étude sociologique/psychologique que scientifique/médicale.
- > Il a pour objectif d'améliorer notre prise en charge afin de pouvoir s'adapter au mieux à chaque future situation rencontrée.
- > Vos réponses à ce questionnaire permettraient aussi de réaliser des statistiques dans un but scientifique. Ces statistiques permettraient d'organiser des formations aux soignants pour améliorer leurs futures prises en charge.

##### Anonymat

- > Ce questionnaire et vos réponses sont entièrement anonymes : votre identité ne sera mentionnée à aucun endroit et vos réponses ne pourront pas vous être rattachées. Il ne peut donc avoir aucune valeur légale et juridique dans d'éventuelles procédures judiciaires. Les réponses qu'il comporte ne serviront qu'à ce travail de thèse.
- > Votre anonymat est protégé par un cadre légal : des demandes d'autorisations éthiques et légales ont été accordées aux personnes ayant réalisées le questionnaire pour garantir cet anonymat.

##### Modalités pratiques

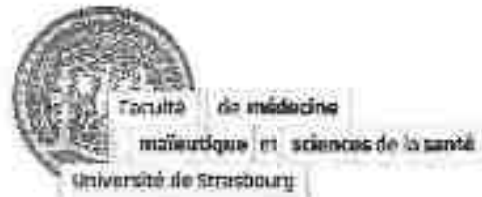
- > Le questionnaire est en deux parties : la **page 1** est à remplir quel que soit le contexte.  
Ensuite, remplir la **page 2** si vous avez consulté aux urgences à un moment de votre prise en charge, **OU** la **page 3** si vous n'avez jamais consulté aux urgences pour des motifs de violences au sein du couple.
- > L'obtention des réponses est basée sur le volontariat. Il n'y a aucune obligation de réponse. Il est parfaitement possible de refuser de répondre à certaines questions, sans justification à donner. Une case « **refus de répondre** : **RR** » a été prévue à cet effet. Si une question ne correspond pas à votre situation, ne rien cocher.
- > Chaque question est numérotée. Si vous souhaitez apporter des précisions à une réponse, un espace « **précisions** » est situé **page 4**. Indiquez le numéro de la question et écrivez les détails qui vous semblent importants.
- > Il figure aussi à la fin du questionnaire une « **zone de libre expression** ». Elle est facultative. Elle a pour but de pouvoir exprimer des points importants non mis en évidence par le questionnaire : problèmes, craintes, mais également des points positifs : bienveillance, sensation de bonne prise en charge et d'accompagnement, moments marquants votre prise en charge.



D. Annexe 4 : Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles, INSEE, PCS 2020

- **Groupe socioprofessionnel 1 : Agriculteurs exploitants**  
Exploitants agricoles  
Entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux et forestiers  
Entrepreneurs de la pêche et de l'aquaculture
- **Groupe socioprofessionnel 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise**  
Artisans  
Commerçants et assimilés  
Chefs d'entreprises de plus de 10 personnes
- **Groupe socioprofessionnel 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures**  
Professions libérales  
Cadres administratifs et techniques de la fonction publique  
Professeurs et professions scientifiques supérieures  
Professions de l'information, de l'art et des spectacles  
Cadres des services administratifs et commerciaux d'entreprise  
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
- **Groupe socioprofessionnel 4 : Professions intermédiaires**  
Professions de l'enseignement primaire et professionnel, de la formation continue et du sport  
Professions intermédiaires de la santé et du travail social  
Ministres du culte et religieux consacrés / religieuses consacrées  
Professions intermédiaires de la fonction publique (administration, sécurité)  
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises  
Techniciens  
Agents de maîtrise
- **Groupe socioprofessionnel 5 : Employés / Employées**  
Employés administratifs de la fonction publique, agents de service et auxiliaires de santé  
Policiers, militaires, pompiers, agents de sécurité privée  
Employés administratifs d'entreprise  
Employés de commerce  
Personnels des services directs aux particuliers
- **Groupe socioprofessionnel 6 : Ouvriers / Ouvrières**  
Ouvriers qualifiés de type industriel  
Ouvriers qualifiés de type artisanal  
Conducteurs de véhicules de transport, chauffeurs-livreurs, coursiers  
Conducteurs d'engins, caristes, magasiniers et ouvriers du transport (non routier)  
Ouvriers peu qualifiés de type industriel  
Ouvriers peu qualifiés de type artisanal  
Ouvriers agricoles, des travaux forestiers, de la pêche et de l'aquaculture

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MAIER Prénom : Carole

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A Strasbourg, le 23/05/23

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :** Les violences faites aux femmes sont un fléau au sein de notre société, et un réel problème de santé publique. Une femme décède tous les trois jours à la suite de violences faites par un partenaire ou ex-partenaire. En 2019, 213 000 femmes se déclaraient victimes de violences au sein du couple, soit 1% des femmes de 18 à 75 ans chaque année. Ce travail s'interroge sur le rôle et l'impact des services d'urgences dans la prise en charge et le devenir de ces femmes. Il s'agit d'analyser les pratiques locales afin de détailler les prises en charges proposées dans nos services et d'en extraire des pistes d'améliorations.

**Matériel et méthode :** étude prospective, observationnelle, en région Strasbourgeoise entre septembre 2022 et mars 2023 évaluant le recours aux soins en médecine d'urgence des femmes victimes de violence au sein du couple grâce à l'analyse de questionnaires soumis dans les instances médico-sociales et associatives impliquées dans leur prise en charge.

**Résultats :** 36 questionnaires ont été analysés. 12 femmes avaient consulté aux urgences à la phase aiguë de leur prise en charge et 24 n'avaient pas consulté. Parmi les 12 femmes ayant consulté, 11 femmes s'estimaient globalement satisfaites de leur prise en charge et ont eu le sentiment d'avoir été aidées. Cependant, il n'a pas été proposé à l'ensemble de ces femmes de consulter un assistant social, un psychologue, une association d'aide ou de déposer plainte. Pour celles qui n'avaient pas consulté aux urgences, les principaux freins étaient l'absence de lésions somatiques, l'interdiction de la part de l'auteur des violences et la crainte d'être jugée et de ne pas être écoutée.

**Conclusion :** Les services d'urgences jouent un rôle majeur dans la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences au sein de couple. De nombreuses pistes d'améliorations ont été mises en évidence dans ce travail. Le parcours de ces femmes pour réussir à s'extraire des violences reste malgré tout long et difficile.

**Rubrique de classement :** Médecine d'urgence

**Mots-clés :** violences au sein du couple, services d'accueil des urgences

**Président :** Pr BILBAULT Pascal

**Assesseurs :**

- Dr BAYLE Éric
- Dr FARRUGIA-JACAMON Audrey

**Adresse de l'auteur :** 3 rue de Chalmont, 67600 SELESTAT