

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 28

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

PHILIPPE Pauline

Née le 26/01/1994, à Strasbourg (67)

**Évaluation des attentes des femmes victimes de violences
conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire**

Étude qualitative à Strasbourg

Président de thèse : BERTSCHY Gilles, Professeur

Directeur de thèse : SCHMITT Yannick, Docteur

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 28

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

PHILIPPE Pauline

Née le 26/01/1994, à Strasbourg (67)

**Évaluation des attentes des femmes victimes de violences
conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire**

Étude qualitative à Strasbourg

Président de thèse : BERTSCHY Gilles, Professeur

Directeur de thèse : SCHMITT Yannick, Docteur



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :**
 - (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 - (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 - (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 - (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRÉS Emmanuel	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP6	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRP6 CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / DTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

² : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales -Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---------------------------------------------------------

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GRIES Jean-Luc
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BARREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

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

A Yannick, pour avoir accepté de diriger ce travail et pour tes précieux conseils.

Au Professeur Gilles Bertschy, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A Adeline Blanchot, merci d'avoir tout de suite cru en moi et pour ton recrutement efficace, sans toi cette thèse n'aurait pas pu voir le jour. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Aux médecins de la maison de santé de l'III et à Anthony Faivre, merci de m'avoir fait confiance en me confiant vos patientes.

A mes parents, tout particulièrement. Si j'en suis là c'est grâce à vous. Merci de m'avoir inculqué vos valeurs. Merci de toujours avoir cru en moi et de m'avoir donné les moyens d'y arriver. Sans vous, rien de tout ça n'aurait été possible. Votre soutien et votre amour inconditionnels m'ont permis de franchir beaucoup d'épreuves. A toi maman pour tes précieuses relectures, merci.

A mon frère et à ma sœur. A nos années de colocations, que je n'oublierai jamais. A notre relation, que je chérie tant. Merci de m'avoir supporté durant les pires années, vous méritez une médaille !

A Valentin. Pour ton soutien sans faille tout au long de ce travail, pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien et pour me donner confiance en moi. Merci de partager ma vie tout simplement, et de rayonner suffisamment pour me faire briller.

A mes grands-parents et toute ma famille. Merci de former une famille aussi soudée malgré les épreuves que nous avons traversées, et d'avoir toujours été présents. Quelle sérénité cela apporte que de grandir dans un environnement aussi stable !

A mamie et papi Nicolas. J'aurais tellement aimé partager ce moment avec vous. Vous êtes partout où je suis.

A ma marraine. A tous nos déjeuners partagés et aux prochains. C'est un plaisir de t'avoir auprès de moi, merci d'exercer ce rôle à merveille. Pour toujours ton petit cœur de Belin.

A Julie, Justine, Molly, Grégoire, Florentin, Dorian et Victor. « Les amis sont la famille qu'on choisit », vous formez la mienne depuis si longtemps. Merci de m'être restés fidèles durant ces 10 années d'études malgré mes absences répétées, et d'avoir répondu présent pour me vider la tête lorsque j'en avais besoin. J'ai hâte de voir ce que les prochaines années nous réservent, nous voir avancer ensemble me remplit de bonheur.

Julie, quand nous étions enfants tu voulais devenir maîtresse et moi docteur... regarde où nous sommes ! La vie est bien faite.

A Nora, venue illuminer nos vies depuis maintenant 1an. Je ne saurais décrire ce que j'ai ressenti le jour de ta naissance. Le premier enfant du groupe, fille de ma plus vieille amie. J'ai su que j'allais t'aimer inconditionnellement. Je veillerai toujours sur toi.

A Marie. Merci d'avoir partagé toutes ces années d'études avec moi, mes rires et mes larmes, d'avoir cru en moi quand j'en étais incapable et de m'avoir empêché d'abandonner. Je n'aurais pas pu rêver meilleur binôme et amie.

Louis-Charles, je suis heureuse que vous vous soyez trouvés, tu es devenu un véritable ami.

A Justine F. A notre amitié née de notre amour commun pour la bonne nourriture ! Ma plus belle rencontre de l'externat. C'est rassurant d'avancer à tes côtés dans cette aventure qu'est l'exercice de la médecine générale. Merci d'être toujours présente.

A mes deux Camille, mes acolytes, quel bonheur de vous avoir eu à mes côtés tout au long de l'internat ! Un véritable bol d'air frais, je ne compte plus les fou-rires que nous avons partagés. Il ne manquait que vous pour que je sois comblée. Vous mettez des paillettes dans ma vie.

A Ivan, Michèle et Jean-Marc. C'est à vos côtés que je suis devenue cette jeune femme accomplie. Merci de m'avoir fait une place dans votre famille et de m'avoir soutenue pendant la majeure partie de ces études. Même si nos chemins se sont séparés, vous compterez toujours pour moi.

A tous les co-externes et co-internes avec qui j'ai partagé des stages plus ou moins difficiles à l'hôpital. J'ai eu la chance de toujours tomber dans des équipes formidables, où l'entraide et la bonne humeur étaient au rendez-vous. Mes études ont été beaucoup plus agréables grâce à vous ! Un merci tout particulier à Mathilde pour avoir accepté d'analyser certains entretiens de ce travail, c'était une aide précieuse.

A mes maîtres de stage, pour m'avoir transmis la passion de la médecine générale et pour tout ce que vous m'avez enseigné. Merci.

A Olivier et Jean-Luc, mes deux médecins traitants devenus aujourd'hui des confrères. Je vous ai toujours vus comme des modèles et débiter mes premiers remplacements à vos côtés avait une saveur particulière. Merci pour ce que vous m'avez apporté.

Enfin, un immense merci aux femmes qui ont accepté de se confier à moi en participant à cette étude, malgré la sensibilité du sujet. Nos échanges m'ont marquée pour toujours et j'en ressors grandie. C'était une expérience humaine incroyable. Prenez soin de vous.

Et à cette petite fille insouciante qui écrivait dans son journal intime que son rêve était de devenir docteur... Regarde, on l'a fait !!!

TABLE DES MATIERES

I. Introduction.....	20
II. Matériel et méthode.....	26
1. Type d'étude.....	26
a) Choix de la méthode.....	26
b) Choix de la technique de recueil de données.....	27
2. Population d'étude et échantillon.....	27
a) Population d'étude.....	27
b) Échantillonnage théorique.....	27
c) Taille et représentativité de l'échantillon.....	28
d) Mode de recrutement.....	28
3. Recueil des données.....	30
a) Guide d'entretien.....	30
b) Déroulement des entretiens.....	31
c) Retranscription des données.....	32
4. Analyse des données.....	32
a) Analyse thématique inspirée de la théorisation ancrée.....	32
b) Méthodologie du codage.....	33
c) Triangulation de l'analyse.....	34
5. Méthodologie de la bibliographie.....	34
6. Éthique et confidentialité.....	35
a) Soumission au comité d'éthique.....	35
b) Formulaire de consentement.....	35
c) Anonymisation.....	35
d) Conflits d'intérêts.....	35
III. Résultats.....	36
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	36
2. Les violences subies.....	37
a) Apparition des violences au sein du couple.....	37
b) Types de violences.....	37
c) Le cycle des violences.....	42

d) Le conjoint.....	42
e) Les enfants au cœur des violences.....	43
f) Réaction de la victime face à la violence.....	44
3. Prise de conscience.....	46
a) Phase de latence.....	46
b) L'évènement déclencheur.....	47
4. La séparation.....	47
a) Prendre la décision de se séparer.....	47
b) Réaction du conjoint face à la séparation.....	48
c) Se dévoiler au monde extérieur comme femme victime.....	49
d) Les enfants au cœur de la séparation.....	50
5. Conséquences des violences.....	51
a) Conséquences physiques.....	51
b) Conséquences psychologiques.....	52
6. La prise en charge des femmes victimes : un parcours pluridisciplinaire.....	55
a) Acteurs rencontrés.....	55
i. Parcours de soins.....	56
ii. Parcours judiciaire.....	61
iii. Parcours social.....	66
iv. L'entourage.....	68
b) Orientation dans le parcours.....	70
c) Consommation de soins.....	74
d) Difficultés rencontrées.....	75
7. Attentes des femmes victimes.....	77
a) Attentes générales.....	77
b) Attentes spécifiques aux différents acteurs.....	88
IV. Discussion.....	103
1. Synthèse des résultats.....	103
2. Forces et limites de notre étude.....	104
a) Les forces de l'étude.....	104
b) Les limites et biais de l'étude.....	105
3. Comparaison avec les données de la littérature et réflexions.....	108

a) Les violences.....	108
i. Différents types et notion de cycle.....	108
ii. L’emprise et ses conséquences.....	109
iii. La sortie des violences.....	111
iv. Facteurs favorisants.....	112
v. Place des enfants.....	113
b) Le parcours d’une femme victime.....	114
i. Le parcours de soins.....	114
ii. Le parcours social.....	115
iii. Le parcours judiciaire.....	117
c) Compétences individuelles.....	119
i. Le médecin généraliste : une place à redéfinir.....	119
ii. Les forces de l’ordre : le dépôt de plainte, source de désagrément.....	121
iii. Le parcours judiciaire : un parcours riche qui manque de transparence.....	122
iv. Le médecin légiste : à cheval entre les parcours médical et judiciaire.....	123
v. Avocats et travailleurs sociaux : spécialisation pour un meilleur accompagnement...124	
vi. La psychothérapie : un rôle essentiel pourtant difficile d’accès.....	126
vii. Les associations.....	128
d) Compétences communes.....	128
i. Le repérage.....	128
ii. Orientation de la victime dans le réseau.....	129
iii. Bienveillance, empathie et reconnaissance.....	131
iv. Éducation de la population.....	132
4. Perspectives : comment améliorer la prise en charge.....	132
a) Favoriser la communication entre les intervenants.....	132
b) Former aux principes de la thérapie brève.....	133
c) Structurer le parcours.....	133
V. Conclusion.....	135
VI. Annexes.....	138
VII. Bibliographie	147

ABREVIATIONS

CIDFF : Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

HAS : Haute autorité de santé

IML : Institut médico-légal

ITT : Incapacité totale de travail

JAF : Juge aux affaires familiales

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la

lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UMJ : Unité médico-judiciaire

UNAVI : Unité d'aide aux victimes

I. Introduction

En 2021, en France, les services de sécurité ont enregistré 208 000 victimes de violences au sein du couple (dont 87% de femmes), en hausse de 21% par rapport à 2020. Il s'agit majoritairement, comme les années précédentes, de violences physiques volontaires (1).

Le nombre d'enregistrements a pratiquement doublé depuis 2016 (1). Cette évolution n'est pas directement liée à une majoration de la délinquance, car elle reflète aussi une majoration de la propension à porter plainte. En effet, l'enregistrement de faits antérieurs a augmenté de 18% en 2016 à 28% en 2021 (1).

Cette hausse peut être expliquée par un possible effet positif du Grenelle des violences conjugales qui s'est déroulé du 3 septembre au 25 novembre 2019 (2), au cours duquel 30 mesures ont été mises en place, dont la possibilité pour les professionnels de santé de lever le secret médical en cas de danger immédiat pour la victime et la création d'une formation à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales, dispensée aux policiers et gendarmes. Ces mesures ont pu, d'une part, inciter les victimes à davantage déposer plainte, et d'autre part, favoriser un meilleur accueil par les services de sécurité. En effet, les victimes sont mieux sensibilisées du fait des campagnes d'information, et par ailleurs, des formations des personnels se sont développées en matière de violences conjugales, permettant une meilleure prise en charge des victimes.

Cependant, d'après l'enquête de victimation Genese, moins d'une victime de violences conjugales sur quatre a porté plainte en 2021 (3). Les victimes de violences conjugales signalent donc rarement aux services de sécurité les faits qu'elles ont subis. Lorsqu'elles se décident à entreprendre cette démarche, on repère qu'une proportion non négligeable de femmes retire leur plainte, craignant de faire éclater la famille lorsqu'il y a des enfants, ou se

révélant dans l'incapacité d'assumer la responsabilité d'une condamnation de son conjoint (4). Dans ce contexte, la prise en charge de la victime doit être effectuée immédiatement dès l'enregistrement des faits, afin de lui permettre de prendre conscience de ses droits et de l'exfiltrer du statut de victime qui contribue à lui renvoyer une image dégradée (5).

Selon la définition de l'OMS, les violences conjugales comprennent : « Tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contraintes, la violence psychologique et tout autre acte de domination. » (6).

Les violences conjugales peuvent prendre plusieurs formes, plus ou moins subtiles, souvent cumulées et intriquées. Elles peuvent être verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, économiques, spirituelles. Quoi qu'il en soit, le but est toujours de contrôler et dominer le partenaire (7).

Dans une relation conjugale marquée par la violence, un cycle se répète plus ou moins régulièrement puis s'accélère avec le temps. Dans un premier temps, l'agresseur instaure un climat de tension en exerçant des pressions psychologiques pour contrôler et isoler la victime. Puis survient un épisode de violences, où l'agresseur donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même mais en fait prend le contrôle de la situation. Ensuite l'agresseur entre dans une phase de justifications, pendant laquelle il rejette la faute sur sa partenaire, qui culpabilise. Enfin, vient la période surnommée « lune de miel », où l'agresseur promet un changement, devient gentil, repart à la conquête de sa victime, avant de recommencer le processus. L'enchaînement des cycles renforce l'emprise et fragilise la victime, de telle sorte qu'elle soit trop confuse pour analyser la situation et s'en sortir. Il faut alors un événement déclencheur pour que la victime réalise qu'elle est en danger (8).

Les répercussions de ces violences sur l'état de santé des victimes sont nombreuses (7). En effet, les conséquences peuvent être aiguës et immédiates, perdurer longtemps après leur interruption, devenant chroniques, et vont parfois jusqu'à être mortelles. Des études ont montré que les femmes ayant des antécédents de mauvais traitements risquent plus que les autres de connaître toutes sortes de problèmes de santé chroniques tels que maux de tête, douleurs pelviennes, mal de dos, douleurs abdominales, syndrome du côlon irritable, et troubles gastro-intestinaux (9,10).

Une femme victime de violences conjugales a de ce fait une consommation en soins plus importante qu'une femme non-victime du même âge. Dans une étude portant sur plus de 3000 femmes aux États-Unis, le coût annuel des soins de santé était 42 % plus élevé chez les victimes de violences physiques de la part d'un partenaire intime au moment de l'étude, et 19 à 24 % plus élevé chez les victimes ayant subi ce type de violence au cours des cinq années précédant l'étude (11). En France, le coût économique des violences conjugales a été estimé à 3,6 milliards d'euros en 2012, dont 290 millions d'euros directement liés aux soins de santé (12).

D'après l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), le premier recours des femmes victimes de violences physiques est représenté par les médecins (généralistes, urgentistes, gynécologue-obstétriciens) dans 24% des cas (13). Le diagnostic et la prise en charge de ces femmes incombent donc majoritairement au corps médical.

Outre la prise en charge médicale, différents acteurs et actrices interviennent dans le parcours d'une femme victime de violences conjugales, sans chronologie prédéfinie, dont chacun exerce un rôle important tant dans la phase de repérage des violences que d'accompagnement de la victime (Figure 1) (14).

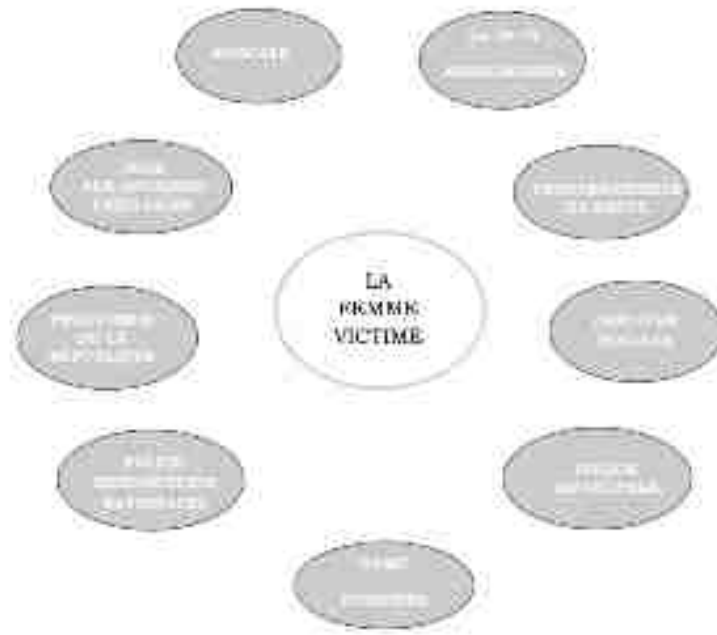


Figure 1 : Schéma du dispositif partenarial de repérage, d'accompagnement et de prise en charge des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles (14)

En effet, les besoins et demandes des femmes victimes sont multiples : sociaux, médicaux, juridiques, psychologiques ; et chacun doit apporter à la victime une solution dans son domaine de compétence puis l'orienter vers les autres professionnels qui apporteront une réponse complémentaire. Pour cela, il est essentiel que chaque professionnel inscrive son action au sein d'un réseau partenarial, de manière à favoriser une prise en charge adaptée et décloisonnée (14).

C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux médecins de s'entourer d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire composé de soignants et non soignants (15). Cette évolution du cadre légal de la prise en charge des violences conjugales souligne bien le caractère nécessairement pluridisciplinaire et collectif d'un tel accompagnement.

Ces faits sont retrouvés dans les études. En effet, une étude réalisée par Manon Daron (16) montre que les femmes prises en charge dans une unité médico-judiciaire sont majoritairement orientées vers des associations, un psychologue et un travailleur social, car

les victimes étaient demandeuses d'une prise en charge sociale et présentaient des éléments de souffrance psychologique.

En pratique, la collaboration entre les différents acteurs intervenants dans ce parcours n'est pas toujours efficace. Lors d'une formation sur les violences faites aux femmes, menée par le Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles (CIDFF) à Strasbourg en décembre 2020 (17), nous avons été interpellé par les nombreuses remarques quant au manque de collaboration des médecins avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des femmes victimes.

Du côté des médecins généralistes, plusieurs études montrent que la méconnaissance du réseau de soin est une difficulté. En effet, dans l'étude réalisée par Agnès Ledoux, un peu plus d'1 médecin sur 2 possède les coordonnées du numéro national 3919, et bien qu'ils soient près des $\frac{3}{4}$ à posséder celles du Planning Familial, ils sont une majorité à ne pas avoir les coordonnées des associations ressources locales (18). La revue de la littérature effectuée en 2016 par Manon Dautrevaux en Lorraine montre qu'un des principal frein au repérage en médecine générale est le « sentiment de gérer seul le problème, l'isolement ressenti du médecin une fois le dépistage réalisé » (19).

D'après nos recherches, les études existantes ont analysé les attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge en médecine générale (20,21), mais aucune jusqu'ici ne s'est tournée vers la globalité de leur prise en charge. Or, nous avons vu précédemment que la prise en charge de ces patientes est pluridisciplinaire.

Nous avons donc décidé de laisser la parole aux principales concernées afin de recueillir leur ressenti concernant leur parcours global après leur repérage.

L'objectif de cette étude était d'analyser les attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire afin de l'améliorer.

L'objectif secondaire visait à étudier le parcours de chacune de ces femmes et de les comparer entre eux.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative ayant une approche inspirée de la théorisation ancrée, basée sur 11 entretiens semi-dirigés réalisés à Strasbourg. Les critères de qualité méthodologique COREQ ont été utilisés (22).

a) Choix de la méthode

Les études quantitatives sont majoritaires dans la recherche médicale. En effet, elles sont adaptées à l'étude des questions biomédicales en permettant de tester une hypothèse puis d'établir un lien causal entre les variables testées. Ces outils quantitatifs ont cependant des limites et ne permettent pas d'étudier les multiples phénomènes et situations rencontrés dans l'exercice quotidien de la médecine. Ainsi, pour explorer la complexité de soins primaires, il est intéressant de disposer d'autres méthodes de recherche (23,24).

La méthodologie de recherche qualitative étudie les phénomènes sociaux et permet d'intégrer la différence de points de vue et la subjectivité de chaque histoire. Cette méthode est donc intéressante pour explorer le domaine des soins primaires car elle permet une compréhension plus large de la santé et de la relation de soins (23,25). Cette approche est particulièrement adaptée lorsque le domaine d'étude est mal connu, les hypothèses qui en découlent pouvant alors être vérifiées secondairement par une étude quantitative (26).

Sachant que notre travail avait pour objectif de comprendre les attentes des femmes victimes concernant leur prise en charge en recueillant leur ressenti, ceci dans une démarche très largement exploratoire, l'approche qualitative était la plus adaptée.

Concernant la méthodologie, nous nous sommes orientés vers une approche inspirée de la théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss, dont l'objectif est de proposer des

résultats susceptibles d'être utiles aux soins sous forme d'un modèle explicatif ou d'une théorisation. Le chercheur va collecter des données sans a priori, sans hypothèse, puis essayer de leur donner du sens (27,28).

L'échantillonnage, le recueil de données par entretiens et l'analyse ont été réalisés simultanément, permettant ainsi de développer une théorie à partir des données réelles du terrain, jusqu'à arriver à saturation de données (27).

b) Choix de la technique de recueil de données

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-dirigés, ceux-ci favorisant une liberté d'échange autour d'une ou plusieurs thématiques préalablement définies (29).

Compte-tenu de la sensibilité du sujet que nous abordions, les entretiens individuels nous semblaient plus adaptés qu'une méthode de recueil de données par focus-groups. En effet, la réalisation d'un entretien individuel permettait d'instaurer un climat de confiance et ainsi d'aborder plus facilement et de manière confidentielle le parcours difficile de ces patientes.

2. Population d'étude et échantillon

a) Population d'étude

Les critères d'inclusions étaient d'être une femme majeure et francophone, ayant rapporté avoir été victime de violences conjugales.

Les critères de non-inclusion étaient d'être mineure ou considérée comme vulnérable au sens du code de la santé publique (par exemple sous tutelle ou avec des troubles cognitifs).

b) Échantillonnage théorique

En recherche qualitative, l'objectif est d'obtenir un échantillon adapté à l'étude du phénomène étudié. Contrairement à la recherche quantitative, le but n'est pas d'être

représentatif de la population étudiée, étant donné que l'objectif est de comprendre un phénomène (27).

Dans notre étude, l'échantillonnage était guidé par l'objectif d'une variance maximale, incluant une diversité de profils, de ressentis, de parcours et d'attentes (25).

c) Taille et représentativité de l'échantillon

En recherche qualitative, la notion de représentativité statistique n'a pas de sens et la taille de l'échantillon n'est pas définissable en amont. Ce n'est pas le nombre d'entretiens qui importe, mais la qualité des données recueillies (29).

La taille de l'échantillon sera déterminée par l'obtention de la saturation des données, défini comme le moment où chaque nouvel entretien ne produit que des concepts déjà découverts auparavant, et donc le rendement de l'étude diminue (23,27,30).

Dans notre étude, les données étaient estimées suffisantes au bout de 9 entretiens, malgré modification du guide d'entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour garantir l'obtention de cette suffisance, permettant d'obtenir une taille finale d'échantillon de 11 participantes.

d) Mode de recrutement

Afin d'obtenir un échantillon adapté à notre étude, nous avons décidé de recruter nos patientes dans différents lieux, pouvant être associés à différentes étapes du parcours des femmes victimes. Ainsi, nous avons pu recruter des patientes au niveau du service d'urgences de l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg, au niveau de l'institut médico-légal de Strasbourg et dans une maison de santé de Strasbourg.

Le service d'urgences de l'hôpital de Hautepierre dispose d'une filière pour les victimes de violences conjugales, permettant à chaque patient de passage aux urgences et déclarant être

victime de violences conjugales d'être orienté vers un psychologue et une assistante sociale s'ils le souhaitent. Nous étions en relation avec le psychologue, M FAIVRE, pour ce travail.

L'institut médico-légal est un lieu de passage quasi-systématique pour les femmes victimes qui déposent plainte et s'orientent vers un parcours judiciaire. Toutes les consultations étaient, à ce titre, réalisées sur réquisition d'un Officier de Police Judiciaire ou d'un magistrat.

Nous étions en relation avec Dr BLANCHOT pour ce travail.

Enfin, les médecins généralistes ayant une place importante dans le parcours de ces femmes, nous avons décidé de recruter des patientes au niveau de la Maison de Santé de l'III à Strasbourg, par le biais des médecins généralistes qui y exercent.

Afin d'élargir l'échantillon, nous souhaitions également travailler avec une association du secteur, malheureusement ce projet n'a pas pu aboutir.

Une fiche d'information était remise aux soignants des différents lieux de recrutement (Annexe 2). Cette fiche était remise en mains propres aux patientes qui le souhaitaient, après rapide présentation du projet au moment qu'ils souhaitaient opportun. Le numéro de téléphone et l'adresse mail du chercheur figuraient sur cette lettre et par accord oral, les intervenants les ayant reçues faisaient parvenir à l'investigateur leur numéro de téléphone ou leur adresse mail. Les patientes disposaient d'un mois pour entrer en contact avec le chercheur afin de convenir d'un rendez-vous. Passé ce délai, en l'absence de prise de contact, nous les contactions par mail ou par téléphone. Une seule relance était proposée.

Sur les 19 coordonnées qui nous ont été transmises :

- Deux patientes ont appelé spontanément pour prendre rendez-vous, nous avons contacté les 17 autres
- Quatre patientes ont accepté de nous rencontrer puis ont annulé le rendez-vous
- Une ligne téléphonique a été fermée et le numéro est devenu non attribué

- Un numéro était celui d'un homme qui n'a donc pas été inclus dans l'étude
- Deux patientes n'ont jamais répondu.

3. Recueil de données

a) Guide d'entretien

Le guide d'entretien sert de fil conducteur pour le recueil des données. Il a été élaboré après une analyse de la bibliographie en rapport avec notre sujet d'étude, permettant de faire émerger plusieurs thèmes, qui ont servi pour la rédaction de plusieurs questions. Nous avons veillé à formuler des questions ouvertes afin d'éviter toute influence sur les réponses des participantes (29,31).

Ce guide débutait par une question très vaste, les invitant à partager ce qu'elles souhaitaient nous confier de leur histoire. Cela permettait de les mettre en confiance, car elles pouvaient s'orienter vers les sujets qu'elles souhaitaient. Cette question étant vaste, les réponses étaient fluides et les participantes abordaient spontanément différents thèmes prévus dans la suite du guide d'entretien. L'investigatrice pouvait ensuite rebondir efficacement sur les idées développées par les participantes. Des questions de relance ont été prévues afin d'approfondir si nécessaire. Pour terminer l'entretien, une question d'ouverture était proposée, permettant aux participantes d'aborder librement un sujet qui n'aurait pas été proposé au cours de la discussion.

Notre guide d'entretien a été testé lors des 2 premiers entretiens puis réévalué au fur et à mesure de l'avancée de l'étude. En effet, lorsque les participantes abordaient des thèmes que nous n'avions pas envisagés, ceux-ci étaient rajoutés au guide, permettant de l'enrichir de nouveaux éléments et de faire émerger de nouveaux thèmes lors des entretiens suivants.

La version finale du guide d'entretien est présentée en Annexe 3.

b) Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de février à décembre 2022. Leur durée a varié en fonction des participantes, s'étendant de 25 à 129 minutes, pour une durée moyenne de 69 minutes par entretien. Ils ont été réalisés dans la mesure du possible dans des lieux connus par les participantes afin de favoriser l'établissement d'une atmosphère de confiance, à savoir dans la maison de santé pour les patientes recrutées à ce niveau-là, à leur domicile pour 2 participantes qui ne pouvaient pas se déplacer. Pour les autres, une salle était réservée au sein de la faculté de médecine de Strasbourg. Un entretien a été réalisé par visio-conférence, la patiente n'étant pas prête à sortir de chez elle ou à faire entrer quelqu'un dans son domicile. Dans un premier temps, le but de l'étude et le thème général étaient rappelés aux participantes, sans s'étendre sur les détails de la recherche afin de ne pas influencer l'entretien à suivre. Il était expliqué aux participantes que les résultats pourraient leur être communiqués à la fin du recueil de toutes les données.

Dans un deuxième temps, le principe d'un entretien semi-dirigé a été expliqué, et il était rappelé que les propos resteraient confidentiels et seraient anonymisés, pour que les participantes se sentent libres de partager leurs expériences. Il leur était précisé qu'elles pouvaient changer d'avis à tout moment et interrompre l'entretien si c'était trop difficile pour elles.

Dans un troisième temps, nous leur demandions de bien vouloir lire et signer la feuille de consentement, présentée en Annexe 4.

Après leur accord, les entretiens débutaient et étaient enregistrés intégralement. Le dictaphone était posé à l'écart afin qu'il se fasse oublier et que la discussion se déroule de manière spontanée.

Au cours des entretiens, l'investigatrice a adopté une attitude d'écoute attentive et a essayé d'intervenir le moins possible pour laisser libre court à la parole des participantes. Son attitude et ses interventions ont cherché à être neutre afin de ne pas influencer leurs discours. Le sujet étant très sensible et leurs blessures très profondes, l'entretien était interrompu brièvement lorsque les participantes en exprimaient le besoin, leur permettant de reprendre leurs esprits. Aucune patiente n'a souhaité interrompre définitivement l'entretien avant la fin.

c) Retranscription des données

La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens était de 12 heures et 40 minutes. Ceux-ci ont été retranscrits dans leur intégralité, mot à mot, sur logiciel de traitement de texte, puis anonymisés. La retranscription s'est effectuée sans adaptation ni correction des fautes de français pour conserver la spontanéité et le sens premiers des paroles des participantes. Les silences et les émotions ont également été retranscrits (23).

A la fin de la retranscription, l'enregistrement audio était définitivement supprimé.

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation et sont désignés par la lettre P suivie d'un chiffre. La notation P1 correspond donc à la première participante interrogée.

4. Analyse des données

a) Analyse thématique inspirée de la théorisation ancrée

Les entretiens retranscrits de façon intégrale correspondaient à nos « verbatims ». Ces derniers ont été analysés de façon thématique et intuitive selon le principe de la théorisation ancrée. L'objectif de ce type d'analyse est de développer une théorie à propos de processus sociaux autour d'un phénomène. La posture est dite « phénoménologique », le but n'étant pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque participante, mais de réunir les

représentations communes afin de faire émerger des thèmes, et de les analyser dans leur contexte pour mieux les comprendre (27,28,32).

b) Méthodologie du codage

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo12, à partir des entretiens qui avaient été retranscrits dans leur totalité sur un logiciel de traitement de texte.

Après s'être familiarisé avec les données durant la retranscription et plusieurs relectures, nous avons réalisé dans un premier temps un « codage ouvert » de chaque entretien de manière individuelle. Cette étape consiste d'abord à transformer les données de terrain, les « verbatims », en données de recherche analysables, utiles et pertinentes : les « étiquettes », ou « codes ». Cet étiquetage était proche du vécu des participantes et expliquait le sens de ce vécu. Les différentes données recueillies lors de cette étape ont été comparées en permanence entre chaque entretien, afin de rechercher des similitudes et des différences (23,26,27).

Dans un second temps, ces codes ont été classés en différentes catégories et sous-catégories, puis des liens ont été établis entre les catégories des différents entretiens par comparaison continue, correspondant à l'étape du « codage axial ». Cette classification a évolué au fur et à mesure des relectures et de l'analyse des verbatims, permettant d'enrichir au fur et à mesure notre arbre thématique (26,27).

Lorsqu'aucun nouveau code ne permettait de compléter une catégorie existante ou d'en suggérer une nouvelle lors de l'analyse d'un nouvel entretien, nous avons estimé avoir atteint la saturation des données (27).

La dernière étape de cette analyse était « le codage sélectif », c'est-à-dire l'articulation des catégories autour d'une catégorie centrale, produisant un modèle théorique explicatif (26,27).

c) Triangulation de l'analyse

Les codages ont été triangulés avec le directeur de thèse et avec un co-conseiller, permettant de s'assurer que la manière de coder de l'enquêtrice était juste et ainsi de s'affranchir au moins partiellement d'une limite d'interprétation. Les arbres thématiques ont également été supervisés et validés par le directeur de thèse.

5. Méthodologie de la bibliographie

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en français et en anglais.

Avant le début de l'étude, elles ont permis de mieux appréhender les données actuelles de la science concernant le sujet, afin d'élaborer une question de recherche originale peu étudiée jusqu'ici, puis d'établir les questions du guide d'entretien. Elles se sont ensuite poursuivies après l'analyse des données pour l'interprétation de celles-ci et leurs comparaisons avec les données de la littérature.

Cette phase de recherche a été élaborée à partir de différentes bases de données médicales et sociales : bibliothèques universitaires, portail des thèses SUDOC, DUMAS, Archives Ouvertes HAL, PubMed, EM premium, Cairn, Persée. Les principaux mots-clefs utilisés ont été : *violences conjugales, parcours de soins, médecine générale, assistante sociale, plainte, pluridisciplinarité, pluridisciplinaire, collaboration, prise en charge, judiciaire ...*

Ces différents termes ont été testés et utilisés séparément ou en association, permettant de dégager un grand nombre de travaux et articles de la littérature scientifique, cités au fur et à mesure de notre travail.

6. Éthique et confidentialité

a) Soumission au comité d'éthique

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg le 20/11/2021. Celui-ci a émis un avis positif définitif le 09/02/2022 (Annexe 4).

b) Formulaire de consentement

Les entretiens se sont déroulés après remise d'une fiche d'information concernant l'objectif de l'étude (Annexe 2) et signature des formulaires de participation et des consentements des participantes (Annexe 5). Un accord oral et écrit était également demandé avant l'entretien pour l'enregistrement audio et sa conservation.

c) Anonymisation

L'identité nominative des participantes a été remplacée par la lettre P (pour « participante ») suivi d'un numéro d'anonymat (1 à 11) lors de la citation des verbatims.

Lors de la retranscription écrite de chaque entretien, les prénoms et lieux cités ont été modifiés afin que les patientes soient non identifiables.

d) Conflits d'intérêts

Les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

III. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population étudiée, mais de refléter sa diversité.

L'ensemble des caractéristiques de chaque participante est résumé dans le tableau des caractéristiques de l'échantillon présenté en Annexe 6.

Le recrutement a permis de recueillir les témoignages de 5 patientes adressées par l'institut médico-légal, 5 par la maison de santé et une par le psychologue des urgences.

L'âge moyen des participantes était de 43 ans (variant de 28 à 67 ans). Leur situation professionnelle était variée.

Concernant leur situation maritale au moment de l'entretien, 6 étaient célibataires, 2 en instance de divorce et 3 étaient encore mariées. Seules 3 femmes sur 11 vivaient encore sous le même toit que leurs conjoints. Le lieu d'habitation restait le logement conjugal pour 5 participantes, tandis que 5 d'entre elles avaient leur logement propre, et une logeait chez ses parents de façon temporaire. 9 patientes sur les 11 avaient de un à trois enfants.

La totalité des patientes avait un médecin traitant déclaré, bien que cela n'entraîne pas dans les critères d'inclusion.

La durée de prise en charge, définie par le temps passé entre le moment du repérage de la femme victime et la date de l'entretien, allait de 1 mois à 30 ans, avec toutefois une majorité des durées comprise entre 1 mois et 3 ans.

2. Les violences subies

La violence est l'élément central de chacun des témoignages, ainsi que le point de départ de leurs parcours.

a) Apparition des violences au sein du couple

Pour la majorité des patientes, les violences sont apparues très rapidement dans la relation : « *On s'est mis ensemble en février 2019 et en octobre 2019, on a emménagé ensemble. Et euh, peut-être un ou 2 mois après, la première violence elle est apparue.* » (P10).

Pour d'autres, les violences sont apparues alors que le conjoint traversait une période difficile : « *et donc tous ces trucs-là se sont aggravés, enfin, euh... quand il a eu cette période où il a mal vécu son licenciement.* » (P5).

Enfin, pour certaines, elles sont apparues au moment de la grossesse : « *au début de la relation, il n'y avait pas tout ça, mais c'est avec l'arrivée de l'enfant, quand on a appris la grossesse* » (P4).

b) Types de violences

La totalité des participantes décrit des violences verbales, psychologiques et physiques, tandis que 5 d'entre elles décrivent en plus des violences sexuelles et 3 femmes déclarent avoir subi des violences économiques. Seule une patiente mentionne des violences spirituelles.

o Les violences verbales

Ces violences s'expriment par la parole : « *Donc il est resté dans un... un espèce de carcan comme ça et il y avait plus que ça, cette... il s'exprimait que comme ça, par... par des mots violents, par euh... par des énervements, du stress, et puis euh voilà et... et puis il me reprochait tout le temps, oui, ça, ça, c'était très récurrent* » (P5), « *il m'a parlé avec les dents serrées et le*

doigt pointé contre mon visage, en me disant « Quand je te pose une question, tu me réponds, t'as compris ? » » (P10).

○ **Les violences psychologiques**

Ces violences, à force d'être répétées dans le temps, viennent fragiliser la victime en lui faisant perdre confiance en elle, ce qui aura pour effet de la rendre encore plus dépendante à son agresseur.

Différents sous-types de ces violences ont été décrits lors de nos entretiens :

- Le contrôle : *« il a commencé à... à fouiller vraiment dans... dans mes affaires... à relever mon courrier... à cherche beaucoup de choses. » (P1), « Il arrivait à savoir parce qu'il me connaît, il me connaissait par cœur en fait. Il avait réussi que quand il me posait une question, la manière dont je répondais, il savait si je mentais ou pas, je lui répondais du tac au tac, c'est vraiment... j'ai l'impression qu'il avait réussi à me paramétrer mais complètement. » (P8).*
- L'isolement : *« Donc en fait, il décidait de tout me concernant en fait, j'avais plus... j'avais des amis avant d'être avec lui, je n'avais plus personne une fois avec lui. C'est-à-dire il m'a coupé des des amis, de la famille, parce que moi je parle beaucoup hein je... moi je me confie facilement, j'ai le contact facile » (P4), « Je vivais plus, je voyais plus mes amis. En fait j'étais que pour lui. Que pour lui. Et j'en oubliais le reste, je voyais plus ma famille non plus. Et il a vraiment euh... fait une sorte que ben... Je sois à lui. » (P10).*
- Le harcèlement : *« il surveillait mon téléphone, il me mettait en géolocalisation sur mon téléphone, il fouillait mes messages. En fait, il avait une application qui permettait de voir mes messages, et malgré tout ça en fait, il était hyper parano euh... voilà » (P7),*

« Euh... il arrivait à savoir tout ce que je faisais. Il arrivait à savoir les heures où je sortais de chez moi, qui rentrait chez moi. Mais vraiment tout. » (P8).

- Le dénigrement : « J'ai loupé des, des... quand ma fille était petite j'avais des entretiens d'embauche. Il a fait tout pour me rabaisser, pour me dire mais tu arriveras pas, qui voudrait de toi ? Ça fait 3 ans que t'as pas bossé, 4 ans que t'as pas bossé, y'a personne qui voudra de toi. C'est que des menaces comme ça, des... enfin pas des menaces, mais des stigmatisations tout le temps comme ça, tout le temps comme ça, et... » (P4), « Ça, c'était tous les jours. Ça pouvait aller euh... à des insultes euh... comme « Cassos », « t'es pas intelligente », « tu sers à rien », euh « tu comprends rien », ouais, c'était souvent ça. » (P10)
- Les humiliations : « à chaque fois qu'il avait une dispute ben... des fois, il me faisait dormir par terre. Il pouvait m'faire dormir dans la cave aussi. » (P10)
- Les menaces : « Et puis il me regarde ce jour-là, il me dit « Bon, je fais quoi ? Je vais construire le trou pour toi ? ». Enfin, c'était vraiment euh... j'me suis dit, je vais mourir. » (P8), « il avait toujours dit qu'il me tuerait si je le quitte. » (P11).
- L'indifférence : « Parce que tout mon accouchement, ça a été la solitude. Ils partent euh... en fait dès que t'es malade, dès que dès que t'as un problème, ils sont pas là en fait, ils disparaissent et ils vous laissent dans la difficulté. Ils vous noient dans la difficulté même parce que... on peut pas leur en parler, on peut pas... on peut pas dire quoi que ce soit, on ne peut pas... se soulager ou se sentir soutenue. » (P9), « Et puis pendant 3 jours il m'a plus parlé. Donc là je me suis vraiment... j'ai vraiment pensé que c'était de ma faute. » (P8).
- La domination : « je me fiais beaucoup à lui, je lui faisais confiance, tout j'écoutais tout ce qu'il me disait et euh... ben en fait, il me disait tout et n'importe quoi. Il me disait

tout et son inverse en fait. Donc euh moi je me perdais totalement dans ce que... dans ce que je disais, des fois euh je disais des choses me concernant alors que... c'était même pas vrai, il jouait un peu sur... sur les mots, sur les situations, tout ça » (P4), « Des disputes, tout le temps sous tension. Toujours se contenir à la maison. D'oser rien dire. D'être en fait soumise (pleure). C'est le mot. J'ai été soumise à cet homme. J'me suis épuisée à tout lui donner. Et lui, il m'a fait croire qu'il me donnait, mais en fait, il me reprenait à chaque fois tout. » (P10).

○ **Les violences physiques**

Elles regroupent toutes les agressions physiques qui peuvent exister : *« je lui ai dit que je ne rentrerai pas dans l'appartement, il s'est mis en colère, il m'a fait un coup de boule, il m'a poussé » (P2), « Il m'attrape par la... la veste, et j'avais un collier. Le collier, il m'a fait des traces ici (montre le tour de son cou). » (P3), « il m'a mis au sol euh, des claques euh... des coups de poings, il m'a renversé euh... il y avait une genre d'assiette sur la table basse avec du verre dedans, il me l'avait aussi balancé dessus. » (P10).*

Deux des patientes ont subi des violences physiques en public : *« Il est... il est... il est venu derrière moi et il a commencé à me taper encore dans la rue. » (P3), « Donc on était à la piscine au mois d'août avec des amis qu'on avait rencontrés en vacances, donc ça, c'était au mois de décembre de l'année dernière. Et en fait, on était tous à la piscine, et ce soir-là, il m'a tiré les cheveux devant tout le monde. » (P10).*

Souvent, les coups étaient placés de sorte qu'il n'y ait pas de marques visibles : *« Pareil, quand je me fais battre euh, j'avais des bleus, mais pas toujours et... souvent, il savait frapper pour pas que ça se voit. » (P3), « d'abord une gifle de temps en temps, puis les coups de poings, les coups de pied, mais toujours discrets, bien placés pour ne pas laisser de traces. » (P11).*

- **Les violences sexuelles**

Décrites dans les discours des participantes, elles pouvaient aller des sévices sexuels aux relations sexuelles non désirées ou sous contrainte : « *il me le répétait souvent aussi, qu'à son âge ben... il joue pas à la Barbie, que ben il avait des besoins, que je dois les assouvir et que c'était comme ça quoi, que c'était normal.* » (P6), « *J'ai eu du mal à l'admettre que c'était un viol. Il m'a violée ce soir-là (émue). Mais j'étais une poupée, je réagissais pas. Je le laissais faire, j'avais peur qu'il s'énerve. Et puis on a dormi.* » (P8), « *Parce qu'il faut savoir que c'est aussi un homme qui est très porté sur le sexe. Et euhm... j'ai été obligée de faire certaines choses au mois de septembre... pour qu'il me laisse tranquille (pleure).* » (P10).

- **Les violences économiques**

Ces violences s'exercent de manière à créer une dépendance matérielle : « *il a commencé à me faire quitter mon tra euh... mon appartement. Puis, par la suite, ça a été de quitter mon travail. Me faisant miroiter que on allait ouvrir une remorque à pizza. (...) et puis euh... Il m'a fait contracter un crédit de 15000€ pour une voiture en fait que j'ai même pas vue. (...) au jour d'aujourd'hui, je paye toujours ce crédit. Et au jour d'aujourd'hui, financièrement, c'est la catastrophe.* » (P10).

- **Les violences spirituelles**

Il s'agit d'imposer une religion ou croyance : « *Pareil, j'étais allée me baigner, ça c'était une chose euh... horrible que j'avais fait hein. Je suis allée me baigner euh donc ça aussi il l'avait appris. Parce qu'il faut savoir qu'il a des idéologies extrêmes, religieuses. Que pour lui, par exemple, ma fille qui va avoir 9 ans devrait porter le voile à l'heure qu'il est, devrait pas parler avec aucun garçon. Pas de musique, pas de télé, rien, apprendre le Coran, euh... voilà, des*

choses dans la vie d'une petite fille complètement confinée, pas le droit de piscine rien du tout. » (P8).

c) Le cycle des violences

Les différentes étapes décrites dans la littérature sont retrouvées dans nos témoignages, en particulier le transfert de la faute par l'agresseur sur la partenaire : « *Euh... qui disait souvent, ben si ça t'est arrivé, c'est que c'est de ta faute, c'est toi qui l'as cherché, euh tu provoques euh... tu... voilà t'es... t'es énervante euh... enfin voilà, donc, en gros, c'était jamais de sa faute, c'était toujours de la mienne.* » (P10), ainsi que la lune de miel : « *il rentre dans des colères, il se met en colère, et ensuite il redevient gentil, et pour lui c'est normal en fait.* » (P1), « *Et là, il est tout calme. Il est un ange hein. Un ange. Il regrette tout, et tout, faut pas faire ça, il faut voilà...* » (P3), « *Puis, alors, quand je parlais, il rappelait, il m'appelait. Il me faisait croire, allez, reviens, je t'aime, je j'veux rester avec toi, c'est avec toi que j'veux être. Et puis bah forcément, à chaque fois je retombais dans le panneau. Puis c'était calme une semaine, puis c'était rebelotte. Des disputes, tout le temps sous tension.* » (P10).

d) Le conjoint

Au départ, l'agresseur semble être l'homme idéal : « *Donc euh... comme il m'parlait, j'pensais que ça serait le plus merveilleux des papas. Voilà, c'étaient des choses que je n'avais jamais connues, que... Voilà, tout était vraiment vraiment bien.* » (P8), « *Y avait pas de blanc dans nos discussions, c'était très fluide, un Monsieur charmant, un Monsieur qui travaille, qui a une vie euh normale, qui ne montre pas euh ou ne montre aucun signe en fait de de méchanceté ou quoi que ce soit.* » (P10)

Les participantes notent souvent un passif violent chez leur partenaire : « *C'est clair et net, il a eu un père qui était violent, sa mère qui est partie, qui a été violentée. Il a, il a un passif cet*

homme. » (P9), « c'est un enfant euh qui avait été également euh... euh... qui a vu euh... son père violenter euh... sa mère et aussi eux aussi, ils ont été... ils ont eu des coups. » (P2).

Dans le récit de nos participantes, on retrouve la notion de consommation d'alcool chez leur conjoint, qui est un facteur aggravant des violences : *« Il m'avait donné des coups de poing, tiré les cheveux, Alexandre (prénom modifié, ndlr) était juste à côté, au sol. Il m'avait demandé de le poser d'ailleurs. Donc j'étais en sang. Il était alcoolisé, il avait bu une bouteille de rhum entière. » (P10).*

Des traits psychotiques sont souvent retrouvés chez les agresseurs : *« c'est une personne enfin qui est vraiment malade. J'pense qu'il est vraiment... schizo et de, d'avoir ce poids à porter sur nos épaules à nous au final, c'est... ouais, c'est pesant. » (P7), « Il est reconnu schizophrène paranoïdaire et psychopathe. » (P8).*

e) Les enfants au cœur des violences

Les enfants occupent une place importante au sein du couple et se retrouvent parfois confrontés aux violences de leur père envers leur mère : *« Où le petit a tout vu. Moi ce qui m'a énervé c'est que chaque dispute qu'on a eue il a tout vu. Le ptit. Et il lui dit hein, « t'as tapé maman ». » (P9), « ma fille a été témoin de plusieurs... plusieurs cas de violences entre lui et moi, parce qu'il avait essayé de me lancer une table aussi à la tête euh, une table basse comme ça, mais en bois encore, ça elle était présente. Et elle a vu quand il a levé la main sur moi. » (P4).*

Ils sont parfois eux-mêmes également victimes de violences : *« il y a 3 ans, il est allé dire à la petite clairement que je lui appartenais, que si elle voyait un homme à la maison elle pourrait lui manquer de respect, et qu'elle ne devait pas s'inquiéter, que quand il sortirait il égorgerait*

tout le monde et moi avec. » (P8), « Bon il ne s'en est jamais pris physiquement aux petits, le grand oui, mais ça, je l'ai su après. » (P11).

La participante 4 décrit que les rôles mère-fille se retrouvaient parfois inversés : *« souvent, je pleurais sur l'épaule de ma fille. Alors vous voyez la violence que c'est aussi pour ma fille. Ma fille me dit, « maman, c'est violent », elle m'a dit « quand j'en parle à ma psy », elle m'a dit grosso modo, en fait, il faudra qu'elle s'éloigne de la famille, ma fille, qu'elle s'éloigne de la famille. ».*

f) Réaction de la victime face à la violence

L'emprise est telle, que les victimes en viennent à minimiser la situation : *« Il y a eu des violences physiques mais très peu, c'était peut-être une fois euh une claque ou juste un coup sur la tempe » (P4), « Donc à ce moment-là, c'est grave ce que j'avais dit hein, mais j'me suis pris que des claques » (P8).*

Les victimes évoquent des stratégies pour dissimuler les signes de violences pouvant être visibles : *« moi c'est vrai que je me maquillais, je me cachais les bleus, j'essayais vraiment de mettre des choses longues, euh pour euh... ben après on se dit que ouais, c'est ça, on est condamné à le vivre donc autant le vivre en... en cachette, de toute façon personne ne pourra rien pour nous, donc euh... » (P7), « je m'étais déplacée seule aux urgences, parce que j'avais très très très très très mal à la tête. (...) Mais bon j'ai pas dit que c'était pour des violences. Parce que, ça aussi, il faut essayer de... de bien séparer la chose, c'est que... à ce moment-là, pas prête. J'étais pas prête, j'étais pas prête à dire, au contraire, là c'était faut que je le protège. Je veux pas qu'il lui arrive quoi que ce soit par ma faute, constamment... 'fin, la culpabilité, quoi. Donc j'ai rien dit. J'ai dit que je m'étais pris une grosse barre de fer sur la tête. » (P6).*

Certaines trouvent des excuses à leurs conjoints : « *J'lui en voulais, mais quelque part, je savais que c'était les conséquences de son mal-être. Enfin je sais pas comment dire. Je lui par... enfin, je lui pardonnais pas, mais quelque part je, je savais que c'était pas lui donc... enfin, que c'était plus fort que lui aussi parce qu'il était alcoolisé la plupart du temps et qu'il était dans son... dans son truc là et qu'il voulait pas se faire soigner.* » (P5), et parfois elles les font passer pour victimes également : « *je dis toujours que moi, j'ai été victime de violence, vis-à-vis de lui, mais hmm... je... en fait, lui-même il est victime là-dedans parce que il se rend même pas compte de la gravité de ses faits.* » (P4).

Les victimes mentionnent une certaine résignation : « *Et c'est fou parce qu'à ce moment-là euh... j'lui disais toujours à lui que s'il me relevait la main dessus, je partirai. Mais quand il m'a mis... quand il m'a tapé ce soir-là, je me suis rendue compte que je ne pouvais pas partir. Où je vais ? Je vais aller où ? Il va s'en prendre à ma famille, il va s'en prendre à mes amis et il va s'en prendre à tout le monde. Pour moi c'était... j'pouvais plus partir, c'était fini. C'était soit lui il décidait de partir, soit ben... j'devais subir. C'est moi qui avais décidé de le ramener dans ma vie, c'était comme ça.* » (P8), sous prétexte qu'il est plus facile de rester dans cette configuration que de s'en sortir : « *Déjà on se fait battre, parce qu'on arrive à subir ça hein, c'est ça le pire, c'est, on subit ça, mais on arrive plus à subir ça, que la contrainte pour nous délier.* » (P9).

Les victimes ne s'opposent pas à leur agresseur afin d'éviter toute contrariété qui serait prétexte à un épisode de violence : « *Donc si j'écoute ce qu'il me dit, il me tuera pas et mes enfants auront leur maman. Moi, je me suis complètement euh... mis de côté.* » (P8).

3. Prise de conscience

La victime étant sous l'emprise de son agresseur, elle ne se rend pas compte de la situation dans laquelle elle se trouve. Cependant, certains évènements vont lui permettre de réaliser petit à petit qu'elle est en danger, puis un élément déclencheur, souvent traumatisant, va lui permettre de trouver le courage de s'en sortir.

a) *Phase de latence*

A posteriori, les participantes décrivent une phase où émergeait l'idée de fuir, mais l'emprise prenait encore le dessus, les poussant à s'accrocher à la relation. C'est le cas de P1 : *« ça fait un moment que je voulais divorcer dans le sens où mon mari en fait me... n'était pas violent physiquement mais plutôt verbalement donc euh j'avais pas... donc déjà par rapport à ça, à cette pression-là, je m'étais jamais euh dis que j'allais aller à la police pour des choses comme ça, on se rend pas compte euh de de de ce qu'on subit et on se dit de toute façon j'ai pas de preuve j'ai rien euh et puis de toute façon il a juste gueulé, enfin tous les couples s'engueulent, euh sauf c'était quand même assez violent dans le sens où il mettait une forte pression, qui.. qui m'amenait parfois à avoir une grosse migraine... ».*

Parfois, comme P10, elles trouvaient le courage de partir pour finalement faire marche arrière, et ce à plusieurs reprises : *« En fait, j'ai fait beaucoup, j'ai fait beaucoup d'allers-retours chez mes parents. Puis j'y retournais à chaque fois. Parce qu'en fait il y a ce manque. C'est ça qu'il faut essayer de comprendre, mais aussi c'est pas facile, c'est qu'en fait il y a ce manque, c'est comme une drogue en fait, c'est comme une drogue, c'est de l'emprise, c'est euh... on se dit qu'en fait on n'y arrivera pas, parce que cette personne a fait en sorte que je n'ai plus rien. ».*

b) L'évènement déclencheur

Un jour, arrive « la fois de trop », comme le dit P10 : « *Et euhm... arrive le 9 octobre 2022, où c'est la fois de trop. C'est la fois de trop.* ». Souvent, il s'agit d'un évènement encore plus violent que les précédents, avec un danger vital pour la victime : « *Mais je pense que le coup du couteau, effectivement, ça a été le déclic. Enfin, le fait qu'il y ait une arme, le fait qu'il y ait quelque chose ben... on s'dit que là, la prochaine fois ça... ouais ça sera soit une balle, soit là ça sera l'arme. Donc le couteau ça suffit.* » (P7)

Parfois, ce sont les proches qui permettent ce déclic, comme pour P11 avec les paroles de son fils : « *Et ce qui m'a fait quitter, c'est un jour, donc euh, après c'était les violences sans fin, tous les jours, tous les jours. Et quand Nathan (prénom modifié, ndlr), donc l'ainé, quand il m'a dit un jour, il a dit « Tu sais maman, il faut que tu partes. Je préfère ne plus te voir que de t'amener des fleurs au cimetière.* » », ou pour P8 avec le décès de son père : « *On aurait pu me dire ce qu'on avait voulu, je pense de ce que j'ai vécu et de ce que je j'ai vu autour de moi, chaque femme, euh à son déclic. Et plus son emprise est grande, plus le déclic doit être égal. C'est vraiment une claque, façon de parler, qu'on se prend. Moi, ça a été, il fallait, il fallait que je vois mon père mort, que je vois qu'il y ait jusqu'à un mort, pour me réveiller.* ».

4. La séparation

a) Prendre la décision de se séparer

Sur les 11 participantes, 10 étaient soit séparées, soit en voie de séparation.

9 d'entre elles avaient pris la décision de leur propre gré, comme P1 qui souhaitait retrouver sa liberté : « *on se rend pas compte en fait de... que c'est vrai, on est lié par les liens du mariage c'est vrai, on a des devoirs, mais j'étais plus... dans ça. Pour moi je... je voulais me détacher, retrouver ma liberté* ».

Quant à P5, la seule patiente à être restée avec son conjoint, l'idée lui a traversé l'esprit, mais elle s'est finalement ravisée : *« Mais... mais je me sentais pas prête non plus à... à cause de tout ça, de laisser toutes les années où on était bien de côté, euh parce que je suis quand même attachée à lui. Et puis je pense que lui, il est aussi euh... voilà. Mais que je crois que j'aurais été prête euh... et... à quand même... me séparer si les choses n'avaient, avait continué comme ça. »*.

Quoiqu'il en soit, prendre cette décision est difficile et demande du courage, comme le décrit P10 : *« Mais c'est compliqué parce que le cerveau, il est partagé entre 2 choses. Entre l'amour, parce qu'on est... parce que j'étais vraiment amoureuse de cet homme, malgré toutes les horreurs qu'il a pu me faire. Donc je suis partagée entre l'amour et la sécurité de mes enfants et de moi-même. Et de ma vie. »*

b) Réaction du conjoint face à la séparation

De façon unanime, les participantes déclarent s'être heurtées à un refus catégorique de la séparation par leurs conjoints : *« L'idée que moi, je suis plus amoureuse de lui, je veux plus continuer avec lui, et ben lui... Il accepte pas ça. Parfois, bah, avec l'agressivité, et parfois gentiment. Et bah il essaie... encore... bah il tente, voilà, Saint Valentin des fleurs et tout. »* (P3), *« Sauf que lui me disait « non, c'est pas toi qui choisit, on est un couple, donc on... on décide à 2 ». »* (P4).

Certains ont usé de menaces pour les faire changer d'avis, soit de se faire du mal, comme pour P7 : *« il s'est ouvert au couteau sur le torse en me disant qu'il allait se suicider de toute façon si j'osais partir travailler »*, soit de se retourner contre elles devant la justice, comme pour P9 : *« il m'a dit « de toute façon, si tu poses plainte, je poserai plainte que tu m'as frappé aussi » et tout. »*.

Malheureusement, la séparation ne met pas toujours un terme à la violence, et pour certaines participantes, comme P4, le harcèlement a continué : *« Et après bah je l'ai quitté, mais lui ne m'a jamais lâché. C'est-à-dire que même quand j'ai eu le logement à la cité, il a décidé euh... qu'est-ce que je devais faire, qu'est-ce que je devais acheter pour mettre dans le logement et tout, alors que c'est moi qui vivais dedans hein. C'est euh... il me disait que j'avais le droit de fréquenter, que je devais éviter ».*

c) Se dévoiler au monde extérieur comme femme victime

Si se rendre compte d'être victime est une étape, assumer l'être aux yeux des autres en est une autre. Souvent, comme pour P2, personne n'était au courant de la situation : *« je ne suis jamais allée chez un médecin. J'ai toujours tout gardé pour moi, d'ailleurs, personne n'était au courant, même pas la famille. Donc euh... voilà donc aucun médecin, personne n'était au courant. ».*

Plusieurs participantes notaient qu'il est inutile d'en parler tant que les violences persistent, car parler ne résout pas le problème à la maison : *« J'en parlais pas parce que euh... bah... avant que je coupe avec lui... avant que je coupe avec lui, euh... bah non. Je savais que de toute façon euh pff... ça allait pas m'aider. Que... de toute façon euh... Si j'avais parlé de lui à quelqu'un, je disais ce que la personne voulait entendre. » (P8).*

Certaines femmes pensaient au départ pouvoir s'en sortir seule sans avoir besoin d'aide extérieure. C'était le cas de P5 : *« Et... et quelque part je me disais, bah, je vais être forte, et puis je vais me dépatouiller toute seule. Enfin voilà, c'était un peu... tout, tout était mélangé en fait, un sentiment de frustration intense avec euh... après quand même de temps en temps, cette idée de vouloir sortir la tête de l'eau toute seule quoi. »*, avant de se rendre compte que finalement, la parole peut être libératrice : *« j'ai commencé petit à petit effectivement à*

comprendre que de laisser tout le temps ça pour moi toute seule, je veux dire voilà, c'était pas possible et qu'à un moment donné il fallait que je libère cette parole qui me, en tout et pour tout, ça me détruisait. J'en étais consciente quelque part (émue). ».

Se confier sur les failles de sa relation intime demande d'une part du courage, comme le décrit P9 : *« Celles qui... celles qui viennent et qui disent, elles sont fortes. »*, d'autre part une confiance envers son interlocuteur : *« c'est souvent important de d'avoir la bonne personne parce que ça marche pas avec tout le monde. Elle a su... elle a su m'apprivoiser entre guillemets pour me faire parler »* (P5).

Ainsi, se dévoiler demande parfois du temps : *« Déjà j'en ai parlé très tard. Euh, c'était quand j'ai commencé mes études d'infirmière, donc c'était il y a... 5ans, 4-5ans... ouais maximum 5 ans, mais je crois que même, il m'a fallu un an d'études infirmières, où on faisait beaucoup de psychologie, de cours de droit, de... c'est là que j'ai pris conscience que... de plein de choses. »* (P6).

d) Les enfants au cœur de la séparation

Les enfants, initialement au cœur des violences, se retrouvent ensuite au cœur de la séparation de leurs parents.

La progéniture lie deux parents l'un à l'autre malgré la séparation. L'agresseur peut ainsi s'en servir pour garder un pouvoir sur sa victime, comme l'expliquait P10 : *« Moi je sais que ça va être compliqué parce que... il va utiliser notre fils. Il va utiliser notre fils pour m'atteindre. Il va utiliser notre fils pour me récupérer. »*, qui demandait la garde exclusive de son fils pour palier à cela : *« Donc c'est pour ça que à l'heure d'aujourd'hui, moi j'ai demandé la garde exclusive de notre fils. Pour justement qu'il y ait plus de... qu'il y ait plus de contact ».*

Les enfants peuvent être un frein à une séparation « totale », comme pour P9 qui ne voulait pas couper la relation qu'a son fils avec son père : « *Et puis je je, mon fils, je viens et du jour au lendemain il voit pas son père ? Je sais pas, juste si, s'ils pensent à ça ? Moi j'pense à mon fils. Je veux dire même si son père est violent, son père est bien avec son enfant, et mon fils adore son papa.* », ou pour P3 qui souhaitait une séparation à l'amiable pour le bien des enfants : « *Moi, je veux ça, vous voyez, je veux que ça soit à l'amiable, il voit, je veux qu'il soit heureux dans sa vie comme ça.* ».

Globalement, les enfants sont une force pour la femme victime, qui se bat non seulement pour elle, mais aussi pour eux : « *Heureusement que j'ai mes enfants aussi parce que c'est eux qui me font tenir debout hein. Si j'les avais pas, je sais pas... je sais pas où je serais.* » (P10).

Malheureusement, les conséquences sur les enfants sont non négligeables, comme le décrit P11 qui a un recul de 30 ans sur les faits : « *mon fils aîné maintenant, bon qui a 41 ans maintenant, par contre euh... qui souffre de gros problème suite à tout ça hein* ».

5. Conséquences des violences

Les violences ont des conséquences à plusieurs niveaux et à plus-ou-moins long terme sur les victimes.

a) *Conséquences physiques*

Conséquences directes des violences physiques, elles sont immédiates. Il s'agit pour la plupart de douleurs transitoires liées aux coups qu'elles ont reçus : « *Je... j'ai pas dormi, j'avais des douleurs en plus, j'ai... j'ai des douleurs dans le dos, mais à force de... de me pousser, de me bousculer, de taper, les... les douleurs sont revenues dans mon dos.* » (P3), mais parfois la répétition des blessures entraîne des rhumatismes qui persistent bien après l'arrêt des

violences : « *J'ai des problèmes à l'épaule, au coccyx, au genou, enfin... voilà. Ça. Et j'pense que physiquement, j'ai des traces de toutes ces fois où on s'est fait battre* » (P6).

Dans les cas les plus sévères, comme c'est le cas de P11, les violences causent un handicap à vie : « *J'étais opérée 8 fois en 6 mois. Pour finalement perdre un œil.* ».

Parfois, les conséquences sont moins évidentes car elles ne sont pas spécifiques aux violences : « *Je pense que mes ulcères, mes... mes gastrites, j'ai eu des gastrites, j'ai commencé à avoir des gastrites à 13 ans, début d'ulcère vers 15 ans, 'fin j'veux dire c'est pas des âges normal* » (P6).

b) Conséquences psychologiques

Elles sont nombreuses, proportionnelles à la durée des violences ainsi qu'à leur intensité.

Les patientes interrogées décrivaient des **blessures ancrées en elles pour toujours** : « *Mes bleus, mes bleus bah voilà, ils peuvent rien faire, ni pansement, ni rien du tout. Déjà ils sont partis mais ils restent, vous voyez, j'ai pris en photo, je l'oublierai jamais, ils restent dans ma mémoire, dans mon cœur, dans mon corps, dans mon, dans mon cœur, voilà.* » (P3).

Plusieurs participantes déclaraient avoir **perdu confiance en elles**, conséquences du dénigrement : « *j'avais euh... c'était un manque de confiance en moi. Il a installé ça alors que avant, j'avais absolument aucun problème quoi. C'est... vraiment il m'a... il m'a totalement dévalorisé, il m'a... j'étais plus la même personne, plus du tout.* » (P4).

Les victimes développent un **syndrome anxieux** : « *j'ai eu des angoisses que je ne savais pas des angoisses ça pouvait faire ça. J'étais paralysée par la peur. C'est-à-dire que j'étais chez moi, quand mes enfants sont avec moi j'ai une force parce que j'dois... être là, mais quand j'étais seule, que je devais chercher mes enfants à l'école, je n'osais pas sortir de chez moi. J'étais sûre*

qu'il était dans mes escaliers. Je devais appeler quelqu'un pour me résonner, qu'il était pas là. »
(P8).

Ces angoisses amplifient l'**isolement social** déjà bien présent : « *Et on se sent pas trop en sécurité non plus, donc on a vraiment peur, même de sortir, fin moi même de sortir de chez moi j'ai peur. De l'recroiser, de le croiser dans la rue, de le croiser... (pleurs) Donc c'est un peu compliqué. On va essayer de changer nos habitudes... fin ouais, c'est... ouais. »* (P7).

Certaines tombent dans une **addiction**, utilisée comme un moyen de s'évader, comme la participante 5 et son addiction aux jeux : « *du coup cette histoire de casino, et moi je me suis rendue compte qu'à un moment donné je... je plongeais là-dedans, que c'était mon échappatoire. (...) avec cette histoire de la maison où... ça devenait presque... invivable. Et puis je me suis échappée en fait de cette tension quo... quasi quotidienne, ou quasiment, peut-être pas tout à fait tous les jours, mais tous les 2-3 jours et en fait c'était un échappatoire. Je partais de la maison et là j'étais tranquille. »*

Elles décrivaient une **perte d'autonomie**, dû au contrôle qu'a exercé leur ex-partenaire pendant leur relation : « *Je pouvais plus prendre aucune décision, je... je ne pouvais plus je... pour moi c'était pas possible quoi, je... j'étais tellement sous cette emprise et toujours à... à faire ce que lui, il me disait, et ce que.... que je... ouais, je.. je pouvais... je ne savais pas comment m'y prendre quoi, et quoi prendre comme décision, parce que c'était toujours lui qui prenait les décisions. »* (P2).

Certaines, comme P10, avaient l'impression d'avoir **perdu leur identité** : « *notre cerveau en fait, il est... Il est plus lui-même, on sait même plus qui on est, on est une autre personne (...)* *J'étais quelqu'un de joyeuse, festif, qui aime la vie, qui rigole tout le temps, qui... je rigolais plus. Je vivais plus, je voyais plus mes amis. En fait j'étais que pour lui. »*. Lorsque les violences sont particulièrement intenses et traumatisantes, ces troubles peuvent aller jusqu'à une **mort**

psychique, où une partie de la personnalité est anesthésiée : « *je me suis sentie morte. Morte de l'intérieur parce qu'il m'a tout pris. Il a abusé de moi sexuellement. Il a... il m'a... tuée psychologiquement et physiquement.* » (P10). Ce meurtre psychique est l'aboutissement ultime de l'entreprise de destruction psychique exercée par l'agresseur. Les victimes qui arrivent à ce stade en viennent à avoir des pensées suicidaires : « *c'est les montagnes russes, y a des fois euh j'ai envie de de... j'ai des, j'ai eu des idées noires, très noires* » (P10), qui malheureusement aboutissent parfois à des actes : « *Et euh... et j'ai fait beaucoup de tentatives de suicide aux médicaments* » (P6).

6. La prise en charge des femmes victimes : un parcours pluridisciplinaire

Outre la prise en charge médicale, différents acteurs et actrices interviennent dans le parcours d'une femme victime de violences conjugales, sans chronologie prédéfinie.

a) *Acteurs rencontrés*

Le schéma suivant (Figure 2) permet de visualiser l'ensemble des intervenants qui ont été mentionnés dans nos entretiens :

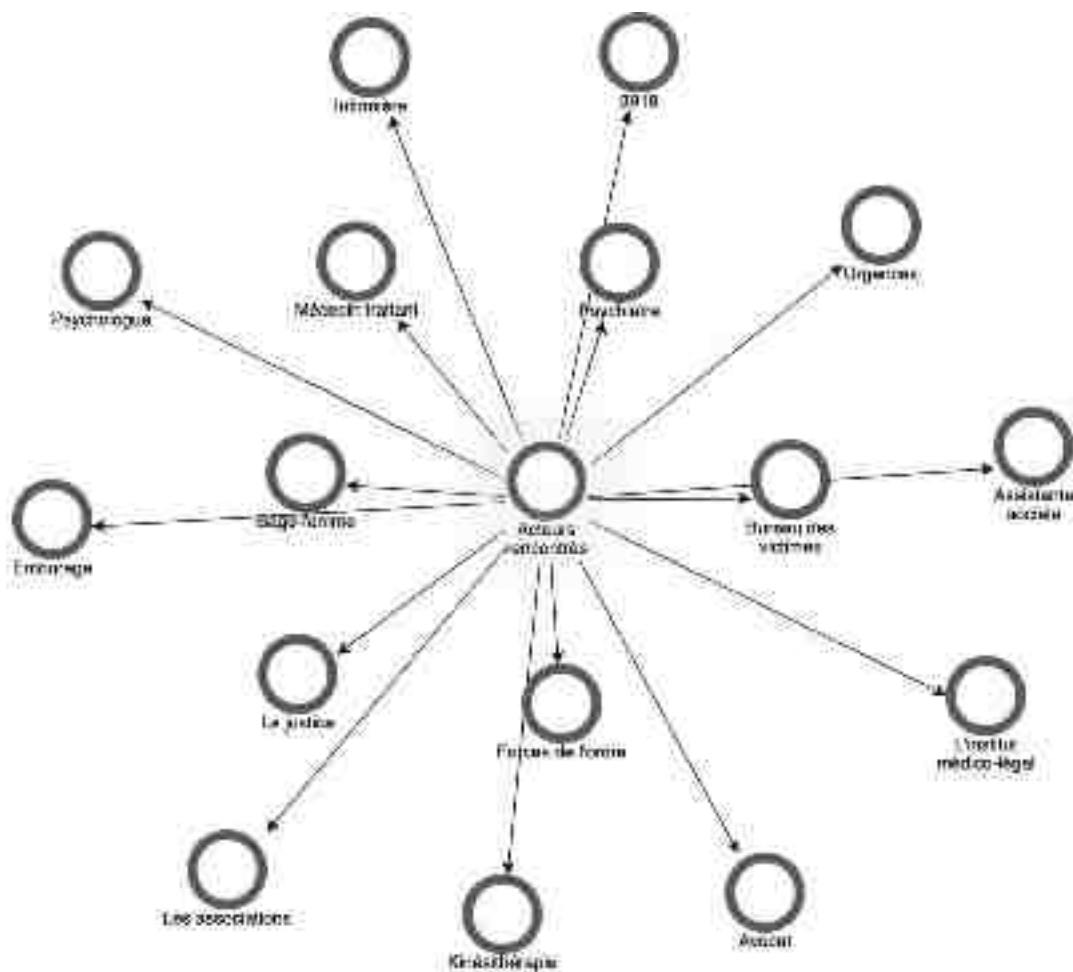


Figure 2 : Acteurs intervenus dans la prise en charge des participantes (diagramme issu du logiciel NVivo)

Nous notons une importante diversité des acteurs rencontrés, tant en nombre qu'en spécialités. Nous pouvons toutefois les rassembler en 3 principales catégories : le parcours de soins, le parcours social et le parcours judiciaire. L'entourage reste indépendant. Nous allons revenir sur les rôles de chacun d'entre eux d'après le vécu des victimes interrogées.

i. Parcours de soins

◆ Le médecin traitant

Les participantes déclaraient que le médecin traitant a un rôle fondamental dans le **repérage des femmes victimes**. Dans le cas de P9, celui-ci avait été alerté par les demandes particulières de sa patiente : « *C'est elle qui m'a dit aussi euh d'y aller, parce que elle a vu je pense que ça allait mal. J'commençais à lui demander des anxiolytiques et... et des somnifères, elle m'a dit d'en parler à quelqu'un mais c'est pas facile d'en parler* ». La participante 7 s'était confiée d'elle-même à son médecin en consultant pour des blessures importantes : « *j'avais déjà consulté euh une première fois euh ben suite à des premières violences, du coup, mon médecin traitant. Euh... au mois de février parce que bon, j'avais une perforation du tympan, j'arrivais plus à bouger la nuque enfin... j'étais déjà dans un état pitoyable (...) donc euh... elle m'avait demandé effectivement comment... enfin ce que j'avais fait, forcément on se transperce pas le tympan non plus euh... couramment donc euh effectivement je lui avais expliqué* ». Pour P10, le médecin avait été alerté par la gendarmerie : « *puis Docteur Y a été mis au courant lui parce que euh... la gendarmerie euh... parce que ils voulaient avoir accès à mon... à mon dossier euh médical. (...) donc il m'avait demandé de venir et puis on en avait discuté un petit peu* ».

3 des participantes ne s'étaient jamais confiées à leur médecin traitant sur les violences qu'elles avaient subies : « *J'en ai jamais parlé à mon médecin.* » (P10), « *Je lui en ai jamais parlé. Il sait pas du tout. Il sait rien, même pas pour mon agression euh... en novembre dernier, il sait pas.* » (P6), « *je lui ai pas raconté, rien du tout.* » (P3).

Nous pouvons nous questionner sur la fréquence de consultation des victimes chez leur médecin traitant durant la période de violences. En effet, la participante 7 décrivait qu'elle s'y rendait plus régulièrement lorsque les violences ont débuté : « *j'y allais quasiment tous les 2*

mois sauf sur la fin du coup, j'essayais en fait... je pense sur la fin j'essayais vraiment de relativiser les faits en me disant que de toute façon ben... quelque part on est condamné à vivre ça, donc quitte à le vivre enfin autant le vivre... 'fin quelque part en silence ou voilà enfin de le vivre euh... au début oui, effectivement, je la consultais plus régulièrement et sur la fin plus du tout ». Ce n'était pas le cas de P8, qui ne s'y rendait qu'en cas de nécessité : « j'allais vraiment si j'ai besoin, si j'étais malade ou euh... voilà quoi y'avait pas plus euh... pas plus que ça. ».

Le médecin était décrit comme un **guide** dans les démarches : « *elle a essayé de me conseiller, de me rassurer aussi par rapport à ça, de me conseiller par rapport aux démarches aussi à faire. (...) Du coup... d'aller porter plainte, de voir également un avocat, de voire une psychologue également, de... elle m'avait également proposé une ordonnance pour aller voir une psychologue, pour en parler, pour pour me préparer peut-être également à porter plainte.* » (P7), mais les femmes ne sont parfois pas prêtes à les entreprendre malgré leurs confidences : « *elle m'a dit justement d'aller voir la police et de poser plainte et d'faire quelque chose, partir et tout. Mais comme ma situation matérielle ne pouvait pas du tout, j'commençais à changer de métier* » (P9).

Le médecin traitant peut être d'un grand **soutien** pour ces femmes : « *quand je suis allée la voir elle a été très euh... très à l'écoute de de moi. Et puis voilà, elle était... elle était très... ça m'a fait du bien en fait.* » (P10).

L'un des rôles du médecin traitant est la **prescription des médicaments** : « *Je voulais des... des des... comment on appelle, des somnifères, et lui-même me disait que non, parce que si il commençait à m'en donner maintenant je n'en sortirai plus.* » (P8). Le médecin de P6, qui n'est pas au courant des faits traversés par sa patiente, n'a d'ailleurs qu'un rôle de prescripteur : « *Et euh... du coup, depuis là, j'étais sous anti-dépresseur et sous anxiolytiques. Antidépresseurs je les ai pris pendant 3 mois, et anxiolytique j'en prends encore de temps en*

temps. Quand c'est trop dur et que j'arrive pas à gérer. Et euhm... donc du coup ben, un médecin traitant pour tout ça. ».

Le médecin traitant est aussi consulté pour la **rédaction de certificats médicaux** : *« elle m'avait établi un certificat médical déjà suite à ça, en me conseillant bien sûr d'aller porter plainte euh... voilà. Donc euh en m'établissant déjà ça pour... pour avoir des faits basés même si je souhaitais pas porter plainte de suite. ».*

◆ Les urgences

Plusieurs participantes étaient passées par les urgences en raison des violences.

Pour P10, c'était avant le repérage : *« Alors, il y a, je crois, peut-être à 2 reprises ou 3 reprises, non 2 reprises, où en fait, je me suis rendue à... aux urgences. Parce qu'il y avait un soir où je m'étais... j'étais mal tombée sur mon poignet, j'avais hyper mal. Et euh... j'me souviens qu'il m'avait amenée, il m'avait amenée aux urgences. ».* Elle décrivait les urgences comme un lieu où les femmes peuvent consulter en cas de blessures, faire des examens complémentaires, sans pour autant être forcée de dénoncer les faits de violences : *« je m'étais déplacée seule aux urgences, parce que j'avais très très très très très mal à la tête. (...) C'était que des claques, mais des grosses claques au niveau du... de la tête. Et j'me souviens avoir eu quelques quelques bosses, hein, parce que ses claques elles étaient pas petites hein. Et donc j'étais allée aux urgences le lendemain, toute seule, et... ils m'avaient fait passer un scanner pour voir s'il y avait pas d'hémorragie ou... moi j'avais rien mais par contre j'avais un trau... un petit traumatisme crânien. Mais bon j'ai pas dit que c'était pour des violences. (...) J'ai dit que je m'étais pris une grosse barre de fer sur la tête. Bon, ils y ont à peine cru hein, mais euh ils pouvaient pas m'obliger à parler si j'en avais pas envie, donc j'ai j'ai rien dit. ».*

Les autres avaient été orientées vers les urgences par le commissariat. C'est le cas de P6 : « *on nous a dit d'aller nous-mêmes aux urgences.* », qui a rencontré son psychologue aux urgences, qui assure son suivi depuis : « *je suis arrivée aux urgences, (...) et ensuite je suis tombée sur ce psy.* ».

◆ Le psychologue

Pour la majorité des femmes interrogées, le suivi psychologique était décrit comme important pour la **reconstruction** : « *Mais par contre, chose qui est vraie, c'est que ce qui est important dans tout ça, quand on subit, euh comme moi j'ai subi les violences conjugales tout ça, c'est vraiment important de suivre une thérapie.* » (P8), tandis que d'autres estimaient qu'il n'était pas nécessaire : « *j'ai pas vu de psy pour, j'en sais rien. Parce que un psy, ça va plus me fatiguer qu'autre chose de déterrer des choses, alors que là j'ai plutôt envie de... de de l'enterrer en fait, vous voyez ?* » (P9), ou alors pas la priorité : « *psychologue pas encore parce que du coup, j'avais encore beaucoup de choses en même temps disons, et je préférais d'abord gérer les choses les unes après les autres* » (P7).

Les psychologues étaient consultés pour assurer le **suivi des enfants témoins** : « *Pour mes filles c'est très compliqué. Elles ont toujours été là lors des violences, elles ont tout vu et sont obligées d'aller chez leur père un week-end sur deux, c'est très compliqué pour elles. Elles sont suivies par un psychologue également.* » (P2).

La participante 6 décrivait sa **prise en charge, adaptée à son vécu** : « *En fait, on a fait beaucoup de choses différentes. J'ai fait l'EMDR avec lui, j'ai fait aussi euh... de la méditation euh... comment ça s'appelle... de la méditation... thérapeutique, je crois que c'est. Euh... Souvent on commence par une première phrase où il me demande comment je me sens, et en fait, après de là tout découle.* ».

Nous notons une **importante fréquence de consultation** et un **suivi long** : « *Mais il m'a fallu quand même euh... 3-4 ans quand même, j'étais suivie à raison de... je crois 2 fois par mois, tous les 15 jours.* » (P4), « *la psychologue, au départ, quand j'étais donc au foyer, euh... je l'ai vu une fois par semaine. Et... après euh ben... pendant longtemps.* » (P2).

◆ Le psychiatre

P3 avait consulté d'elle-même un psychiatre : « *Alors euh mon médecin (ndlr elle parle de son psychiatre), je l'ai connu par le biais d'une copine et je suis partie. Il m'a pas accepté, il m'a dit, pourquoi vous venez me voir ? Je lui ai dit, écoutez, ça va pas trop avec mon mari euh voilà euh je me sens toute seule euh... voilà, parfois ça va pas* », pour un souci d'économie, le psychiatre étant remboursé par la sécurité sociale : « *j'ai parlé avec mon médecin traitant, il m'a envoyé chez un psy (...) je paye ça 60€, 70€. J'étais 2 fois. Ils m'ont pas remboursé, il m'a dit ils vont rembourser, ils ont rien du tout. Et ce médecin-là, le psychiatre, je paye que 4-5€, il m'écoute* ». Ce dernier l'a cependant réorientée vers un psychologue, selon lui plus adapté : « *Il m'a dit oui, je vous conseille d'aller chez un psychologue, c'est lui qui écoute. C'est mieux que moi.* ».

◆ L'infirmier.e

La participante 5 a été orientée vers une infirmière par son médecin traitant, à qui elle s'est confiée sur les violences : « *Et, et au bout d'un moment, j'en ai quand même parlé au docteur X. Et puis donc lui, il m'a... il m'a fait faire euh... il m'a envoyé chez une infirmière avec qui il travaillait, avec qui le contact s'est bien passé, parce que ça aussi, c'est souvent important de d'avoir la bonne personne parce que ça marche pas avec tout le monde. Elle a su... elle a su m'apprivoiser entre guillemets pour me faire parler et puis voilà* ».

◆ Le kinésithérapeute

Dans le récit de nos participantes, les kinésithérapeutes étaient consultés pour le soin de douleurs liées aux violences : « *j'étais au kiné, plusieurs fois, pour les douleurs au dos.* » (P3), « *Deux fois par semaine, c'est que du massage pour l'instant, au niveau du dos et des côtes.* » (P2).

◆ La sage-femme

La participante 3 s'est confiée à sa sage-femme lors de son suivi de grossesse : « *Après y'a la sage-femme qui est venue chez moi, elle était gentille et je lui ai raconté.* ».

◆ L'institut médico-légal

Cette structure se retrouve à cheval entre les prises en charge médicale et judiciaire. Si des blessures physiques sont décrites lors d'un dépôt de plainte, les victimes sont orientées vers l'institut médico-légal afin d'être vues par un médecin légiste sur réquisition : « *lorsque j'ai porté plainte, forcément, ils m'ont envoyé voir un médecin légiste, donc pour constater également les... les dernières blessures euh... ouais.* » (P7). Ce dernier constate l'ensemble des blessures afin d'établir un certificat médical qui sera automatiquement transmis aux autorités compétentes : « *J'étais chez le médecin légiste, elle m'a tout mesuré, elle m'a tout... elle m'a dit, vous inquiétez pas, on va tout envoyer, tout le dossier, ne vous occupez de rien.* » (P3).

ii. **Parcours judiciaire**

◆ Les forces de l'ordre

Certaines participantes, comme P1, avaient fait **appel à la police** : « *j'ai contacté la police, et la police donc comme j'étais en état euh... voilà j'tremblais euh... elle m'a... comme j'avais peur en fait euh, elle m'a gardé au téléphone.* », qui est ensuite **intervenue au domicile** : « *quand*

les policiers sont arrivés, ils m'ont interrogé et ils l'ont interrogé séparément, dans deux pièces séparées ». Finalement, les autorités étaient parties sans donner de solution à la participante, le conjoint s'étant infligé lui-même des blessures ne permettant pas aux policiers de conclure directement : « *au bout de ¾ d'heure à peu près, ils sont partis en disant écoutez euh monsieur va aller au travail, on peut rien faire de pl.. euh... il va quitter l'appartement là pour aller travailler, et on peut rien faire de plus pour vous. Parce que c'est votre parole contre la sienne, vous l'avez agressé avec une arme blanche. Je dis ah bon, mais quelle arme blanche ? il dit il a des blessures au couteau. J'étais... scotché, j'me dis ah bon, enfin... j'ai jamais pris de couteau, rien, et euh... ça c'était un premier choc pour moi, j'me suis dit mince, euh... en fait c'est aussi simple que ça. Il prend... il s'auto... il s'auto blesse et puis voilà il y a plus rien en fait... c'est la parole de l'un contre la parole de l'autre il peut rentrer tranquillement dans l'appartement euh... et rien de plus.* ». Elle a été orientée vers son médecin traitant : « *donc il y avait un des policiers quand même qui m'a dit allez voir votre médecin tout de suite. Donc je suis allée chez ma médecin* » (P1).

D'autres, comme P11, s'étaient déplacées au **commissariat** : « *Moi je suis partie. Je suis allée au commissariat. Parce que c'était la seule façon euh où éventuellement on pouvait me protéger.* », pour déposer **plainte** : « *ah j'ai plus, j'ai plus l'année en tête mais euh... quand il a levé la main sur moi une fois, j'ai déposé plainte* » (P4) ou une **main courante** : « *Mais j'ai pas posé j'ai posé qu'une main courante.* » (P9).

Pour certaines, plusieurs plaintes ou mains courantes ont été déposées : « *C'est la 2e fois que je porte plainte hein. On va dire c'est la 3e fois.* » (P3), « *Je suis allée déposer 5 fois plainte.* » (P8), « *Là, ces derniers temps oui, il y en a eu 2, mais après euh... toutes les mains courantes que j'ai faites, toutes les plaintes déjà avant, parce qu'il avait déjà été condamné à deux reprises.* » (P2).

Le dépôt de plainte est une étape primordiale dans le parcours d'une femme victime, décrite comme étant la plus difficile par la participante 7 : « *Je pense que porter plainte, honnêtement, c'est assez difficile euh... pour euh... ben je pense que pour les victimes, c'est ce qui est le plus dur au final. Alors. Honnêtement, ils sont très gentils et très réceptifs, mais... beaucoup, déjà, ouais, déjà il y a beaucoup de questions, j'dirais... fin... en fonction des enquêteurs aussi peut-être un peu de jugement, de... voilà de... ce qui est normal après, c'est des personnes humaines, mais sachant que... déjà pour nous, c'est difficile de porter plainte contre quelqu'un avec lequel on a entretenu une relation, surtout une relation longue, euh avec laquelle on avait des projets, une personne avec laquelle ben... fin... vraiment c'est... ouais.* ».

◆ La justice

Suite au dépôt d'une plainte, d'une main courante ou d'un signalement débute le parcours judiciaire.

Dans le cas de P9, le **procureur** avait déposé plainte après sa main courante : « *Parce que le procureur a posé plainte. J'vous cache pas, j'ai j'ai pas... voilà, je ne voulais pas.* ».

Pour certaines, comme P10, la prise en charge fut rapide avec une **comparution immédiate** : « *En déposant plainte, ben... il a été arrêté, 'fin il a été cherché le lundi, mis en garde à vue. Bien évidemment, il a tout nié. Bien évidemment, il a rien avoué. Il est passé en comparution immédiate le vendredi 14 octobre. En attendant, il était placé en détention provisoire.* ».

Pour d'autres en revanche, le parcours était plus long. C'est le cas de P7 qui devra patienter 4 mois avant que l'audience ait lieu : « *il avait fait 36 h de garde à vue et il sera jugé du coup le 24 janvier. Mais entre-temps, du coup, il est quasiment tous les soirs chez moi, donc euh autant vous dire qu'en 3 semaines on dort pas beaucoup, que 24 janvier ça paraît très long.* ».

La participante 8 a traversé un parcours judiciaire très riche. Dans un premier temps, elle avait été placée en **garde-à-vue** au même titre que son conjoint, arrêté lors de la séquestration de son ex-partenaire. Elle était donc passée devant le **juge des libertés et de la détention** en premier lieu : « *donc euh j'suis passée devant un juge des libertés pour savoir si je devais aller en prison ou si je pouvais rester dehors, que le juge des libertés lui-même a dit vous n'avez pas votre place en prison, vous avez été tout autant séquestrée que Monsieur, je vous laisse dehors.* », avant d'être poursuivie par le procureur : « *j'ai le procureur qui a porté plainte contre moi vis-à-vis de mes enfants, en disant que mes enfants étaient en danger de mort. Donc je me suis retrouvée pendant d'abord 6 mois d'enquête judiciaire et après pendant un an, j'ai une aide éducative, mais ça ça s'est... ça a été stoppé.* ». À la suite d'une **expertise psychiatrique**, son agresseur avait été condamné : « *pendant un mois euh, il y avait l'expertise, donc qui s'est révélé que c'était un psychopathe, qui savait très bien ce qu'il faisait. Donc, quand il a été condamné, il a eu pour cette condamnation 6 ans de prison. J'ai été relaxée de l'affaire.* ». Cependant, la prison n'arrête malheureusement pas les violences, et les menaces de mort ont continué, entraînant des plaintes multiples et une bataille judiciaire d'1 an et demi, aboutissant finalement à une mesure d'expulsion du pays : « *Donc elle me dit que son expulsion était validée, mais que son pays d'origine (lieu modifié ndlr) réclamait juste un test covid, que Monsieur a refusé de faire, qui est considéré comme un délit donc elle me dit qu'il s'est pris 3 mois d'emprisonnement supplémentaires. (...) Donc voilà elle a dit on avance pas à pas, mais là normalement... le prochain appel que je devrais avoir, c'est pour me dire que... (grande inspiration) qu'il est parti (émue).* ».

Les victimes peuvent être confrontées au **juge aux affaires familiales** lorsqu'elles demandent l'**autorité parentale exclusive** ou une **ordonnance de protection** : « *j'ai eu la pleine autorité parentale, lui il ne l'a pas eu, il n'a jamais pu euh... avoir les... lui, il voulait à tout prix récupérer*

les enfants, surtout le... mon fils aîné. Et il a jamais pu le... les avoir, les enfants n'ont jamais voulu le voir. » (P11), « c'était au mois de mai, donc il restait 2 mois. Elle m'dit on va demander une ordonnance de protection. » (P8).

L'ordonnance de protection peut comprendre des mesures d'éloignement comme le **téléphone grave danger** : *« Donc euh... comme on ne savait pas ce qu'il allait en être de la comparution immédiate, on m'avait proposé le téléphone grave danger. » (P10)* ou le **bracelet antirapprochement** : *« Et là, moi, avec l'avocat, donc pendant l'ordonnance de protection comme c'est moi qui ai saisi au civil j'crois on dit, le tribunal, donc je demandais le bracelet. » (P8).*

Chaque tribunal judiciaire comprend un **bureau d'aide aux victimes** pouvant renseigner, orienter et accompagner les victimes dans les procédures judiciaires : *« Après il y avait aussi le bureau des victimes, où euh ils m'ont pas mal suivi aussi. Parce que ce qu'il faut savoir, c'est que quand Monsieur a été incarcéré, Monsieur a été incarcéré, mais il est considéré au jour d'aujourd'hui comme un homme dangereux. » (P10).*

◆ Les avocats

La présence d'un avocat aux côtés de la victime était décrite comme indispensable par les participantes ayant eu un parcours judiciaire. En effet, les victimes se retrouvaient au milieu de démarches dont elles ignoraient beaucoup de choses, à un moment où elles étaient fragilisées par l'emprise et les violences qu'elles ont subies. C'est pour ces raisons que la participante 9 avait cherché un avocat : *« Moi, j'ai dû chercher une avocate. Même là elle aurait su peut-être mes droits, qu'est-ce qu'il faut que je fasse, parce que j'avais des questions, moi, à ça, qu'est-ce que je fais ? J'ai mon fils, je fais quoi ? On va m'le, on va me le prendre ? Vous voyez ce que je veux dire ? On subit. En fait, on sait rien, on n'en sait rien en fait. Donc*

j'ai dû chercher un avocat toute seule ». En effet, les participantes concernées ont toutes eu à faire l'effort de trouver un avocat d'elle-même, ce qui n'est pas évident comme le décrivait P8 : « *Et il faut trouver une bonne avocate. Ça aussi quand même. Parce que pour faire avancer quand même les procédures. On peut le faire par nous-mêmes. Je l'ai fait. Mais c'est pas pareil, c'est plus long. C'est voilà. Et c'est ça le plus important, c'est de trouver un bon avocat, c'est pas facile.* ». Certaines étaient conseillées par des proches, comme P10 : « *Ma meilleure amie. Ma meilleure amie, qui euh... sa belle-sœur l'avait pour ses enfants.* ».

La participante 8, qui avait le parcours judiciaire le plus long, avait changé d'avocate à 2 reprises, avant de tomber sur une avocate **spécialisée dans les violences conjugales** : « *Donc j'ai cherché une autre avocate, et là j'ai trouvé une avocate spécialisée dans les violences conjugales* ». C'était également le cas de P10 : « *C'est une tueuse au niveau justement euh, tout ce qui est affaire violence conjugale et tout ce qui est affaire aussi JAF.* ».

iii. **Parcours social**

◆ Les associations

Les participantes déclaraient que les associations leur avaient permis d'avoir un **accompagnement** à travers les démarches : « *Et après c'est eux qui ont pris euh... qui nous ont aidé à... à remonter la pente quoi. (...) ils ont tout fait parce que j'étais dans un état où je ne pouvais plus rien faire. (...) des travailleurs sociaux. Qui m'ont donc donné euh... fin, ils sont allés avec moi pour d'autres plaintes, pour euh... voir un psychologue.* » (P2).

Certaines permettent notamment d'apporter un **soutien dans les procédures judiciaires** : « *Alors viaduc 67 c'était un juge qui m'avait euh... euh j'étais en contact avec elle et elle m'a appelé euh... une fois tous les 3 semaines pour savoir... pour me conseiller euh... pour la suite.* » (P2), « *j'arrête pas de le dire autour de moi, l'association qu'il faut vraiment aller quand on*

entreprend des démarches, c'est viaduc 67. (...) Ils sont en lien, ils... moi ce qu'ils ont fait, cette dame-là, l'association je... je la remercierai jamais assez ! Elle était derrière, elle a harcelé les tribunaux, elle était là ! » (P8).

Elles étaient parfois une porte d'accès à un **logement**, temporaire : « *Ils m'ont appelé pour me ramener dans un foyer ou un hôtel et tout parce que j'étais enceinte du premier.* » (P3), « *On était 8 mois dans le foyer* » (P2), voire définitif : « *Et vue la situation qui était quand même très très difficile, j'ai eu l'appartement tout de suite. Et je suis arrivée à Strasbourg, j'ai emménagé dans cet appartement le jour des 2 ans de mon fils plus jeune, c'est vraiment la date, je suis venue ce jour-là.* » (P11).

Les associations permettaient un **accès gratuit à un suivi psychologique** : « *Après à CIDFF, j'avais vu un... Une Psychologue.* » (P2), « *Donc j'ai commencé un suivi depuis juillet avec la psychologue de l'association viaduc.* » (P8).

◆ Les travailleurs sociaux

Les femmes victimes étaient parfois mises en relation avec un travailleur social à la suite du dépôt de plainte au commissariat : « *c'était par, du coup par le commissariat, suite au dépôt de plainte (...) elle travaille du coup avec le commissariat directement justement pour les femmes victimes de violences conjugales.* » (P7).

Certaines, comme P10, avaient consulté d'elles-mêmes une assistante sociale de secteur : « *Je... j'ai des assistantes sociales. Enfin une de secteur et une de la gendarmerie.* ».

Ils sont présents également au sein des associations : « *des travailleurs sociaux. Qui m'ont donc donné euh... fin, ils sont allés avec moi pour d'autres plaintes, pour euh... voir un psychologue.* » (P2).

Ces intervenants avaient, d'après les interrogées, pour **rôle primordial d'accompagner, de guider, d'orienter les victimes dans les démarches administratives** : *« je pense que sur le coup on est tellement perdu, de par les procédures, de par les questions, de par... donc je pense que ça c'était vraiment la personne indispensable et j'espère que vraiment faudrait... c'est honnêtement... peut-être... si je pouvais... voilà s'il y avait quelqu'un dans mon entourage qui... qui vivait ce genre de chose, je l'aurais vraiment redirigé vers une assistante sociale. »* (P7).

Pour P11, les assistantes sociales avaient été d'une grande aide pour la prise en charge des enfants lors de son hospitalisation : *« Et... donc j'ai été hospitalisée. Il fallait caser, entre guillemets, c'est le mot, caser les enfants, les 2 petits hein, parce que... et donc il y avait 2 assistantes sociales sur Mulhouse qui m'ont beaucoup, beaucoup aidé, qui se sont arrangées pour que voilà, pour que j'aie une place en crèche ».*

◆ 3919

Le numéro d'urgence national de référence pour les femmes qui subissent des violences conjugales a été mentionné par plusieurs participantes. Il permettait d'orienter les victimes dans les démarches et notamment vers les associations de secteur : *« le 39 19 il m'semble hein, quand il y a 8 ans en arrière donc quand tout est arrivé la séquestration... il me semble que je les avais appelés, qu'ils m'avaient envoyée vers l'association SOS France victime, je crois que c'était... SOS femme solidarité. »* (P8).

iv. L'entourage

L'entourage, bien qu'il soit différent des autres intervenants car non professionnel, a été mentionné à de nombreuses reprises par les interrogées, et occupe un rôle important.

En effet, les participantes déclaraient un **soutien** : *« J'ai des personnes qui sont vraiment euh... j'ai une sœur et neveu qui sont vraiment très proches et qui... qui m'aident beaucoup. »* (P2),

« mes sœurs à partir... au moment où je les ai appelés, elles sont venues donc les 3 hein, puisqu'elles étaient encore les 3 à l'époque, mes 2 beaux-frères. Même les 3 hein, puisqu'ils étaient, mes sœurs étaient mariées, tout le monde, eux ils m'ont aidé, eux ils m'ont soutenue » (P11), parfois matériel en proposant un **hébergement temporaire** : « c'est vraiment que des amis qui m'ont.. qui m'ont hébergée tout ça, parce que euh... quand euh... quand on est passé en jugement euh par rapport à son dépôt de plainte le 21 décembre, 21 décembre imaginez en décembre période de Noël euh j'avais aucun logement » (P1).

Beaucoup de participantes avaient été accompagnées par leurs proches au commissariat : « Donc pendant 3 jours, j'étais dans la maison euh... j'savais pas s'il fallait que j'aille voir les gendarmes ou pas, je savais pas quoi faire, c'est des amis à moi qui me poussaient à aller jusqu'à... devant la porte. Je voulais pas le faire. » (P3).

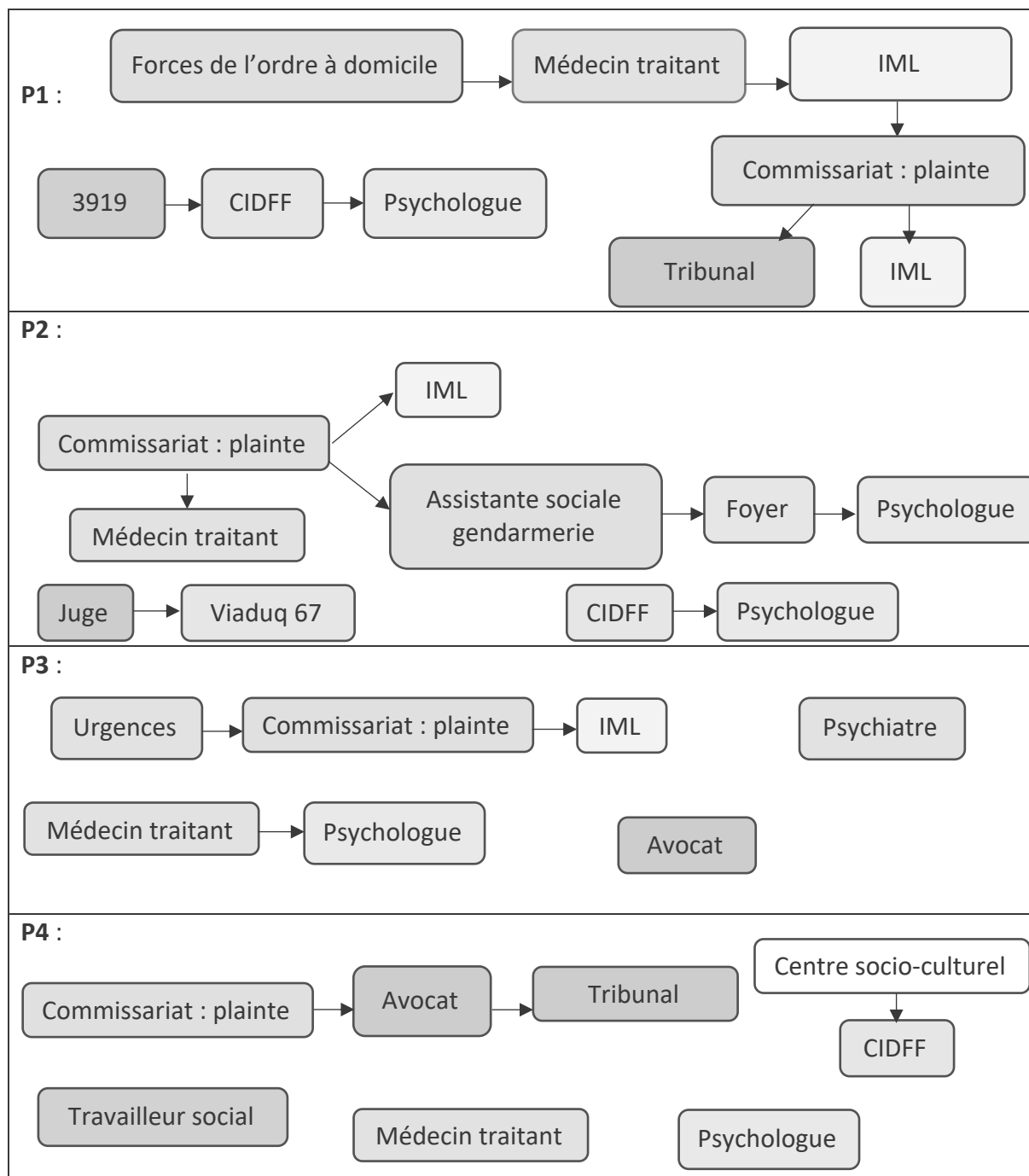
La participante 10 décrivait l'importance pour le proche d'être discret, ce qui facilite la confiance : « J'ai réussi à en parler à une personne. Mes parents, ils savaient un petit peu. Mon frère un petit peu. Mais ma meilleure amie, j'lui disais tout. 'Fin j'lui ai tout dit, mais qu'à partir du Canada. (...) tous les jours elle me disait « Mais Justine tu peux pas rester comme ça ». Mais sans vraiment être intrusive, elle a vraiment réussi à rester à sa place en fait. ».

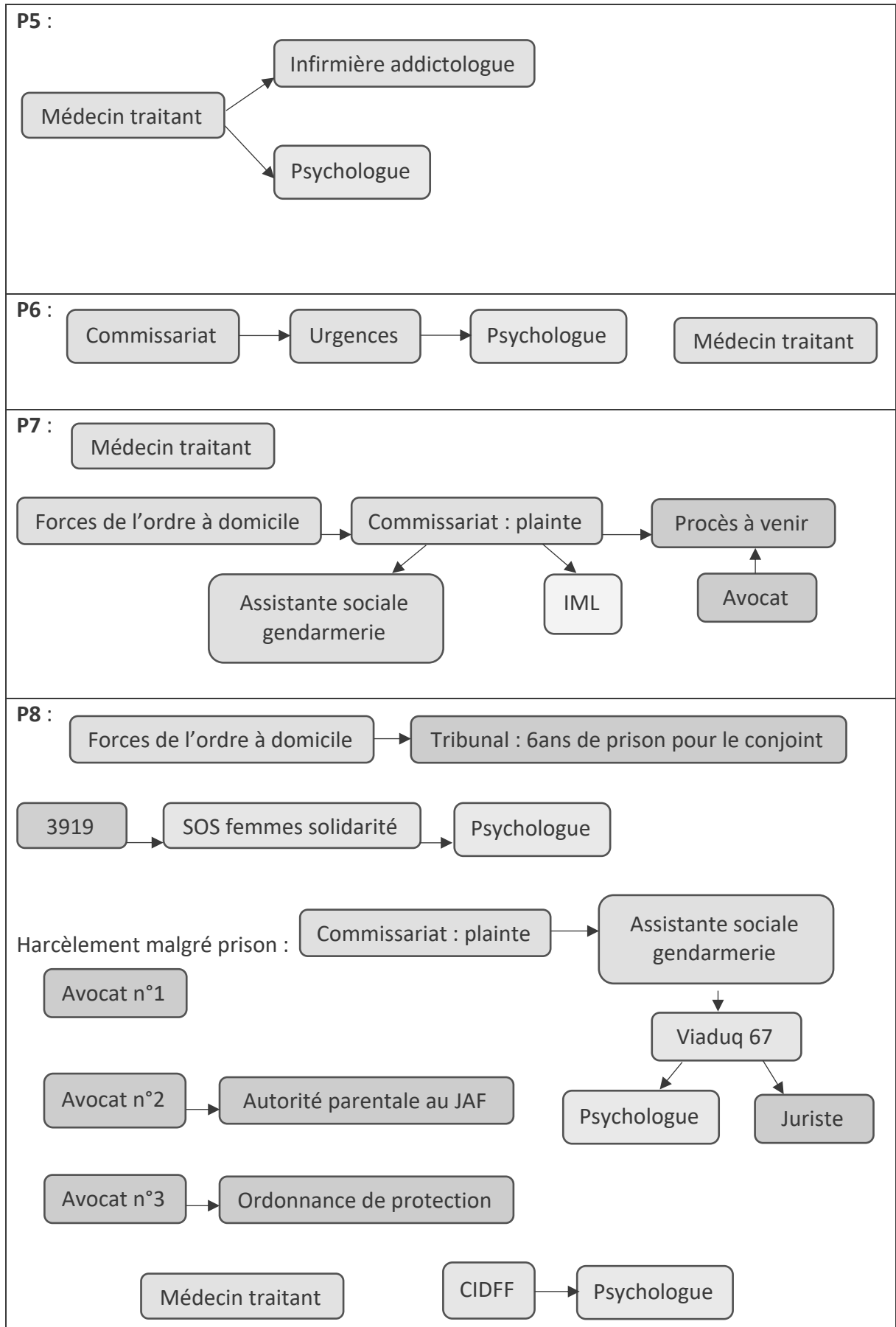
Pour certaines, les proches s'étaient éloignés par peur : « Parce que il faut savoir que... tout mon entourage avait peur de cet homme. Quand il devait sortir, beaucoup m'ont laissé tomber. Beaucoup m'ont dit qu'ils viendraient plus chez moi à la maison. Que... si il vient, ils sont désolés pour moi, mais il fallait que j'appelle la police. Tout le monde, mes frères, tout ça. » (P8) ou n'avaient pas répondu à l'appel à l'aide : « le pire c'est que dans l'après-midi j'avais ramené une copine à moi qui est avocat (pleure), je l'avais appelé j'lui ai dit écoute aide-moi au secours, elle « nan il faut laisser tomber, c'est pas grave, euh laisse, c'est bon ». » (P9). La participante 4 ne se sentait pas prise au sérieux : « mais disons que quand j'en parle à ma famille, je suis

pas prise de sérieux, donc j'ai j'ai pas ce soutien-là. Et ça c'est une violence aussi. Morale, c'est une violence morale. Encore aujourd'hui j'en parle, euh... ma mère appelle toujours mon ex ».

b) Orientation dans le parcours

Afin d'avoir une vision plus figurative du parcours des participantes à notre étude, nous nous proposons de schématiser celui de chacune d'entre elle dans le tableau suivant :





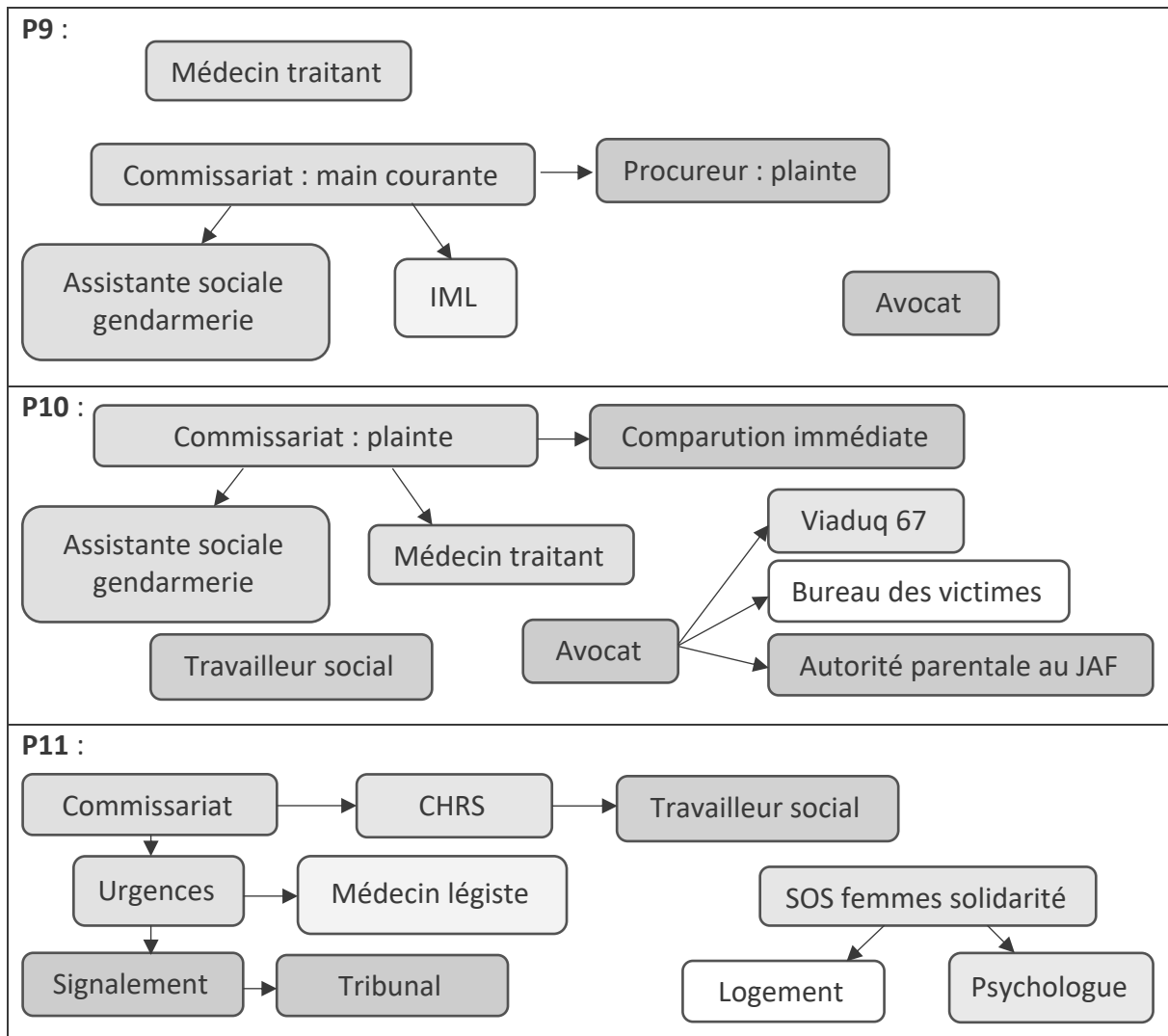


Tableau 1 : Vue d'ensemble sur le parcours de chaque participante

Nous observons à travers ce travail que le circuit est similaire pour chaque participante, peu importe l'endroit où celui-ci commence. En effet, la chronologie n'est pas prédéfinie et il existe plusieurs « portes d'entrée » au parcours de prise en charge. Cependant, nous pouvons proposer un circuit, toujours respecté par nos participantes, illustré sur le schéma suivant.

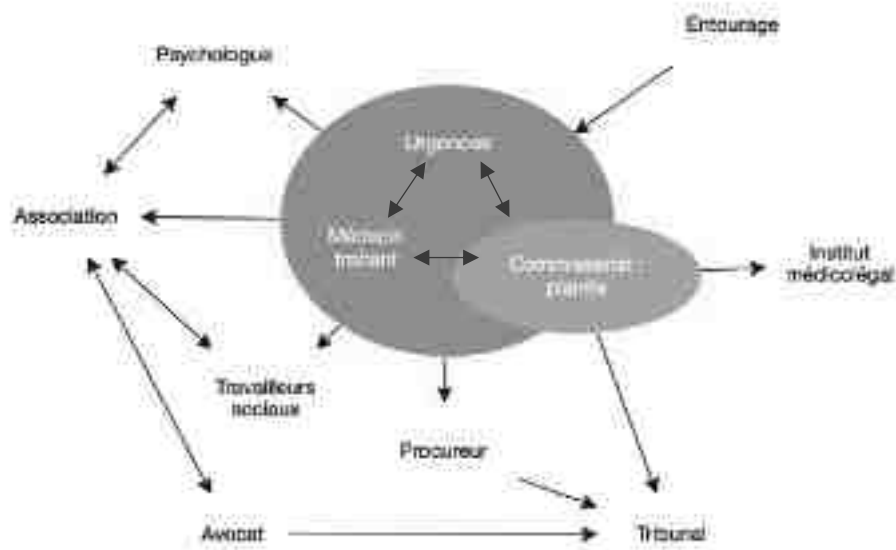


Figure 3 : Carte conceptuelle – Orientation des femmes victimes de violences conjugales entre les principaux intervenants

Ainsi, le premier contact des participantes, souvent poussées par leur entourage, était le médecin traitant, les urgences hospitalières ou les forces de l'ordre. Ils forment une première triade où chacun a la capacité de recevoir ou d'orienter la victime vers l'un ou l'autre. Ces trois premiers acteurs orientent ensuite la victime vers les intervenants nécessaires selon la situation : psychologue, association ou travailleurs sociaux, qui forment une deuxième triade. Concernant les avocats, soit les victimes les contactaient spontanément, soit elles étaient orientées par les associations, certains avocats travaillant de pair avec ces dernières. Une participante mentionnait que le médecin des urgences avait interpellé le Procureur de la République pour que l'agresseur soit arrêté en flagrant délit. Suite au dépôt de plainte, les victimes étaient orientées vers l'institut médico-légal et une enquête était menée par les policiers et/ou gendarmes, qui rendaient des comptes au Procureur. S'en suivait le vaste parcours judiciaire avec les procédures civiles voire pénales au tribunal.

Ce schéma permet de mettre en lumière l'importance de la pluridisciplinarité. En effet, chaque intervenant ayant son importance et son rôle propre, une mauvaise orientation et/ou communication entre eux a forcément un impact négatif sur la prise en charge de la victime.

Nous avons effectué un croisement de données entre les différents « parcours-type » (selon la porte d'entrée utilisée) et le tableau des caractéristiques des patientes. La propension à déposer plainte, consulter le médecin traitant ou se rendre aux urgences ne semblait pas liée à l'âge, à la catégorie socio-professionnelle ou à la présence d'enfants à charge dans notre étude.

c) Consommation de soins

Nous avons vu que les répercussions des violences sur l'état de santé des victimes sont nombreuses, ayant pour conséquence une consommation de soins non négligeable.

En parallèle des acteurs médicaux et paramédicaux que nous avons déjà mentionné, plusieurs participantes avaient déclaré consommer des **médicaments**, de la famille des anxiolytiques/antidépresseurs : « *Je prends un anxiolytique et un antidépresseur et pour dormir, depuis un an et demi.* » (P2), ou des antalgiques : « *c'était le genre à aspégic, Aspirine à très forte dose quoi, parce que, pour... à cause des douleurs hein* » (P11).

Certaines avaient passé des **examens complémentaires** : « *j'ai commencé à avoir des problèmes de santé, des infections à répétition, des kystes, des ... sans explications. J'ai fait tous les examens possibles et imaginables euh ici d'ailleurs à l'hôpital civil, ils ont rien trouvé, et euh c'est le facteur stress plutôt qui est ressorti* » (P1), « *La dernière fois, j'ai dû faire un radio du nez et radio et scanner au niveau des côtes. Entre-temps, à un moment donné, j'ai dû faire euh... bah oui, il y a un an et demi, oui, j'ai dû faire un scanner de la tête parce que j'avais perdu connaissance.* » (P2).

La participante 11 avait subi 8 **interventions chirurgicales** en raison des violences : « *j'étais à Paris hein, hospitalisée pour les yeux. J'étais opérée 8 fois en 6 mois. Pour finalement perdre un œil.* ».

P6 mentionnait différentes méthodes de médecine douce :

- L'**hypnose** : « *Je vois une hypnothérapeute depuis peu. J'en ai parlé avec mon psy justement, qui m'a conseillé plutôt de prendre une hypnothérapeute psy. Voilà, je la vois une fois par mois depuis 3 mois.* ».
- La **naturopathie** : « *naturopathe parce que... début d'ulcère, gastrite chronique, enfin voilà donc forcément il faut que je change plein de choses, que... mais comme j'aime pas trop les médicaments, bah j'essaye de faire plus euh... par ce biais-là.* ».
- L'**acupuncture** : « *Acupuncture aussi, pareil pour calmer les angoisses, les douleurs, etc.* ».

d) Difficultés rencontrées

Le parcours que suit une femme pour se sortir de son environnement violent est donc très riche et complexe. Elles doivent s'armer de courage pour traverser ces étapes, qui surviennent après une période où elles ont déjà beaucoup enduré.

Parmi les femmes interrogées, certaines évoquaient un **surmenage** : « *Mais c'est juste que, voilà, tout nous tombe dessus. Puis y a pas d'aide, puis... je me retrouve seule et puis je dois gérer si, et puis je dois gérer ça, etc. Donc à un moment donné on... on est surpassé par les, les émotions et... Mais ça dure 1h. Puis j'me vide de larmes. Et puis euh... et puis c'est reparti.* »

(P10)., « *Tu cherches ton appartement, tu cherches ci, tu... fatigue aussi, psychique euh... mais c'est une fatigue psychique parce que il y a pas que la peur, c'est le stress de la vie, de ce qui va m'arriver, mon fils, l'école, changement de l'école, changement de ci, la situation vis-à-vis des autres euh... est-ce que, là j'ai dû en parler à mes 3 salariés euh... les responsables, pour leur dire euh voilà (...) un, on se fait battre, deux, maintenant je dois financièrement manger, trouver une situation pour mon fils, et psychologiquement, tenir. Et je suis fatiguée, pas*

d'vacances, pas d'repos, euh c'est... C'est, quand t'as des enfants, ben t'as la rentrée, t'as l'école, t'as les trucs médical, on réalise pas hein. C'est... ce qu'on porte, moi, ce que j'ai dans mon ventre, c'est... j'essaie de digérer, mais je n'arrive pas à digérer, j'ai pas le temps de digérer. » (P9).

En plus des tâches multiples, elles se retrouvaient pour la plupart en difficulté financière : *« Et au jour d'aujourd'hui, financièrement, c'est la catastrophe. C'est la catastrophe, je m'en sors plus. » (P10).*

En conséquence, plusieurs déclaraient avoir eu **envie d'abandonner** : *« dans ce parcours-là, moi ce que je relève c'est que... ouais j'ai...j'ai failli abandonner plusieurs fois. Ça devrait être plus fluide en fait. Ça devrait être beaucoup plus fluide. » (P1).*

Certaines avaient fait marche arrière à un moment ou à un autre, comme P3 qui avait d'abord retiré sa plainte : *« elle m'a dit 17, j'ai appelé directement, ils sont venus, il... il... dans sa tête, il dit, elle ferait jamais ça. Et j'ai... et j'ai fait. Après, j'ai retiré la plainte. »* ou P10, qui lors d'un épisode de violence, avait fait appel à la police pour finalement mentir sur l'origine de ses blessures : *« Donc la police est arrivée. Bien évidemment, ils m'ont demandé si ce que j'avais dans le visage, les marques etc, c'était lui. Bien évidemment, j'ai dit que non. ».*

Certaines avouaient éprouver du **regret**, compte-tenu des difficultés qu'elles traversaient pour être prises en charge : *« il y a des moments où je suis euh... contente de ce que... de ce qu'on a fait, de ce que j'ai fait. Puis à d'autres moments, où je me dis euh... j'aurais dû rester quand même. » (P2), « c'est juste que on se dit, bah je préfère être chez lui que d'être dans un foyer, ou je préfère être chez lui que dans une chambre d'hôtel, ou j' préfère être chez lui que d'être soumise aux règles de mes parents. C'est euh... c'est un peu ça. » (P10).*

7. Attentes des femmes victimes

L'analyse des verbatims à partir du logiciel Nvivo a permis de classer en deux grandes thématiques les résultats afin de répondre à notre question initiale :

- Les attentes générales, qui concernent tous les intervenants
- Les attentes spécifiques à certains acteurs de la prise en charge

a) *Les attentes générales*

L'analyse a fait émerger plusieurs catégories et sous-catégories au sein de cette thématique, que nous avons modélisé sur la carte mentale suivante :

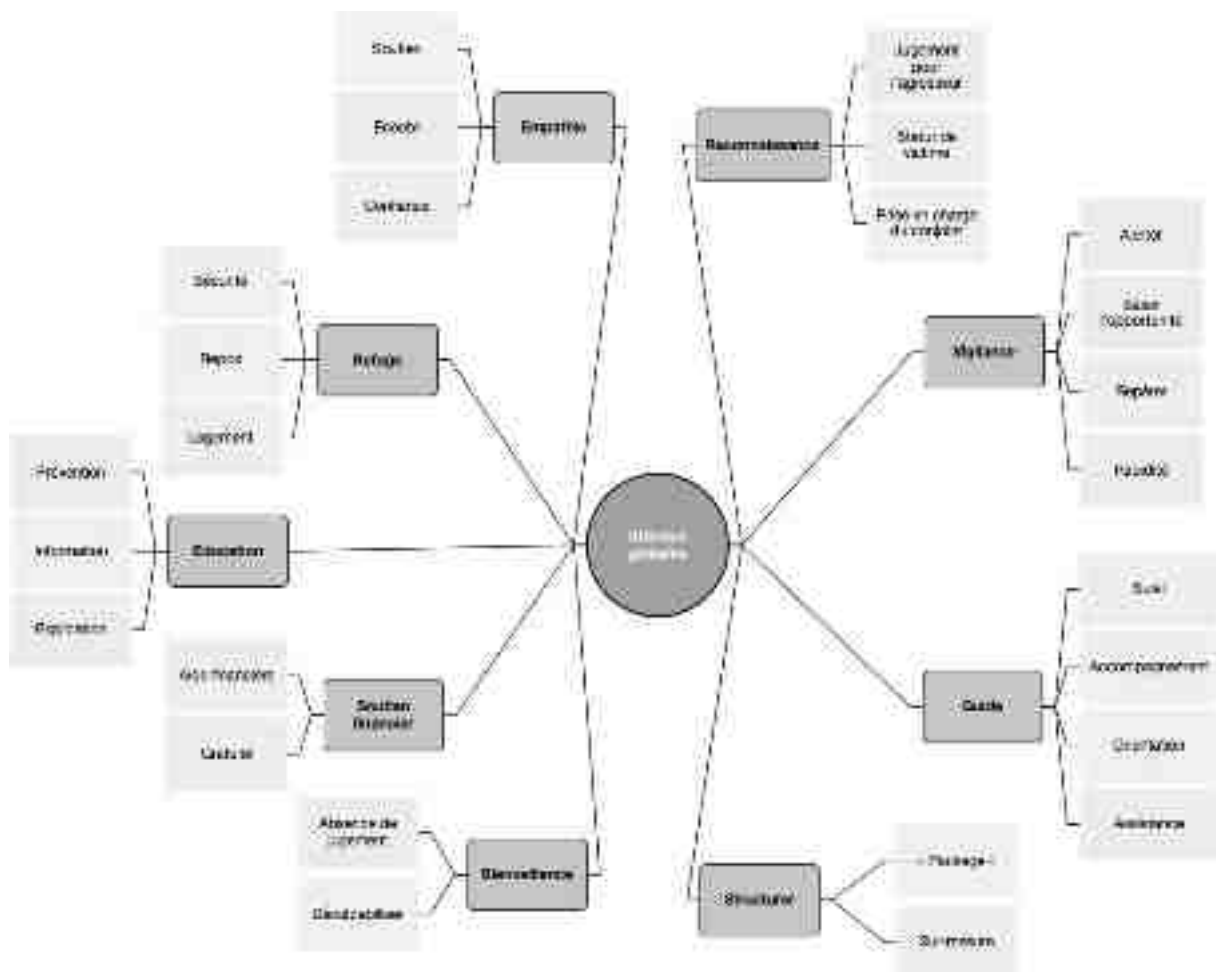


Figure 4 : Carte mentale – Attentes générales des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge

◆ Empathie

L'empathie est souvent décrite en médecine. En effet, les patients ont besoin que leur médecin les comprenne pour se sentir en **confiance** et être à l'aise. On retrouvait cette notion dans nos entretiens : « *j'ai besoin, alors que je suis quand même quelqu'un qui... j'ai un contact assez facile, mais malgré tout j'ai besoin que... d'un feeling. Je sais que je suis prête à dire, je, je je dis rien quand je me sens pas à l'aise.* » (P5), « *je suis pas d'une nature en fait à exposer ma vie privée comme ça, même auprès de mes amis* » (P1).

Pour avoir de l'empathie, il faut avoir une attitude d'**écoute**. Nos participantes déclaraient avoir besoin d'être entendues : « *ben quelque part bah... au final j'ai eu la chance de... 'fin même, le peu que j'en parlais, j'ai eu la chance d'avoir des personnes du coup qui étaient à l'écoute, parce que j'pense que sinon aujourd'hui ben... peut-être pas maintenant, mais peut-être dans un mois, 2 mois ben j'aurais... ça aurait beaucoup plus... mal fini, sachant en plus ce qu'il y a derrière donc euh... 'fin ouais.* » (P7), « *je me bats, ça faisait plus d'un an maintenant que j'étais là en train de me battre, personne ne veut m'entendre, c'est aberrant.* » (P8).

Cette attitude d'empathie permet à la personne de se sentir **soutenue** : « *elle a été très très gentille au téléphone euh... ça m'a fait du bien en fait euh... de me sentir épaulée surtout après euh... la session avec les policiers* » (P1), et c'est ce que nos participantes attendaient de leurs interlocuteurs : « *Donc euh... le soutien euh, c'est clair, c'est important de l'avoir lorsqu'on... lorsqu'on dit, et je sais pas si y a un réel soutien en fait. Ou s'il peut y en avoir un, j'en sais rien mais euh, voilà.* » (P9), « *Donc euh... mais franchement, le parcours, quand je pense à tout ça, c'est... J'ai été beaucoup seule. Incomprise, forcément. On ne pouvait pas me comprendre (émue).* » (P8).

◆ Refuge

La majorité des femmes interrogées déclaraient avoir besoin de se sentir en **sécurité** : « *je suis là, je souffre, lui, il se promène dehors et pour l'instant, il y a rien qui est fait quoi. Il peut revenir à tout bout de champ devant la porte et, et euh... voilà quoi.* » (P2), « *avant, il faut prendre en charge la personne qui est persécutée là, l'avertir, la... voir comment ça se passe, la mettre peut-être dans un coin où elle peut se recueillir, je sais pas moi, j'en sais rien, mais... mais la sécurité, on l'a physique, on l'a matériel, donc on a toujours la sécurité quoi. Donc on est sous tension.* » (P9). Ce sentiment de sécurité peut s'acquérir par le fait de trouver un logement adapté : « *Et euh... bah du coup, je me sens en sécurité. Surtout que j'ai choisi un appartement avec une porte blindée (rire). C'est euh... mais je l'ai pris beaucoup pour ça, parce que vraiment voilà. Et puis y a plein de sécurité aussi, il faut un badge, il faut... enfin on peut pas rentrer n'importe comment, etc.* » (P6), mais également par une prise en charge anonyme ne permettant pas à l'agresseur de retrouver sa victime : « *Je suis restée à l'hôpital. Là-bas, ils se sont arrangés pour que les 2 petits soient pris en charge en pédiatrie, pour que moi j'ai pas de souci à me faire. Ils ont, j'étais sous X, hospitalisé sous X parce que mon ex évidemment il a fait le tour des hôpitaux pour savoir si j'étais... Ils ont, ils ont vraiment fait ce qu'il fallait pour me protéger, ça à ce niveau-là c'était bien quoi.* » (P11).

L'une des étapes clés de la reconstruction est la quête d'un **nouveau logement**. Celle-ci n'est pas évidente, et les participantes déclaraient avoir besoin d'aide : « *je cherchais un logement, femme seule, vous avez pas encore divorcé, vous pensez que vous allez trouver un logement ? Heureusement que j'ai récupéré mon appartement, j'ai négocié avec le locataire parce que c'était une catastrophe. Mais si j'avais pas ça, je... j'aurais fait comment ? Je serais encore chez lui ! On peut pas avoir de logements en fait. On peut pas, on est encore marié et tout euh, même si euh, j'ai un super bilan tout euh... non, on n'a pas, on n'a pas cet argent-là tout de*

suite, quand on s'fait frapper on doit partir tout de suite, on n'a pas l'argent. » (P9), « Il me dit débrouillez-vous euh en tout cas n'espérez pas trouver une place en foyer à mon avis c'est plein. Donc euh... si vous voulez euh... j'me dis euh... si j'avais pas eu d'amis, en fait, j'aurais été à la rue en fait. J'aurais été complètement à la rue. Parce que... ou alors... dans un... je sais pas où. » (P1).

Une autre notion retrouvée à plusieurs reprises et celle d'avoir besoin de **repos** pour prendre du recul : *« c'est du repos que j'aurais voulu surtout. Du repos, de la remise en... en bonne condition, qu'on m'aide » (P4), « Moi, je pense que les femmes euh... euh... comment dire euh... battues, j'pense qu'il leur faut un, un temps, leur donner un temps, un truc de spa, de cure, je sais pas. Parce qu'on n'a pas les moyens, on a pas... on a plus la tête, on est partout en fait. Et c'est du surmenage psychologique (...) vous mettre dans un lieu de trans.... juste pour que vous vous vous pensez à rien en fait, on s'occupe de vous, un petit moment, pour vous retrouver et reprendre après. » (P9).*

◆ Éducation

Les participantes insistaient sur la nécessité d'acquérir un savoir.

Ainsi, l'éducation passe dans un premier temps par la **prévention** : *« Parler aux femmes, leur dire que... même aux jeunes, c'est pas normal, ce que tu subis c'est ça, mettre des mots pour qu'elles comprennent, (...) je sais pas, former tout le monde, 'fin parler... peut-être à l'école, je sais pas du tout comment... (...) On a des moyens dans plein de choses, donc ça c'est... éduquer dès le plus jeune âge, même les tous tous jeunes sur rien que des paroles. » (P6).*

Les victimes mentionnaient le souhait d'être **informées** avant d'entreprendre les démarches : *« déjà savoir qu'il faut déposer plainte avant, euh... parce que si j'avais su tout ça peut-être que je serais pas allée chez ma médecin généraliste, je serais d'abord allée au commissariat*

puis à la médecine judiciaire. » (P1), « « Mesdames, vous avez toutes Internet, vous avez toutes un portable, renseignez-vous. Renseignez-vous sur les démarches que vous pouvez faire. Renseignez-vous, bougez, si vous osez pas aller faire une démarche, si vous voulez pas aller à la police, renseignez-vous. Restez pas seules ». C'est, voilà, c'est juste euh... qu'elles se renseignent. Parce que beaucoup ne savent pas. C'est des choses qu'on ne parle pas. » (P4).

Elles souhaitaient également obtenir des **explications**. D'une part, les femmes souhaitaient comprendre comment elles en étaient arrivées là afin de ne pas le reproduire : *« J'en suis consciente, euh même si je fais ma vie, je travaille et tout, j'arrive à rigoler, mais je sais que ça ne va pas. Et j'ai plein de questionnements. Pourquoi j'ai accepté ça ? Pourquoi euh j'ai j'ai été jusque-là ? Pourquoi je me suis pas arrêtée avant ? Qu'est-ce qui a fait que ? » (P10)*. D'autre part, elles souhaitaient comprendre le cheminement de la prise en charge : *« bon, au moment même, on sait pas exactement ce qui se passe, tout ce qui... l'enchaînement quoi. Et c'est vrai que après il y a quand même beaucoup beaucoup de choses euh qu'il faut gérer » (P11)*.

◆ Soutien financier

Les femmes interrogées exprimaient le besoin d'avoir une **aide financière** pour avancer : *« sur le plan financier ça ça n'a rien à voir bien entendu hein, mais voilà je... je suis bloquée pour l'instant je peux rien racheter, il a tout vidé... donc j'attends euh... la suite... pour pouvoir enfin prendre ma vie en main. » (P1), « Mais en attendant que j'ai un appartement, il faut enlever mes dettes. Et... pour enlever les dettes, il faut de la patience. Il faut de l'aide aussi. » (P10), « quand vous êtes chef d'entreprise on... y a rien vous avez pas de CAF vous avez rien, donc euh... même si avec lui j' gagnais très bien ma vie, mais c'est lui qui gagnait bien sa vie, moi je gagnais pas grand-chose. » (P9).*

D'autant plus que cet aspect financier peut justement être un frein à la séparation, comme le décrit P9 : « *Non, parce qu'elle avait conscience que... quand je le ferai, je le ferai au bon moment. Elle a vu que je, financièrement, je ne pouvais pas, je gagnais rien, j'avais le chômage* ».

Nous retrouvons dans nos entretiens à plusieurs reprises la notion de **gratuité des soins**, qui les rend de ce fait plus accessibles pour ces femmes qui se trouvent déjà en difficulté financière : « *J'ai j'ai eu cette écoute, j'ai eu cette... cette... et puis la chance de, parce que c'est pareil, là c'était gratuit. Ah, ça aussi, c'est important. De me retrouver dans un circuit qui était gratuit pour moi, moi qui avait déjà des soucis d'argent, je veux dire, j'aurais pas payé quelqu'un pour aller chez un sophro enfin voilà, chez un sophrologue ou n'importe qui* » (P5), « *Et euh... moi je suis infirmière, je... je gagne que 1450€ en faisant des week-ends. J'peux pas me permettre en plus de payer un psy, sachant que je devais le voir donc 2 fois par semaine, donc 8 fois par mois, 60€ la séance, c'est pas possible. Là j'ai euh de la chance parce que ben c'est un psy des urgences enfin voilà. Mais que, comment j'aurais fait ? Comment je m'en sors de tout ça ?* » (P6).

◆ Bienveillance

Dans le ressenti des participantes concernant leur prise en charge, nous notons l'importance qu'elles accordaient à une attitude bienveillante de leurs interlocuteurs.

En effet, elles étaient nombreuses à exprimer des reproches quant aux jugements de certains intervenants : « *je vois qu'elle me regarde d'un air et elle me dit « votre fille, elle a quel âge ? », je dis « ma fille ? », elle me dit « oui », je dis ben... à ce moment-là, ben ma fille je crois qu'elle avait 6 ans, elle allait sur 7 ans. Elle me dit « et c'est maintenant que vous portez plainte ? », je dis « Ah, on en est là ? Donc c'est moi qui suis jugée ? ». » (P8).*

Le **non-jugement** permet une approche bienveillante, comme le décrivait P5, pour qui cet aspect suscite beaucoup d'émotion : « *Mais elle a toujours été très objective et puis, je lui dois beaucoup, parce que il n'y a jamais eu de jugement et rien parce que là, aussi... peur du jugement des autres (émue). C'est pour ça qu'on se tait (pleurs). On dit rien. En tout cas moi je disais rien à cause de ça. Peur du jugement, peur du... que les gens comprennent pas pourquoi (pleurs).* ».

Comme nous l'avons déjà mentionné, les agresseurs rejettent sans arrêt la faute sur leurs victimes, qui éprouvent une culpabilité tout au long de la relation. Lorsqu'elles tentent de s'en sortir, ce sentiment reste : « *Bah je m'en veux beaucoup effectivement euh... de... de l'avoir laissé avoir un tel impact aussi sur ma vie, de... Oui, au final, on s'en veut à nous, on lui en veut pas forcément à lui au final.* » (P10). Il est important de les **déculpabiliser** et non pas de renforcer ce sentiment, comme l'expliquait P6 : « *Forcément, il faut pas la culpabiliser, il faut pas lui en vouloir parce que du coup elle s'est retrouvée face aussi à des... parce qu'elle y est retournée, repartie, retournée, repartie.* ».

◆ Reconnaissance

Certaines exprimaient un besoin d'être **reconnue en tant que victime**, ce qui semblait nécessaire pour tourner la page et avancer : « *Et surtout, si j'arrive au niveau des plaintes à être reconnue euh... tout ça, j'me suis pas battue pour rien, parce que c'est vraiment important le... le statut de de victime quand même, que que... ce que j'ai subi quoi. Et je le souhaite à personne. C'est vraiment euh pfff... c'est dur.* » (P9).

Lorsqu'elles osaient entreprendre les démarches pour porter plainte, les victimes attendaient à ce que leur agresseur soit **jugé** : « *Mais j'ai porté plainte, j'ai fait un procès-verbal et tout,*

mais le minimum on on on s'assoit devant un juge ! Mais euh... mais y a personne qui l'a appelé hein. » (P3).

Au-delà de la peine de prison, elles souhaitaient une **prise en charge psychiatrique** pour leur agresseur : « *Et mon ex entre-temps il a fait donc 6 mois de prison, suite à ça il a été reconnu irresponsable au terme de l'article maintenant j'sais plus comment c'est euh... l'article 200 je crois, donc irresponsable parce que enfin bref euh... donc il a fait, il a été en hôpital psychiatrique pendant... six mois je crois. » (P11), « Après, ce qui m'a fait que je, que j'ai posé une main courante aussi, c'est que le procureur fasse en sorte que euh... euh il soit suivi psychologiquement. C'est ça qui m'a poussé à le faire, sinon je l'aurais pas fait. » (P9), « Pour lui, il est dans le déni total de se dire euh... bah que il est euh... coupable entre guillemets hein, il nie tout ce qu'il a fait, donc euh... parce que même ça en fait, pour moi ce genre d'individus il devrait devoir suivre une thérapie obligatoire. » (P10).*

◆ Vigilance

Dans notre étude, les victimes souhaitaient **être repérées** : « *Et... si, en fait, en fin de compte, les gens s'étaient un peu plus euh... autour de moi euh... posés des questions, souciés, euh, avaient mis des choses en place, euh, avaient, s'étaient renseignés... j'en serais pas là. Voilà, la vie elle est faite comment elle est faite. Voilà, c'est comme ça. Mais j'veux dire, ma vie elle serait toute autre. » (P6), « ce que j'aurais voulu, c'est comme dit, comme je dis aux gens, ça aurait été n'importe qui, il aurait entendu, il aurait pas trouvé quelque chose normal il aurait dit « écoute, tu sais quoi stop, laisse-là tranquille ». Il suffit des fois d'un truc pour tout arrêter. D'un truc. Un panneau stop, stop, arrête de t'en prendre plein la gueule. » (P4).*

Nous avons précédemment souligné la notion de « déclic ». Les participantes s'attendaient justement à ce que quelqu'un **saisisse l'opportunité** à ce moment même pour les prendre en

charge : « *Après, forcément, il y a des moments dans notre vie où on est plus apte, où on est plus euh... Enfin, les choses s'alignent, on va dire et c'est plus... voilà* » (P6).

Dans cette même catégorie de vigilance, les femmes souhaitaient qu'une **alerte** soit donnée lorsqu'elles sont repérées : « *Elle a compris plein de choses. Et... elle a rien fait, elle a rien fait suivre. Elle était à la retraite presque dans quelques mois et... Ça s'est arrêté comme ça.* » (P6).

Enfin, elles étaient nombreuses à reprocher au parcours d'être long et pas assez vif : « *Mon parcours ? Euh... il a été long.* » (P4). « *J'veux dire elles, elles sont persécutées, mais normalement, le jour même, il faut les prendre. Il faut pas qu'elles rentrent. Il faut les prendre, il y a un hôtel et après un logement, vous voyez ? Elles peuvent plus entrer à la maison. Si elle doivent rentrer à la maison, que vous leur dites de déménager, mais... certaines elles sont déjà mortes, ou elles vont reculer en arrière, parce qu'il y a trop de pression. Ou alors parce qu'elle a des enfants ou parce que, parce qu'elle travaille pas.* » (P9). Dans ce sens, la participante 3 proposait de prioriser les tâches au plus urgent : « *Euh... pfff... j'me dis si à chaque fois au moindre évènement euh il faut faire ça, euh... fin les commissariats sont débordés, tout le monde est débordé, la médecine judiciaire est débordée, fin tout le monde est débordé en fait, mais après quand euh.. pfff... il n'y a pas de... il y a pas de tri dans tout ça, de priorisation, fin... je sais pas... (...) il y a peut-être un système de code couleur à mettre en place ou je sais pas* ».

◆ Guide

Les interrogées décrivaient dans leurs attentes les rôles d'un guide.

Ainsi, nous retrouvions dans leurs propos un certain besoin d'**assistance**, de quelqu'un qui prenne les choses en main, en particulier pour l'étape primordiale qu'est celle de porter plainte : « *c'est aussi difficile de faire le pas quoi, de nous-mêmes. Pour nous ça serait plus facile que ça vienne de l'extérieur, que ce soit quelqu'un qui euh... qui vous appelle et qui vous*

dise allé maintenant euh, voilà » (P2), « Moi on a dû m'accompagner au téléphone quand même jusqu'à l'entrée de la gendarmerie. Elle m'a dit « non faut que tu y ailles, il faut que tu, faut que tu, eux c'est qu'un plus, poser plainte ». » (P9).

Elles décrivaient le désir d'être **accompagnées par une tierce personne** à travers les démarches : *« En fait, ce qui nous manquait concrètement, c'était une personne à mes côtés. C'est une personne qui soit là, concrètement, tout le temps à mes côtés quoi. J'avais un besoin que... j'avais besoin d'une épaule, une épaule sur laquelle pleurer, c'est ça que j'avais besoin quoi. » (P4).*

Par ailleurs, elles mettaient en lumière l'importance d'être **orientées** dans le parcours, comme P2 : *« à un moment donné, on se retrouve seule et puis on sait plus trop euh... par où... par où commencer, vers qui aller. »,* qui aurait préféré être contactée par une association directement plutôt que devoir le faire seule : *« à la dernière plainte là, du mois de mars euh... ils m'ont dit que je devais reprendre contact avec euh... l'association. Mais pour moi, c'est... c'est difficile. ».*

Enfin, elles déclaraient avoir besoin d'un **suivi**, même à l'issue des démarches : *« en fait, ce que j'aimerais, c'est des fois que... que quelqu'un reprenne contact pour voir si tout va bien. Juste une petite piqûre de rappel, « vous voulez prendre un rendez-vous ? Venez, on va discuter, on va voir si vous voulez reprendre le suivi ou ci ou ça » » (P4).*

◆ Structure

Les victimes s'attendaient à recevoir une prise en charge globale, pluridisciplinaire : *« Donc... aider les femmes euh... Nous aider, nous, c'est... oui. Mais faut... enfin, c'est pas juste médicalement qu'il faut nous aider. C'est une... c'est une aide globale. » (P10).*

Cependant, elles reprochaient régulièrement le manque de clarté dans celle-ci : « *une fois que j'ai entamé toutes les démarches, et ben... on se retrouve seul. On fait quoi, on va où ? Qui nous aide ? Personne.* » (P10).

Pour pallier ce manque, la participante 9 émettait l'idée d'ordonner la prise en charge, en proposant une sorte de « **package** » dès lors qu'une femme dépose une plainte : « *c'est tout un pôle qu'il faut faire. C'est comme un... genre une situation d'un, d'une personne qui est en situation de handicap. C'est un peu cette formule-là en fait. T'as tous les pôles et métiers qui sont là et qui prennent en charge en fait. Et c'est ça qu'il faut, parce qu'en fait c'est, c'est, c'est pris en charge, mais que d'une seule aile, et... et en fait il y en a plusieurs, des branches. (...) Il y a 4 cartes à ce moment-là, il manque euh... médecin, donc j'aurais pris un avocat, j'aurais pris l'assistante sociale et un truc psychologique. C'est ces 4 bras qu'il faut faire. (...) Y a pas d'ordre ! Y en a pas. Y a sauve qui peut, c'est, c'est, c'est... je me sens à vouloir moi éteindre les pompiers. J'ai j'ai pas à faire ça normalement, c'est moi qui qui subit. Mais j'éteins le feu.* ».

Elles aimaient préciser cependant que chaque situation est unique, et que donc les solutions proposées doivent être adaptée à chaque victime, de façon « **sur-mesure** » : « *Des trucs bêtes, mais peut-être trouver des solutions en fonction du cas qu'on a en face. Par exemple euh un appartement ou qui peut accueillir tous les enfants, plus les animaux* » (P6). En effet, le facteur enfant était souvent mentionné comme étant à prendre en compte lors de la prise en charge : « *Moi, j'ai de la chance, je suis chez mes parents. Mais on m'a proposé d'aller en foyer, on m'a proposé d'aller dans des chambres d'hôtel euh... Bah non. Pas pour mes enfants. Si j'avais pas eu le choix, je l'aurais fait, parce que combien n'ont pas le choix de faire ça ? Combien ? Donc elles y vont.* » (P10), « *il voulait m'hospitaliser pour m'éloigner, bon ça j'ai pas voulu parce qu'il y avait les 2 enfants qui restaient quoi.* » (P11).

b) Les attentes spécifiques aux différents acteurs

L'analyse des verbatims à l'aide du logiciel Nvivo a fait émerger des attentes spécifiques aux différents intervenants, que nous avons modélisé sur la carte mentale suivante :

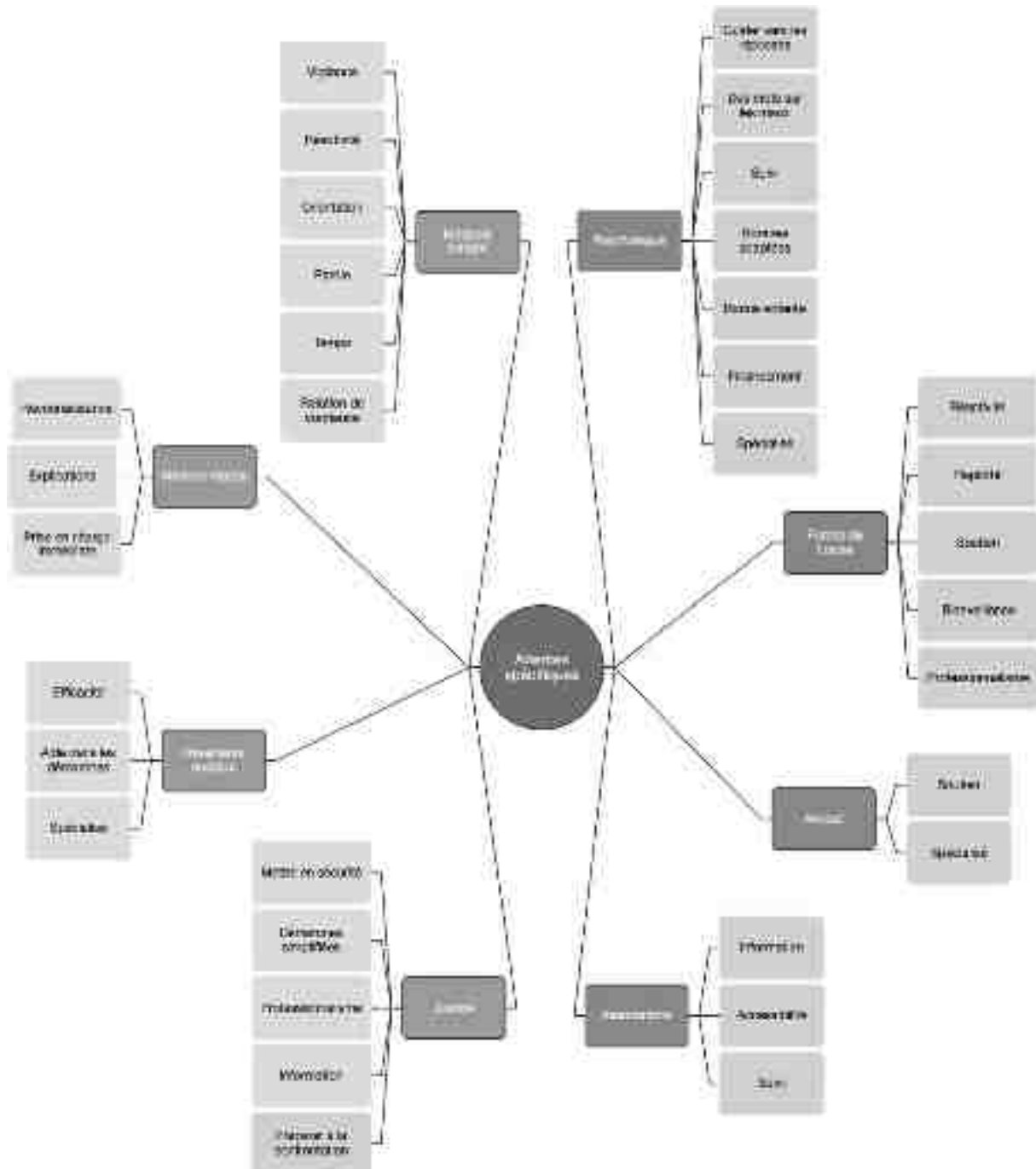


Figure 5 : Carte mentale – Attentes spécifiques aux acteurs intervenants dans la prise en charge des femmes victimes

◆ Médecin traitant

Le médecin traitant a été cité par la totalité des patientes. Elles attendaient de lui qu'il soit **vigilant** : « *Je pense que mes ulcères, mes... mes gastrites, j'ai eu des gastrites, j'ai commencé à avoir des gastrites à 13 ans, début d'ulcère vers 15 ans, 'fin j'veux dire c'est pas des âges normal et... rien que là ça aurait dû alerter certaines, certains praticiens. Et euh... et puis, au lieu de ça, ben on m'a donné des médicaments pour faire taire les symptômes, mais qui étaient en fait tout autre...* » (P6), et **réactif**, c'est-à-dire qu'il sache donner l'alerte : « *le médecin que j'avais euh... je pense que lui, il aurait peut-être dû réagir. Je sais pas comment il aurait pu, mais... quelque part euh... il aurait pu peut-être faire quelque chose. Je ne sais pas s'il pouvait, mais bon là je trouve que c'était vraiment euh... C'était, c'était difficile quoi. Parce que c'était toujours euh, comme dit pfff... il me voyait et sans plus, rien d'autre.* » (P11), et pouvoir prendre en charge la victime le jour même, comme P1 : « *elle m'a mis 3 jours d'ITT et puis une semaine d'arrêt de travail mais bon... elle a vu les marques là, elle a relevé les marques là et là* ».

Il doit également savoir **orienter** les victimes vers les intervenants adéquats selon la situation : « *elle me dit allez au commissariat, faut que j'aille au commissariat pour déposer plainte etc.* » (P1), « *quand il se passe ça, qu'il y ait n'importe quelle femme qui aille porter plainte ou qui arrive en fait au corps médical, ou voir un médecin généraliste, peut-être alors tout de suite la diriger vers une psychologue. Mais pas des, des psychologues qui sont à leur compte, parce que, comme je disais avant, ça coûte des sous et si j'avais l'argent, je le ferai.* » (P10).

La **parole** est importante dans le parcours de ces femmes, et outre les psychothérapeutes, le médecin a aussi son rôle à jouer à ce niveau-là. Par exemple, P6 aurait préféré que son médecin lui parle plutôt qu'il lui prescrive des médicaments : « *Je me suis rendue compte combien de médicaments j'ai pris, combien de fois je suis allée voir des médecins alors qu'en*

fait j'avais juste besoin de parler ». Cependant, elles étaient nombreuses à estimer que le médecin traitant manque de **temps** pour cela : « *Et c'est vrai que le, le timing des... des 20 minutes hein, grosso modo ou un peu plus, je veux dire, c'est vrai que c'est très court et on on peut pas se livrer comme ça.* » (P5), ce qui ne facilite pas l'élaboration d'une **relation de confiance** : « *c'est difficile d'instaurer une relation de confiance euh... quand il a juste 5 minutes et ben voilà. Euhm... Et du coup bah comme y a pas de relation de confiance j'arrive pas à... Enfin, il y a une relation de confiance dans le sens où, quand même, c'est mon médecin, je lui fais confiance sur ses prescriptions, etc, je veux dire voilà, mais c'est pas la même relation de confiance qu'on peut avoir, par exemple à quelqu'un à qui on se confie sur des choses aussi euh... et euh... voilà.* » (P6).

En effet, elles étaient plusieurs à souligner l'importance de l'**entente** avec leur médecin : « *non, j'en avais pas parlé, le médecin avant c'était... c'était un médecin avec qui je m'entendais pas au final.* » (P4). Pour P2, après que son médecin avait pris sa retraite, c'était difficile de se confier à sa remplaçante car cette relation n'était plus la même : « *mon médecin, il est parti à la retraite et puis donc entre-temps euh il y a cette jeune euh qui... qui a repris le... le relais. Et c'est vrai que ça fait pas longtemps que... peut-être 6 mois là, qu'elle est là maintenant donc euh c'est vrai que c'est pas... pour moi, c'est peut-être pas aussi facile non plus de lui en parler ou euh...* ».

Cette relation de confiance permet de favoriser la confiance de ces femmes victimes. En effet, P10 exprimait une peur que le médecin lève le secret médical : « *j'avais très peur parce que j'avais peur que le médecin il... il appelle la police. Parce qu'au jour d'aujourd'hui, le médecin, il a le droit de... si il sent que la personne en face de lui, elle est en danger, il a le droit de s'autoriser d'appeler le... la police. Donc j'avais peur de ça aussi.* » tandis que pour P3, c'était la peur qu'il en parle à la belle-famille ou à son mari, dont il est également le médecin : « *Et*

ma belle-mère elle le le connaît depuis que mon mari est tout petit. Parce que ils le connaissent, c'est le médecin traitant de la famille. (...) il va faire quoi ? Il va parler avec lui ? Ne tape pas ta femme ? Non. ». La confiance est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un sujet dont elles ont souvent honte : « Ouais, c'est très dévalorisant, c'est pas... c'est pas très agréable quoi. Parce que... parce que, parce que voilà, je, je, moi, je me suis sentie ben comme une moins que rien. Alors déjà je me sentais comme moins que rien à la maison. Mais c'est vrai qu'après de... de dire bon bah voilà, je me suis pas sentie soulagée hein, de le dire à un médecin. Au contraire, je me suis sentie dévalorisée » (P10), « Et puis euh... voilà. Et... même au médecin, j'osais pas le dire, même au docteur X. Pour moi c'était inconcevable que quelqu'un puisse euh... puisse apprendre ce qui, ce que je, ce que je vivais, quoi. » (P5).

◆ Psychologue

Les participantes étaient plusieurs à attendre de la psychothérapie qu'on les **guide pour trouver les réponses** à leurs questions : « *elle a réussi à me faire... je sais pas comment dire ça... trouver mes propres solutions tout en m'aiguillant. Euh... Et ça, pour moi, ça a été très... constructif. Voilà. Très, très, très constructif. J'ai retrouvé des ressources et... et, mais, c'était pas juste un... un monologue. C'est... c'était pas juste un monologue. C'était quand même une façon de, bien conduite, de de de d'avancer, de me faire avancer. Et ça je... je dirais jamais... je lui dis merci, en tout cas (émue).* » (P5).

La participante 6 soulignait l'importance de **mettre des mots sur les maux** pour avancer : « *Mais je pense que j'avais besoin de l'entendre à ce moment-là et que, au fond je le savais, j'avais juste besoin que quelqu'un mette des mots (émue).* ».

Elles attendaient de leur psychologue qu'il soit **présent** en cas de besoin, même après interruption du suivi : « *Je dis « J'aimerais arrêter, mais si jamais, si jamais je me suis trompée,*

que je suis pas prête et j'aimerais pouvoir revenir ». Elle m'a dit « y'a pas de soucis ». Elle m'a dit « Vous savez où nous trouver ». (...) Donc euh... mais ça m'a aidé. Ça m'a aidé totalement (rire). » (P4), et qu'il s'adapte en cas d'empêchement de dernière minute, comme c'est souvent le cas pour ces femmes qui ont un tas de démarches à entreprendre et qui se retrouvent seules avec leurs enfants : « Ce qui est bien, je trouve, parce que j'avais commencé à avoir une psychologue avec le CIDFF. C'est sur rendez-vous. Je ne pouvais pas toujours avec mes enfants, et si je ne pouvais pas aller au rendez-vous bah y avait pas de rendez-vous. Tandis que viaduc la psychologue, si je ne peux pas me rendre, c'est un rendez-vous téléphonique. Et j'trouve que c'est vraiment bien parce que le suivi est là. » (P8).

Dans ce même contexte, les **horaires** doivent être **adaptées** aux obligations de la vie quotidienne, à savoir le travail et les enfants : « *il existe des psychologues par les associations, mais quand on travaille, quand on est une femme seule avec ses enfants. (...) Donc euh... on s'trouve le temps comment ? Pour essayer de... pour verbaliser tout ça ? C'est pas facile. C'est vraiment pas facile. » (P10).*

Par ailleurs, elles précisaient que le suivi ne doit pas être interrompu sous prétexte que l'agresseur est incarcéré : « *Ensuite, lui, il s'est pris de la prison. Et en gros, la psychologue, à ce moment-là, m'avait dit clairement, écoutez, moi ça y est, lui il est enfermé, en gros on m'avait laissé complètement. » (P8).*

La relation entre un psychologue et son patient reste une relation humaine et sociale dans laquelle la **bonne entente** a son importance. Les interrogées en parlaient également : « *il y avait une psychologue euh... à l'association. Je l'ai vue 2-3 fois mais ça n'accrochait pas et donc moi j'ai pas... j'ai pas continué, j'ai pas voilà. » (P11).*

Le principal frein à la psychothérapie était financier. En effet, certaines femmes avaient dû s'en passer pour cette raison : « *Mais euh... j'aimerais qu'il y ait plus de choses qui existent.*

Plus accessible. Parce que pareil, les psy... en fait, les psychiatres ils sont remboursés mais c'est super dur d'avoir un rendez-vous. Euhm. Les psys, c'est un peu plus facile, mais c'est cher. Et donc c'est aussi beaucoup pour ça que j'ai pas pu suivre tout le temps mes thérapies. » (P6).

Certaines avaient trouvé un arrangement avec le thérapeute : *« elle m'a même à un moment donné euh fait payer que une fois sur 2. » (P2)* ou avaient su saisir l'opportunité d'avoir des séances gratuites : *« La thérapie que j'ai commencé quand j'étais à l'école d'inf, en fait, j'y ai eu droit... j'avais 20 séances gratuites. Mais après ça, c'était fini. Et euhm... j'y ai eu droit parce que j'étais à l'école d'inf et que j'avais très peu de moyens. » (P6).* Pour pallier ce problème, la participante 10 proposait un **financement** pour que quelques séances soient remboursées en début de prise en charge, là où elles en ont le plus besoin : *« Donc ouais peut-être ça, même certainement ça, d'être dirigé vers une psychologue ou un psychologue qui est bah... bah qui qui... dans la mesure du possible euh... ok pour suivre euh... une première séance au moins. Ou qu'il y ait 4-5 séances de remboursées ou je sais pas, mais faire quelque chose quoi, parce que moi je sais qu'aujourd'hui, tant que je n'aurais pas vu de psychologue, pour moi ça n'ira pas. Ça c'est sûr. ».*

Enfin, lorsque le thérapeute ne se sent pas en capacité d'assurer leur prise en charge, les victimes s'attendaient à être **réorientées vers un psychologue spécialisé** dans le domaine plutôt qu'avoir à chercher d'elles-mêmes : *« j'avais vu la psychologue, j'l'avais vu 2 fois, j'lui ai raconté mon histoire et quand j'suis allée la voir une deuxième fois, elle m'a dit clairement que ce que j'ai subi et mon histoire, elle n'est pas assez formée pour m'aider, qu'il fallait que je vois des psychologues spécialisés dans les violences conjugales. Donc de moi-même. J'étais... j'étais fatiguée parce que... j'lui ai dit, mais en fait, dès que j'entreprends quelque chose, on me laisse tomber. C'était fatigant. Et j'ai mis du temps, à aller vers des associations, psychologues ou quoi. » (P8).*

◆ Médecin légiste

Le médecin légiste, en constatant les blessures, avait un rôle important dans la **reconnaissance** de ces femmes en tant que victime : « *je pense également ben... le fait que le médecin légiste également, parce que du coup on met toutes nos blessures au final par écrit, donc on se dit que c'est pas nous, que c'est vraiment réel. Et j'pense que quelque part ça aide aussi à... à se rendre compte aussi des choses qui nous sont arrivées, parce qu'au final à la police on nous pose des questions plutôt sur notre relation, plutôt sur euh... sur un trou, mais de vraiment mettre les blessures par écrit, de vraiment voir que c'est constaté par un médecin, effectivement c'est réel* » (P7).

Les patientes attendaient de la médecine légale une **prise en charge immédiate**, sans délai, ce qui n'était pas le cas de P1 : « *c'est que 3 jours après que j'ai eu le rendez-vous euh avec la médecine euh légale. 3 jours après.* ». Cette même patiente reprochait à la médecine légale de n'avoir eu aucune **explication** sur leur prise en charge : « *Donc ils ont relevé quand même des trucs et tout, ils ont... ils ont fait plein plein de relevés, puis j'ai jamais eu de retour de ça. J'ai jamais eu... compris comment... comment ça se déroulait, j'ai jamais eu de compte rendu ni rien...* ».

◆ Forces de l'ordre

Les interrogées attendaient des forces de l'ordre d'une part une **réactivité**. En effet, elles aimeraient pouvoir porter plainte à tout moment, sans attendre : « *Je me suis rendue quand même la veille à l'hôtel de police, en pleure, en disant que j'étais partie du domicile, que je venais me faire violenter, que c'était pas la première fois. Et là, le policier me répond « Ben Madame, on va pouvoir prendre votre plainte mais par contre il y a de l'attente, vous êtes pas prioritaire. Donc à votre place, ce que je ferai, c'est que je retournerai sur votre secteur, et*

j'appellerai la gendarmerie ». Ah ouais d'accord. Donc déjà là j'me suis pas sentie comprise. De 2, j'arrive avec ma meilleure amie, on arrive en face de la caserne de gendarmerie de secteur, je téléphone, 5 minutes après un gendarme sort de la caserne, un jeune gendarme. Et euh... donc euh... il voit mes blessures, hein, donc il me demande « Où sont vos enfants ? », dont j'dis « mon fils, il est chez mes parents et puis ma fille est chez son papa », « D'accord, et vous, vous allez où ce soir ? », « Bah je vais chez ma meilleure amie », « Ah, vous êtes pas en danger, donc vous pouvez revenir demain matin porter plainte ». J'ai dit « Bah non j'aimerais bien porter plainte ce soir parce que bon, maintenant je suis là, demain matin je sais pas si je voudrais encore quoi ». « Non non non, c'est pas urgent. Vous revenez demain matin ». Donc deuxième coup, en fait, où je me dis, mais c'est quand même pas possible. » (P10), « Alors je vais au commissariat, j'arrive au commissariat et là ils me disent « euh ben pour un dépôt de plainte comme ça il faut au moins 2h là on ferme dans une demi-heure ». Donc non. Euh... finalement il y a une femme qui me dit « écoutez si c'est bon je vais vous le faire ». Donc elle a été très gentille de me prendre, de me faire le truc, je suis restée là-bas jusqu'à 19h » (P1).

D'autre part, elles souhaitent une prise en charge **rapide**. P6 avait dû patienter avant qu'on intervienne à son domicile : « 40 minutes hein, avant que la police elle vienne. 40 minutes, avant que la police elle vienne (émue). ». P3 a patienté plusieurs heures au commissariat : « Depuis 6h, je suis restée jusqu'à 8h. Ils viennent à 7h50, le monsieur, l'agent, il m'a appelée. J'ai... j'ai tout dit, tout dit, comme ça, tout ce qui s'est passé. ».

En allant au bureau de police, elles aimeraient trouver du **soutien** : « Et donc je sors du bureau de police, sur le moment je pleure, je me dis c'est pas possible, vraiment on peut rien faire, les violences conjugales, tout ça. » (P8). P4 ne s'est pas sentie soutenue lorsqu'on lui a insinué qu'elle devait retirer sa plainte : « J'ai déposé plainte au bureau de police du quartier. 6 mois après, j'ai le bureau de police de la ville d'à côté qui m'appelle, (...) « Oui, vous pouvez venir,

s'il vous plaît, au bureau de police » et tout. En fait, ils m'ont tellement... euh... baratiné en fait, dans l'intérêt de l'enfant. J'ai dit « mais attendez, y'a noté comme quoi il a levé la main sur moi et qu'il me menaçait et tout ça ». Dans l'intérêt de l'enfant et pour garder des bons liens entre l'enfant et son père, il valait mieux que je retire la plainte. (...) Ouais, parce qu'il a levé la main sur moi, pas sur l'enfant. ».

Les entretiens révélèrent qu'elles attendent plus de **bienveillance** de la part de ces intervenants. En effet, elles souhaitent une attitude neutre sans jugement : *« je vois qu'elle me regarde d'un air et elle me dit « votre fille, elle a quel âge ? », je dis « ma fille ? », elle me dit « oui », je dis ben... à ce moment-là, ben ma fille je crois qu'elle avait 6 ans, elle allait sur 7 ans. Elle me dit « et c'est maintenant que vous portez plainte ? », je dis « Ah, on en est là ? Donc c'est moi qui suis jugée ? ». » (P8), « Donc les enquêteurs sont gentils, mais disons que c'est déjà compliqué de raconter notre histoire, d'être là-bas et encore avec le jugement derrière, les questions qui sont posées, c'est pas forcément la, la... la meilleure situation et la meilleure euh... fin, voilà, c'est assez gênant disons. Je pense que c'est vraiment... il y a beaucoup de victimes je pense qui n'iront pas porter plainte deux fois au commissariat pour euh... pour des faits de violence, honnêtement. » (P7). Ayant déjà subis un ou plusieurs évènements traumatisants, elles souhaiteraient un accueil plus chaleureux : *« J'arrive au poste de police, euh donc ils l'interrogent lui forcément etc. Ça prend euh au moins 3-4h avant qu'on soit nous-mêmes interrogées. On nous propose rien, on est en pyjama, les portes elles étaient grandes ouvertes, ils les ont pas fermées, on a dû demander au bout de 3h si ils pouvaient s'il vous plaît fermer les portes parce qu'on était congelée. C'était en plein hiver. Et euhm... y avait rien à boire, rien à manger. On nous a laissé comme ça. J'trouve que c'est pas normal, on vient de vivre un truc éprouvant. » (P6).**

Les participantes portaient l'attention sur le **professionnalisme** des forces de l'ordre. En effet, elles souhaiteraient que l'enquête soit de qualité : « *les policiers ont fait une enquête de voisinage mais ils n'ont pas euh enquêté euh partout correctement, parce que c'est la voisine de dessus qui a tout entendu et ils ont interrogé la voisine d'à côté. Et après ben voilà ils ont dit le voisinage n'a rien entendu donc il n'y a pas de suites.* » (P1).

Dans le cas de P6, les policiers n'ont fait preuve d'aucun tact à son égard : « *Ensuite c'est mon tour, je dois aller porter plainte, et j'arrive dans le bureau de police. Ils étaient deux à se disputer, à s'insulter pour prendre ma déposition. « Ouais mais non, non, j'en ai marre, c'est la 4e de de ce soir, fais pas chier connard, vas-y prends là » nianiania, « Non mais non, mais tu saoules » nianinia euh et bref, ils se sont disputés pendant 10 minutes à savoir qui c'est qui allait me prendre. Au final, il y en a un qui cède, qui s'énerve, qui dit « asseyez-vous », il s'assoit, « pfff fait chier » nianiania, « je sais pas ce qu'il y a ce soir, mais elles se font toutes taper ». Euh donc déjà, ça commence comme ça, et ensuite, tout le long de la déposition, déjà, il écrivait pas exactement mot pour mot ce que je disais, limite il inventait pas des histoires, enfin, il disait des trucs. ». Quant à P8, elle regrettait que les forces de l'ordre aient perdu ses plaintes : « *J'dis, Darmanin, il venait parler à la télé en disant que les plaintes devaient être traitées en priorité, violences conjugales tout ça, j'dis « mais l'envers du décor, il est pas, il est tout autre ». J'dis « là, on parle de danger de mort, on parle d'un malade mental qui veut me tuer et qui veut tuer ma fille. Mon fils est en danger. Vous avez perdu ces plaintes, on fait quoi ? ». ».**

◆ Travailliers sociaux

Lorsque les interrogées s'exprimaient au sujet des travailleurs sociaux, elles attendaient surtout de l'**aide dans les démarches** : « *assistante sociale, oui forcément pour euh... ben déjà*

voir la suite des démarches, avant de consulter un avocat. Donc euh... juste pour euh... voilà, me remettre un petit peu... à flot disons. » (P7).

Elles souhaitaient de l'**efficacité** : *« les promesses monts et merveilles bah des assistantes sociales. « Oui, je vais, on va vous aider pour la CAF, vous inquiétez pas. Moi je je contacte, je vais faire en sorte que voilà tout soit réglé ». Bah les jours, les jours, les jours, ils suivent. Bah non en fait, je suis toujours avec Monsieur sur la CAF. Le truc c'est que Monsieur il a touché la CAF du mois dernier sur son compte. Alors que moi j'en aurais eu bien besoin de cet argent, voilà. Et euh... les jours passent et puis pas de nouvelles, pas de nouvelles. », « Elle m'avait demandé si euh... j'avais trouvé un logement ou pas, sinon elle allait voir peut-être un logement en cas où euh... Mais, mais en fait je trouve que ça met du temps, en fait. » (P9).*

Enfin, elles étaient nombreuses à avoir vu des travailleurs sociaux **spécialisés** dans le domaine des violences conjugales : *« Euh oui oui elle travaille du coup avec le commissariat directement justement pour les femmes victimes de violences conjugales. » (P7).*

◆ Avocat

Concernant les avocats, les femmes attendaient surtout du **soutien**, nécessaire pour affronter les lourdes démarches de la justice : *« Et elle m'a pas lâchée quoi. Elle m'a pas lâchée, elle était derrière, pendant tout le procès elle était là, elle était à côté de moi à la barre parce que voilà, j'étais pendant 1h30 devant en train de divulguer toute ma vie. Et c'est vrai que... et elle m'a défendue du feu de Dieu quoi. » (P10), « Je lui ai expliqué le cas. Et tout de suite, elle me dit, vous inquiétez pas, elle me dit, on va déjà demander, parce que il restait... c'était au mois de mai, donc il restait 2 mois. Elle m'a dit on va demander une ordonnance de protection. Et à côté de ça, on va, euh... par rapport aux plaintes, je vais relancer le procureur, tout ça pour qu'il se bouge, et là elle a dit, vu ses antécédents, tout ça, il se prendra au moins 3 ans, 3 à 5 ans de prison. » (P8).*

Elles soulignaient l'importance qu'ils soient **spécialisés** dans le domaine : « *C'est une tueuse au niveau justement euh, tout ce qui est affaire violence conjugale et tout ce qui est affaire aussi JAF.* » (P10).

◆ Justice

Concernant la justice, les femmes attendaient plus de **sécurité**. D'une part, en isolant la victime de son agresseur directement : « *Ben, je pense qu'effectivement, ben tout ce qui est procédure, tout ce qui est procès devrait se faire de suite, et vraiment isoler les victimes de leur agresseur.* » (P7), et en instaurant des mesures de protection concrètes : « *3 ans d'interdiction d'entrer en contact avec moi, 3 ans, 3 ans d'interdiction de... d'aller à mon domicile. Mais quand est-ce que ces 2 choses, c'est respecté ? Quand on écoute un peu euh... les autres victimes ? (...) honnêtement ça reste des gadgets, c'est pas euh... c'est juste un moyen de se rassurer, mais c'est pas une protection 100% quoi hein. Parce que si il vient 5 fois dans la journée, la patrouille de police, elle va pas se déplacer 5 fois dans la journée parce que Monsieur il est à 5 mètres quoi.* » (P10). D'autre part, en gardant anonymes les informations concernant la victime : « *J'ai le message qui le stipule bien, j'avais demandé que je sois domiciliée à l'adresse de l'avocate pour qu'il n'ait pas mon adresse. Quand j'ai eu la convocation tout, mon adresse figurait. Donc le tribunal lui ont donné mon adresse.* » (P8).

Les interrogées exprimaient un souhait de **faciliter les démarches**, en particulier concernant les preuves à apporter au dossier : « *quand on vit dans un appartement depuis longtemps et qu'on nous dit euh... faut ramener les factures ci et ça ben c'est pas si simple, donc faire la preuve qu'il a pris telle ou telle chose... il a tout vidé, euh... pff... mais j'ai aucun élément de preuve.* » (P1), « *parce que on se rend pas compte, mais on nous demande tellement de preuves, tellement de preuves parce que au final, c'est la parole de lui contre la mienne.* » (P10).

pas comme ça. Vous pensez que je vais vivre ce cirque ? » (P9). Elles souhaitaient y être préparées afin de trouver le courage de s'y rendre : « Faut avoir le courage d'aller en comparution immédiate et de parler pendant 1h30 devant la barre. Et de raconter à tout le monde ce qui s'est passé, de de voir aussi le... le père de son fils arrivé menotté, qui est derrière une vitre, alors qu'en fait je devrais même pas avoir de compassion, mais je me dis c'est c'est... c'est quand même l'homme que j'ai aimé et que j'aime encore, et en fait on en est arrivé là. Et ça, c'est des choses qui me resteront à vie dans... dans la tête. Donc comme dit, j'ai eu du courage pour faire ça. » (P10).

P4 déclarait qu'elle n'hésitera plus à faire intervenir la justice à l'avenir : *« si c'est pas le cas euh si on doit faire euh... passer par... par le tribunal, enfin par la police ou quoi que ce soit, s'il y a quoi que ce comme violences bah maintenant, je n'ai plus peur, je n'ai plus peur. C'est euh... le moindre truc qui... stop, tu dépasses les limites, sinon j'appelle la police ou quoi que ce soit. Je vous le dis maintenant, j'ai plus peur. ».*

◆ Associations

Ce qui ressortait des entretiens est qu'il faut **informer** les victimes au sujet des associations. P9, qui voyait les associations comme un simple groupe de parole, était mal informée sur ce qui y est proposé : *« je me sens pas bien avec les femmes euh... qui me ressemblent, excusez-moi, mais... je, je vais me voir en fait, et j'ai pas besoin de cette triple sentence. De s'dire bah mon mari moi il m'a frappé, et puis l'autre à côté moi il m'a... alors que j'suis pas bien, je veux du positif ! C'est pas du positif ça. Vous voyez ? Même avec un groupe ou... j'veux pas entendre des trucs et je vais perdre du temps. (...) J'ai l'impression qu'on se réjouit à... 'fin qu'on se réjouit c'est... c'est pas le terme mais, mais, mais c'est inconscient. C'est le fait d'être avec des personnes-là, ah t'as vu, elle a fait pire, hahaha tu vois... j'ai pas envie de ça moi. ».*

Par ailleurs, il semblait important de **faciliter l'accès**. En effet, P10 admettait que si on ne l'orientait pas vers une association, ce n'était pas dans ses priorités : « *les associations euh de femmes battues, c'était plus à moi de les contacter. Maintenant, honnêtement euh... c'est pas que je voulais pas le faire, c'est par manque de temps.* », tandis que P4 s'y était rendue mais n'avait pas osé passer la porte : « *tout au début, quand je me suis installée ici, comme j'avais le problème avec mon ex, justement, j'ai entendu parler euh... par le biais de de du centre socio-culturel, tout ça, quand ils font des réunions comme ça, des petites euh... des thématiques. J'ai entendu ça et je me suis dit, tiens, je vais prendre rendez-vous. Sauf que, euh... Je me suis déplacée là-bas, mais je suis restée devant la porte parce que j'ai pas osé passer le pas de la porte.* ». P8 soulignait l'importance que l'association soit adaptée aux enfants : « *Et ce qui est bien, c'est que je peux emmener la petite. Ils ont exprès, ça ils ont pas au CIDFF, Viaduc ils ont, ils ont exprès une salle pour les enfants. Que les enfants puissent être, y a des livres, y a des jouets, y a... voilà, et ils ont quelque chose pour que euh... c'est pas un souci pour les femmes seules quoi, pour aller.* ».

Enfin, les participantes attendaient un **suivi** de leur part, même après que l'agresseur a été jugé : « *J'ai commencé à voir une psychologue de chez eux. Je l'ai vue 4 ou 5 fois. Euh... donc y'a eu le procès qui est passé tout ça. Ensuite, lui, il s'est pris de la prison. Et en gros, la psychologue, à ce moment-là, m'avait dit clairement, écoutez, moi ça y est, lui il est enfermé, en gros on m'avait laissé complètement. C'était, moi je n'peux pas, j'vous vois que quelques séances, faudrait que vous consultiez un autre psychologue.* » (P8). P3 aurait aimé être rappelée malgré qu'elle soit retournée avec son agresseur : « *Le fait que... je dis... elle m'appelait presque... pendant 2 semaines... elle m'appelle et tout. Et quand je lui ai dit, je l'ai pardonné, elle m'a pas rappelée, depuis.* ».

IV. Discussion

1. Synthèse des résultats

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire. Les résultats obtenus montrent en particulier un désir d'organisation de celle-ci, afin de simplifier son accès et son cheminement à tous les niveaux.

En effet, le premier pas était décrit comme étant le plus difficile car il nécessitait d'affronter leurs sentiments de culpabilité et de honte, conséquence de l'emprise à laquelle elles avaient été soumises. Celui-ci était rendu encore plus laborieux par les réactions de jugement voire de rejet lors du dépôt de plainte, comme celles qui n'avaient pas été reçues au commissariat au moment où elles le souhaitaient. Au niveau médical, les principaux freins décrits étaient le manque de temps du professionnel, la possibilité de rompre le secret médical, une relation distante impropre à la confiance, un sentiment que cela ne va rien leur apporter. L'accès à un soutien psychologique, pourtant décrit comme indispensable par certaines participantes, était rendu quasi-impossible sans passer par une association en raison de son coût. Concernant les associations justement, les participantes étaient souvent mal informées et donc se sentaient soit non légitimes, soit non concernées par ces dernières. En conséquence, elles ne s'y rendaient jamais d'elles-mêmes spontanément.

Lorsque le premier contact était établi et qu'elles se retrouvaient au sein du parcours, elles présentaient des symptômes de surmenage face à toutes les démarches à entreprendre. Elles ne se sentaient pas soutenues et décrivaient un défaut d'orientation entre les différents acteurs. Ainsi, elles se retrouvaient submergées de tâches administratives à effectuer, que ce soit au niveau judiciaire ou social, pour lesquelles elles pouvaient être accompagnées par

travailleurs sociaux et avocats. Elles attendaient de ces derniers d'être spécialisés dans le domaine afin d'être efficaces. L'orientation vers un travailleur social par la gendarmerie ou le commissariat de police semblait quasi-systématique, ce qui n'était pas le cas de l'avocat, qu'elles devaient trouver d'elles-mêmes, ni du psychothérapeute.

Une fois le repérage effectué et les démarches entreprises, le médecin généraliste était décrit dans la prise en charge uniquement comme prescripteur ou rédacteur de certificats médicaux, alors qu'il pourrait servir de pilier et de guide au sein du parcours, ce qui permettrait d'offrir le soutien et l'accompagnement dont elles expriment le besoin.

Enfin, la priorité pour ces femmes était de trouver la sécurité qu'elles recherchaient en demandant de l'aide. Cependant, elles faisaient face à des moyens de protection peu pertinents dont l'application réelle et l'efficacité paraissaient parfois incertaines, et dénonçaient l'absence de mesures concrètes, à savoir un logement temporaire pour celles qui n'avaient pas les moyens de s'en procurer un en urgence, ainsi que des mesures d'éloignement drastiques pour leur agresseur.

2. Forces et limites de notre étude

a) Les forces de l'étude

- Originalité du sujet

A notre connaissance, en début de travail, aucune étude qualitative française ne s'était intéressée aux attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire, celles existantes se tournant plutôt vers la prise en charge d'un seul acteur. L'une des forces de ce travail réside donc dans son originalité.

- Choix du type d'étude

La méthodologie qualitative était la plus appropriée pour répondre à l'objectif de notre recherche. L'utilisation de la technique de l'entretien individuel semi-dirigé a offert une grande liberté de parole aux interrogées, qui ont pu s'exprimer de manière confidentielle sur leur vécu, leur ressenti et leurs attentes. Ces entretiens ont permis de faire émerger un éventail de données riches et diversifiées, ce qui n'aurait pas été le cas avec une méthodologie quantitative (29,31,33).

- Respect de la méthodologie

Notre travail de recherche a été mené de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validation. Le projet a été évalué en amont par un comité d'éthique. La grille COREQ-32 a servi de support tout au long de l'étude afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative, bien que certains items n'aient pas pu être respectés. Une analyse de notre étude selon la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (22) est présentée en Annexe 1.

- Cohérence des données

Les résultats de notre recherche entrent en écho avec les bases théoriques et les résultats de nombreuses études, ce qui démontre la cohérence des données recueillies. Celles-ci sont présentées dans la partie « Comparaison avec les données de la littérature et réflexions ».

b) Les limites et biais de l'étude

- Recrutement

Comme pour toute étude qualitative, il existe des **limites dans la sélection opérée**, liées à la méthode de constitution de l'échantillon, le but n'étant pas d'être significativement

représentatif de la population étudiée. Les participantes ont été incluses sur la base du volontariat et non par tirage au sort, ce qui a pu sélectionner les patientes désireuses de s'exprimer sur leur vécu.

Par ailleurs, nous avons rencontré des difficultés lors du recrutement. Il s'agit d'un sujet difficile à aborder, et bien souvent les patientes avaient déjà dû se confier à plusieurs intervenants. Aborder à nouveau ce sujet avec une tierce personne pouvait être un frein pour participer à notre étude. De plus, nous respections un délai de réflexion entre la proposition de participation et le moment où nous les contactions. 7 patientes ont changé d'avis durant ce délai. Ensuite, il fallait accorder les disponibilités de l'enquêtrice et de la participante et trouver un lieu où effectuer l'entretien. Ces raisons expliquent pourquoi le recrutement a été effectué sur une longue période.

Nous avons réussi à diversifier le profil des participantes concernant l'âge et leur catégorie socio-professionnel afin de tendre vers une variance maximale. Ce n'est pas le cas concernant la structure de recrutement. En effet, il existe une disparité entre le nombre de patientes recrutées au niveau des urgences par rapport à l'institut médico-légal et à la maison de santé. Les patientes suivies par le psychologue des urgences étaient au début de leur prise en charge et n'étaient pas en mesure de se confier. Nous souhaitions intégrer des participantes suivies par certaines associations du secteur afin d'élargir l'échantillonnage, mais nous n'avons malheureusement pas eu de retour de leur part malgré plusieurs sollicitations.

- Recueil des données et biais d'investigation

L'étude concernant un sujet très sensible et intime pour ces femmes, la capacité à appréhender certains thèmes a été différente selon la sensibilité de chacune, ce qui a pu entraîner un **biais d'inhibition** chez certaines participantes.

La qualité des entretiens est liée aux capacités relationnelles et de communication de l'enquêtrice, qui était novice en recherche qualitative. Elle a pu gagner en aisance au fur et à mesure pour mener les entretiens et intervenir de façon pertinente. Ce **biais d'investigation** a pu être atténué par une recherche bibliographique sur la méthodologie des études qualitatives effectuée en amont du recueil des données, ainsi que par la réalisation préalable de deux entretiens tests.

Par ailleurs, ce type d'étude demande une objectivité et une neutralité totale de la part du chercheur, sans aucune interprétation au moment des entretiens. Cependant, la réalisation des entretiens a pu être biaisée par une orientation subjective de l'enquêtrice, et la façon de mener les entretiens a pu être différente selon les patientes. Ce risque est cependant inhérent à la méthode et ne peut être complètement écarté, les entretiens semi-dirigés laissant la porte ouverte à de nombreuses digressions. Pour limiter ce **biais de suggestion**, une attention particulière a été portée lors de la réalisation de la grille d'entretien, pour que les hypothèses de la chercheuse transparaissent le moins possible dans la formulation des questions.

Le fait de savoir qu'elles étaient enregistrées via un dictaphone a pu modifier le discours des participantes à l'étude. Afin de limiter ce biais, un accord oral était systématiquement demandé avant d'enregistrer l'entretien, puis elles étaient informées que l'enregistrement serait détruit dès la retranscription effectuée. D'autre part, le dictaphone était disposé le plus discrètement possible, à l'écart, afin de ne pas perturber la participante.

- Analyse

Les enregistrements ont été retranscrits de manière intégrale et immédiate après chaque entretien afin d'éviter des erreurs de retranscription. Cependant, la réalisation des entretiens, leur retranscription puis leur analyse ont été réalisées par la même personne. Pour augmenter

la validité interne de l'étude, il aurait fallu que ces trois temps soient effectués par trois intervenants différents. Afin de limiter ce **biais d'intervention**, une relecture des entretiens et une validation du codage a été effectuée par deux autres personnes afin d'obtenir une triangulation d'analyse.

Par ailleurs, la retranscription n'a pas été retournée aux participantes pour vérification des propos exprimés. Les verbatims les plus personnels aurait pu être censuré *a posteriori*, ce qui aurait pu entraîner une perte de contribution des données.

3. Comparaison avec les données de la littérature et réflexions

a) Les violences

i. Différents types et notion de cycle

Les différents types de violences décrits dans la littérature ont été retrouvés dans notre étude : verbale, physique, psychologique, sexuelle, économique et spirituelle (7,34).

Les violences **verbales** s'expriment à travers des mots (menaces, cris, insultes) et la façon de les dire (tonalité et débit de parole) (34).

Les violences **psychologiques** s'installent de manière insidieuse, puis s'aggravent progressivement. Elles reposent sur la connaissance intime des « fragilités » de la victime par le partenaire violent. Elles peuvent consister à contrôler, isoler, harceler, dénigrer, humilier, mépriser, dominer la partenaire. Ce sont la durée, la répétition et l'asymétrie des comportements dans la relation qui font la violence psychologique. Ces violences aboutissent à une destruction de l'estime de soi, ce qui renforce l'emprise de la victime envers son agresseur (34).

Les violences **physiques** regroupent toutes les agressions physiques imaginables, de la simple bousculade à l'homicide. Il peut également s'agir de séquestration (34).

Les violences **sexuelles** rassemblent les sévices et le harcèlement sexuel, ainsi que les relations sexuelles non désirées par la conjointe. Il peut s'agir de pratiques sexuelles imposées ou de relations sexuelles sous contrainte, appelées viol conjugal (34).

Les violences **économiques** s'exercent différemment selon la situation professionnelle du couple (quel conjoint a un emploi et qui a le revenu le plus élevé). Quoiqu'il en soit, le but reste le même : créer une dépendance matérielle. Pour ce faire, tous les moyens sont bons : le conjoint peut contrôler les comptes bancaires et les moyens de paiement, refuser de donner de l'argent, jusqu'à s'approprier toutes les ressources (34).

Les violences **spirituelles**, moins fréquentes, consistent à imposer une religion ou une croyance (34).

Peu d'études ont analysé la prévalence de chaque type de violences au sein du couple. Au Québec, l'étude réalisée par PATARD Guisela et co portant sur 75 femmes victimes retrouvait une prévalence de 100% pour les violences psychologiques, 84% pour les violences physiques, 68% de violences économiques et 49,3% de violences sexuelles (35). Dans notre étude, les violences psychologiques et physiques étaient prédominantes, décrites par la totalité des participantes, suivies par les violences sexuelles puis par les violences économiques. Des violences spirituelles étaient mentionnées par une seule participante.

L'engrenage de ces violences sous forme de cycle, décrit dans l'introduction, était également retrouvé dans les différents entretiens.

ii. L'emprise et ses conséquences

La notion d'emprise, inhérente aux violences conjugales, est retrouvée à plusieurs niveaux dans notre étude, tant dans les violences relatées que dans les conséquences psychologiques.

Les participantes décrivaient une relation en dent de scie avec des moments de violences

entrecoupées de périodes d'accalmie, sans jamais que l'agresseur ne perde le contrôle de sa partenaire. En effet, même dans les périodes les plus calmes, l'homme violent ne se remettait jamais en question et ne s'excusait pas. Au contraire, il faisait croire à la victime qu'elle était la cause du conflit, entraînant un sentiment de culpabilité.

Selon le Dictionnaire Larousse, l'emprise est une relation de domination, de manipulation et de maltraitance, utilisant de façon plus ou moins subtile la violence en alternance avec des marques d'affection, ce qui a pour effet de vulnérabiliser la victime et de la maintenir dans un état de dépendance psychologique et/ou matérielle (36). Du point de vue psychanalytique, il s'agit d'une relation de soumission de la partenaire, considéré comme un objet, dans laquelle la différence de l'autre est impossible à accepter et la satisfaction de ses propres désirs est prioritaire sur les désirs de l'autre (34). Avec l'emprise, un cercle vicieux s'installe et les victimes se retrouvent dépourvues de moyens psychologiques pour se défendre et encore moins pour partir sans l'aide d'une personne extérieure (37). Les participantes décrivaient une perte d'autonomie importante, allant parfois jusqu'à l'impression d'avoir perdu toute identité propre, et de ne vivre qu'aux dépens du conjoint violent. Totalement aveuglées par ce phénomène et engrenées dans ce cycle, elles en venaient à minimiser les faits, voire à trouver des excuses à leur agresseur. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la violence s'inscrit dans une relation amoureuse, avec une vie de couple, qui malgré les évolutions sociétales de ces dernières décennies continue de représenter un « idéal ». Cela permet de comprendre l'état de confusion, d'hésitation voire d'ambivalence dans lequel se trouve la victime (38). Cette notion de contrainte morale, résultant de l'emprise, est de ce fait reprise dans l'article 12 de la circulaire de 2020, qui autorise le signalement des situations de violences conjugales avec emprise par le médecin pour les personnes majeures (39).

Les violences répétées, associées à ce phénomène d'emprise, ont pour conséquences une fragilisation psychique et physique extrême de la victime, qui développe des symptômes psycho-traumatiques sévères : sentiment de honte, de culpabilité, d'impuissance, perte de l'estime de soi, hyper-anxiété, panique, dissociation, idées suicidaires, syndrome dépressif sévère (37). Ces conséquences ont été retrouvées dans le discours des participantes à notre étude.

iii. La sortie des violences

En raison de cette fragilité psychique engendrée par le phénomène d'emprise, la sortie des violences conjugales n'est pas évidente et nécessitait dans notre étude soit l'intervention d'une tierce personne, soit un déclic. Ce déclic est décrit dans la littérature comme l'instant où la femme comprend qu'elle ne supportera plus les violences qu'elle endure, lors d'un événement qui ne diffère pas ou ne diffère que peu des violences ordinairement subies, mais qui est la fois de trop (40). Cela ne signifie pas qu'elle ne se considère plus comme une victime, mais, au contraire, qu'elle se regarde enfin véritablement comme telle et qu'elle peut donc envisager des stratégies de sortie de la situation de violence (40).

Pour Céline Devalois, psychanalyste, la question du déclic reste très énigmatique puisque peu de femmes réussissent véritablement à dire stop et partir, tandis que beaucoup reviennent auprès de leur partenaire ou répètent inlassablement la même histoire de violence avec un autre partenaire (41). La participante 10 témoignait de cette ambivalence dans son discours : elle avait fait de nombreux allers-retours avant de trouver le courage de partir et admettait que si son agresseur n'avait pas été incarcéré, elle y serait retournée une fois de plus.

Lorsque les participantes avaient décidé de partir, elles se heurtaient à un refus catégorique de la part de leur conjoint et à une majoration des faits de violence. Certaines déclaraient une

poursuite des violences malgré la séparation. Les données de l'enquête « Violences et rapports de Genre » (enquête Virage) réalisée en 2015 permettent d'analyser l'ampleur des violences dans un contexte de séparation conjugale et après une séparation (42). Plus du tiers des femmes (35 %) déclaraient des faits de violence de la part de leur conjoint en période de séparation. Les violences restaient importantes également après la séparation : 13% des femmes qui avaient maintenu un contact avec l'ex-partenaire déclaraient avoir été victimes de violences (42).

iv. Facteurs favorisants

Il existe plusieurs facteurs favorisant les violences au sein du couple, dont l'exposition à la violence familiale et à la maltraitance pendant l'enfance, les troubles de la personnalité antisociale et l'usage nocif de l'alcool (6). Ces facteurs ont été retrouvés dans notre étude. Concernant l'usage de l'alcool plus précisément, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 faisait le constat qu'une consommation abusive d'alcool augmentait les risques de violences conjugales (43). Dans notre étude, plusieurs participantes mentionnaient que leur agresseur était sous l'emprise de l'alcool au moment des violences. Si les addictions sont parfois une porte d'entrée vers la violence pour les auteurs, elles peuvent aussi être une conséquence pour les victimes, utilisées alors comme un échappatoire afin de gérer le psycho-traumatisme (44). Une de nos participantes avouait être devenue addictive aux jeux en voulant s'évader des violences du quotidien. Ce lien entre violence et addiction n'était pas exploré plus en profondeur dans notre travail.

v. Place des enfants

Les enfants avaient une place prépondérante dans le discours de nos participantes. Souvent témoins des violences, parfois eux-mêmes victimes, ils constituaient d'abord un frein au départ, puis finalement une source de courage pour quitter l'homme violent.

Selon Karen Sadlier, les violences conjugales constituent un climat de vie quotidienne marqué par l'insécurité, l'instabilité et la menace pour l'enfant (45). En conséquence, ils développent des troubles psychologiques et sociaux : troubles post-traumatiques, acquisitions de modèles psychosociaux avec minimisation de la violence, troubles de l'attachement, stratégies d'ajustement mises en place pour se protéger (évitement, fantasme, tentative de maîtrise, auto- et hétéroagressivité) (45).

La participante 4 déclarait que les rôles mère-fille s'étaient parfois inversés. Selon Fortin & Lachance, la fréquence et l'intensité des violences au sein du couple, la détresse de la mère consécutive à ce climat et la qualité de la relation mère/enfant entraîneraient une disparition des frontières intergénérationnelles avec comme conséquence une parentification de l'enfant, source d'une détresse supplémentaire pour l'enfant (46).

Les participantes évoquaient avoir voulu rester pour le bien des enfants, pour ne pas les mettre en difficultés et ne pas les séparer de leur père. Nous l'avons décrit précédemment, les victimes sont prisonnières d'un « idéal », fondé sur la vie de couple et de famille, sur cette idée d'unité. Il est donc très difficile pour elles de considérer la rupture de cette unité. Ces puissantes représentations concourent à tisser un lien si fort entre les partenaires que l'idée même de la séparation est inenvisageable (47).

Finalement, les participantes déclaraient avoir pris la décision de rompre pour le bien et la sécurité des enfants. Plusieurs d'entre elles décrivaient qu'elles puisaient le courage et la force de partir et d'affronter toutes les démarches dans l'amour qu'elles portaient à leurs enfants.

En effet, dans l'étude de Zahia Manseur, les femmes quittaient un conjoint violent quand elles avaient pris conscience des répercussions de la violence sur les enfants (48).

b) Le parcours d'une femme victime

Nous l'avons vu tout au long de notre étude, le parcours de prise en charge est riche et varié, les victimes rencontrent de nombreux intervenants différents. Nous avons divisé ce dernier en trois catégories : le parcours de soins, le parcours social et le parcours judiciaire. Nous reviendrons sur les rôles des acteurs principaux dans le paragraphe suivant.

i. Le parcours de soin

Dans notre étude, les acteurs rencontrés au niveau médical étaient médecins généralistes, urgentistes, psychologues, psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes et sage-femme.

Les mêmes intervenants sont cités dans la littérature, avec une prédominance pour les **médecins généralistes, urgentistes** et **gynécologues obstétriciens** (12). Les sage-femmes peuvent également être des interlocutrices de confiance, ainsi que d'autres spécialistes : pédiatres, psychiatres, addictologues, médecins du travail, médecins scolaires, psychologues, infirmiers à domicile et jusqu'aux chirurgiens orthopédiques en cas de lésion traumatique à traiter (12).

En effet, les conséquences décrites dans le discours des participantes étaient nombreuses, physiques parfois, psychologiques toujours, et nécessitaient un soutien médical.

Nous l'avons vu dans l'introduction, une femme victime de violences conjugales a une consommation en soins plus importante qu'une femme non-victime du même âge (11,12,49). C'est le cas du fait de la diversité des soignants rencontrés, mais également du fait des traitements entrepris. Les interrogées mentionnaient des examens complémentaires et la

prise de médicaments de la famille des anxiolytiques, antidépresseurs et antalgiques. L'une d'entre elle avait subi jusqu'à 8 interventions chirurgicales en raison des violences.

Une des participantes évoquait plusieurs méthodes de médecine douce : l'hypnose, la naturopathie, l'acupuncture, nous poussant à nous intéresser sur la place accordée aux médecines alternatives, communément appelé la « médecine douce » dans la prise en charge des violences. A ce jour, aucune étude à notre connaissance ne s'y est intéressée. En France, seule l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie sont reconnues par l'Ordre des médecins (50). Or, la demande d'interventions non médicamenteuses est croissante dans la population générale : 40 à 60% des patients ont recours aux techniques de médecine alternative ou complémentaire et 75% d'entre eux n'osent pas en parler à leur médecin (50). La France accuse un certain retard face à la médecine alternative, expliqué par le cartésianisme d'une part, et par le principe d'égalité d'accès aux soins d'autres part (50). Cependant, ces méthodes intéressent particulièrement le champ de la psychologie médicale, puisqu'elles prennent naissance dans ses principes ou s'appuient sur ses concepts (comme la question de la dynamique entre le corps et l'esprit) (51). Or, nous avons pu constater l'importance des conséquences psychologiques induites par les violences sur les victimes. Il nous semble donc intéressant d'accorder plus d'importance à cette médecine alternative dans la prise en charge de ces femmes.

ii. Le parcours social

Au sein de ce parcours, les interrogées mentionnaient la rencontre de **travailleurs sociaux** et d'**associations**, qui correspondent aux principaux acteurs mentionnés dans la littérature (12). Le **3919**, numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences, fait selon nous parti de cette catégorie. En effet, il s'appuie

sur un partenariat avec les principales associations nationales et garantit une écoute, une information et une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge (15).

Au sein des associations, nous retrouvons plusieurs catégories. Les *accueils de jour* offrent aux femmes victimes une structure de proximité ouverte sans rendez-vous pour les accueillir, les informer et les orienter, permettant une prise en charge précoce et une fluidité dans le parcours (15). En complément, des *permanences d'information et d'accompagnement* sont assurées par des associations locales et veillent au suivi du parcours de la victime et l'aide dans ses démarches (15). Enfin, les *structures d'hébergement* accueillent les femmes qui quittent leur domicile à la suite de violences (15). L'ensemble de ces associations comprennent des assistants sociaux, psychologues, éducateurs, juristes, conseillers en économie sociale et familiale, chargées d'accueil écoutantes, qui évaluent chaque situation, proposent des entretiens individuels de suivi et des accueils collectifs (entre autres des groupes de parole, des ateliers estime de soi) (15).

Le site « Déclic Violence », adressé aux médecins généraliste, propose une carte interactive permettant de trouver rapidement les différentes structures selon le secteur (34).

En dehors de ces associations spécialisées, tout intervenant social peut être confronté à une situation de femme victime. En effet, il est possible de se rendre chez n'importe quelle assistante sociale de polyvalence de secteur pour obtenir un soutien (52).

Les commissariats de Police et les brigades de Gendarmerie disposent également de travailleurs sociaux, permettant une approche pluridisciplinaire, appréciés du public qui n'a pas à chercher désespérément les interlocuteurs adéquats, au risque d'abandonner sa quête (53).

iii. Le parcours judiciaire

Sur le plan judiciaire, la première étape est le dépôt de plainte dans un **commissariat de police** ou dans une **brigade de gendarmerie**, nécessaire pour que l'auteur des violences soit poursuivi en justice (54).

Suite à cette plainte, la victime est adressée au **médecin légiste** pour faire constater les blessures et les violences subies, et une enquête est réalisée par la police ou la gendarmerie (55).

La plainte est ensuite transmise au **procureur de la République**. A noter qu'il est possible de porter plainte directement auprès de lui en envoyant une lettre au tribunal judiciaire du lieu de l'infraction ou du domicile de l'auteur de l'infraction (56). Il est possible également pour celles qui ne souhaitent pas déposer plainte de faire une main courante au commissariat, simple déclaration permettant d'enregistrer et dater des faits susceptibles d'être utilisés en cas de procédure judiciaire ultérieure. La main courante est systématiquement transmise au procureur, qui peut tout de même décider d'engager une enquête malgré l'absence de plainte (57). C'est ce qui est arrivée à la participante 9 dans notre étude.

Le procureur de la République examine les éléments à sa disposition et décide de la suite à donner : engager des poursuites pénales avec saisine du juge d'instruction et audience devant un tribunal, mettre en œuvre des mesures alternatives (rappel à la loi, stage de responsabilisation etc.) ou classement sans suite (55,57). Le procureur peut décider d'attribuer un téléphone grave-danger à la victime en cas d'éloignement du conjoint violent sur décision de la justice ou en cas de danger grave et imminent lorsque l'agresseur n'a pas encore été arrêté ou jugé. Il est donné pour une durée de 6 mois renouvelable et permet à la victime de contacter directement une plateforme spécialisée en cas de danger, qui alertera la police ou la gendarmerie si nécessaire (57).

En parallèle, la victime peut déposer une requête en vue de la délivrance d'une ordonnance de protection auprès du **juge aux affaires familiales** (JAF) compétent pour son domicile, en joignant à cette demande toutes les preuves des violences subies (56). Cette ordonnance de protection peut interdire à l'agresseur de contacter ou de s'approcher de la victime. De plus, le JAF peut proposer à l'agresseur une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique ou le suivi d'un stage de prévention contre les violences, et peut décider de mettre en place le bracelet antirapprochement. Ces mesures nécessitent l'accord de l'agresseur, et si celui-ci refuse, le juge doit en informer le procureur. Le juge se prononce également sur la résidence des époux, pacsés ou concubins, la jouissance du logement étant en principe attribuée à la victime. L'auteur des violences doit quitter le domicile commun dans le délai fixé par le juge et peut être contraint de continuer à prendre en charge financièrement le logement commun. Il se prononce également sur l'exercice de l'autorité parentale et les droits de visite (56). Les mesures contenues dans l'ordonnance de protection sont prises pour une durée de 6 mois et peuvent être prolongées (56).

Pour être accompagnée durant ces démarches, la victime a la possibilité de consulter un **avocat** qui la représentera dans la procédure et défendra ses intérêts (55).

Afin de préparer la victime à ces démarches, il existe des associations d'aide aux victimes qui tiennent des permanences dans chaque tribunal judiciaire : ce sont les **bureaux d'aide aux victimes** (55).

Dans notre étude, l'ensemble de ces intervenants et mesures ont été cités.

c) Compétences individuelles

i. Le médecin généraliste : une place à redéfinir

Les attentes spécifiques aux médecins généralistes retrouvées suite à notre analyse corroborent les résultats d'autres travaux (21,58,59).

Les participantes attendaient vigilance et réactivité pour donner l'alerte. En effet, le repérage des violences au sein du couple est une des missions du médecin généraliste. Pour ce faire, la HAS recommande le questionnement systématique des femmes, même en l'absence de signe d'alerte (15). Dans notre étude, seule une participante avait été repérée comme étant victime par son médecin traitant. Pour les autres, soit elles s'étaient confiées d'elles-mêmes, soit ce dernier n'était pas du tout mis au courant. Il se pose donc la question de la réelle application de cette recommandation. Plusieurs études ont analysé les obstacles au repérage en médecine générale (19,60–62) et mettaient en évidence principalement un manque de sensibilisation aux violences conjugales et un manque de formation sur la prise en charge, en particulier une mauvaise connaissance du réseau spécialisé. D'autres travaux se sont donc penchés sur l'intérêt d'une formation au dépistage à destination des professionnels de santé (63–65). Dans l'étude de Marion Moreau réalisée en Alsace en 2018 (65), les professionnels de santé étaient significativement plus nombreux à pratiquer un dépistage systématique après avoir participé à une formation. Ces formations, centrées sur les freins décrits par les professionnels et répétées dans le temps, semblaient montrer une amélioration du repérage des violences conjugales en pratique (63,64). En parallèle de ces obstacles au repérage, les participantes déclaraient quant à elles des freins à la confiance : le manque de temps du médecin généraliste, une relation distante faisant craindre une levée du secret professionnel ou la mise au courant du conjoint. Ces freins étaient également retrouvés dans d'autres études (21,58).

Une fois le repérage effectué, qu'en est-il de la prise en charge proposée ? La participante 9, l'unique à avoir été repérée par son médecin, n'était à ce moment-là pas prête pour déposer plainte, la prise en charge du médecin a donc consisté à l'accompagner et à la conseiller en attendant le déclic qui lui permettra d'entreprendre les démarches. La participante 7, qui s'était confiée d'elle-même à son médecin suite à des blessures physiques, décrivait avoir été orientée par son médecin traitant vers les différents acteurs et avoir reçu un réel soutien dans les démarches. Ce rôle de guide, de coordinateur, faisait justement partie des attentes spécifiques au médecin généraliste dans notre étude. Dans l'étude d'Agnès Ledoux en 2019 (18), la quasi-totalité des médecins réalisait un examen physique et psychologique et rédigeait un certificat médical. Cependant, moins d'un tiers des médecins proposait un accompagnement pluridisciplinaire, le manque de connaissance du réseau étant l'un des freins principaux. Là aussi, la formation permettrait une amélioration.

A notre connaissance, aucune étude ne s'est à ce jour intéressée au rôle du médecin généraliste après que la victime a intégré le parcours. Dans la nôtre, une fois que les participantes étaient engagées dans le parcours, le médecin n'était mentionné dans les discours que pour la prescription de médicaments et pour la rédaction de certains certificats. Or, le rôle de coordinateur s'exerce tout au long de la prise en charge. Il serait donc intéressant de proposer un suivi régulier à ces femmes pour suivre leur avancée dans les démarches et ainsi leur apporter le soutien et l'accompagnement qu'elles attendent.

Enfin, la comparaison des attentes générales sur la prise en charge, retrouvées dans notre travail, avec les compétences du médecin généraliste décrites par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) (66) a révélé certaines coïncidences. L'empathie, la reconnaissance et la bienveillance entrent dans le cadre de la compétence « Relation, Communication, Approche centrée patient ». L'éducation est une compétence à part entière.

Être guide signifie assurer la coordination des soins autour du patient, correspondant à une autre compétence. La vigilance nécessaire au repérage entre dans le cadre conceptuel « premier recours, incertitude ». Ces coïncidences nous permettent de conclure que la place du médecin généraliste pourrait être redéfinie dans la prise en charge des violences. En effet, son rôle ne se limite pas au seul repérage, et une formation adéquate lui permettrait de remplir un certain nombre d'attentes faisant partie de ses compétences.

ii. Les forces de l'ordre : le dépôt de plainte, source de désagrément

Les attentes spécifiques aux forces de l'ordre concernaient principalement l'accueil au commissariat ou à la gendarmerie. Elles exprimaient le besoin d'y trouver du soutien, à travers une attitude bienveillante et une réactivité face au danger auquel elles étaient confrontées. Nous l'avons vu précédemment, déposer plainte demande énormément de courage pour ces femmes qui se trouvent sous l'emprise de leur compagnon. Ainsi, lorsqu'elles estiment que c'est le bon moment, quelqu'un doit être présent pour les entendre. L'accueil du public dans les commissariats et les brigades de gendarmerie s'exerce 7 jours sur 7, de jour comme de nuit, leur permettant de trouver une écoute permanente (15). Or, dans notre étude, la participante 10 déclarait que sa plainte avait été refusée le soir-même. Pour elle, c'est inacceptable. Elle décrit avoir failli retourner chez son agresseur, ce qui représente le risque pour toute victime mal accueillie. En théorie, la réception de la plainte ne peut être refusée, et si c'est le cas la victime peut alerter l'inspection générale de la police ou de la gendarmerie nationale (54). La réalité est toute autre. Dans l'enquête menée par le collectif NousToutes en 2021 sur 3496 témoignages de femmes victimes ayant porté plainte ou essayé de le faire pour des violences sexistes ou sexuelles, dont 43,7% concernait des faits de violences conjugales, 40% témoignait d'un mauvais accueil. Parmi ces 40%, 67,8% dénonçait une banalisation des

faits, 56,5% un refus de prendre la plainte ou découragement, 55,2% une culpabilisation de la victime, 29,8% des moqueries ou du sexisme et 26,2% de la solidarité avec l'accusé (67). L'une des mesures du Grenelle visait justement à renforcer la formation des policiers et des gendarmes à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales (2). Des progrès sont encore attendus.

Policiers et gendarmes sont responsables de l'enquête judiciaire menée à l'encontre de l'auteur des violences. Dans ce domaine, les participantes attendaient professionnalisme et rapidité, et dénonçaient en particulier des interventions lentes ou la perte de certaines plaintes.

Concernant l'orientation dans le parcours, les policiers et gendarmes peuvent communiquer à la victime les coordonnées des associations conventionnées d'aide aux victimes et peuvent lui proposer l'aide d'un psychologue et/ou d'un intervenant social au sein du commissariat ou de la gendarmerie, quand ils existent (15). En effet, certaines participantes ont bénéficié de l'aide d'un assistant social par ce biais-là.

iii. Le parcours judiciaire, un parcours riche qui manque de transparence

Le parcours judiciaire diffère selon la gravité des violences, mais reste un parcours très spécifique, dont les mesures manquent de clarté pour les femmes victimes. Ainsi, les participantes exprimaient le souhait que les démarches soient simplifiées et être tenues informées de l'avancée de leur dossier. Pour faciliter l'accompagnement, des bureaux d'aide aux victimes ont été mis en place dans chaque tribunal judiciaire, qui proposent un accueil gratuit et confidentiel et permettent d'orienter et de renseigner les victimes dans les procédures judiciaires (34). A Strasbourg, l'association Viaduc 67 (68) accompagne

gratuitement les victimes tout au long de leur parcours juridique en faisant intervenir travailleurs sociaux, psychologues et juristes.

Comme pour les forces de l'ordre, les participantes attendaient des différents acteurs du professionnalisme, en particulier P8 qui regrettait la perte de certaines pièces importantes constituant son dossier.

La mise en sécurité semblait importante pour nos participantes. Elles estimaient que les mesures de protection n'étaient pas assez sévères ou alors survenaient trop tardivement.

Enfin, elles souhaitaient être préparées à la confrontation à leur agresseur imposée par la justice. Nous verrons cependant qu'il s'agit plutôt d'un des rôles de l'avocat.

iv. Le médecin légiste : à cheval entre les parcours médical et judiciaire

Suite au dépôt de plainte, la victime peut être orientée vers un médecin au sein d'un Institut Médico-Légal (IML) ou d'une Unité Médico-judiciaire (UMJ) afin de faire constater les blessures ou les violences sexuelles subies (55). Les participantes à notre étude relataient que cette étape était importante en termes de reconnaissance. En effet, cela permet à la victime une prise de conscience des faits, de réaliser qu'elles sont victimes et qu'elles sont crues (5).

Dans les UMJ, la prise en charge consiste d'abord en un entretien par un(e) infirmier(e), permettant de recueillir les faits de violence, d'évaluer le retentissement psychologique et d'expliquer la prise en charge du médecin légiste (5,69). Les participantes à notre étude exprimaient justement le désir que des explications claires leur soit délivrées. L'IDE transmet ensuite les informations au médecin légiste, qui réalise un examen somatique permettant de décrire les lésions visibles, ceci dans le but d'établir un certificat médico-judiciaire et de déterminer l'incapacité totale de travail (ITT) évaluée en nombre de jours et permettant de qualifier l'infraction (5,69). Le médecin légiste peut recommander une évaluation

psychologique, réalisée à la demande des forces de l'ordre ou du parquet, par le psychologue de l'UMJ (5). L'existence d'une unité d'aide aux victimes (UNAVI) permet d'orienter ensuite les victimes vers une consultation juridique et un soutien psychologique (5). Une fois de plus, l'orientation vers d'autres acteurs du parcours est de mise. Dans l'étude de Marine Daron, les femmes prises en charge à l'UMJ étaient orientées vers des associations, travailleurs sociaux, psychologues et vers leur médecin traitant pour poursuivre le suivi (16).

A Strasbourg, l'UMJ est située au sein du nouvel hôpital civil et assure l'accueil et l'expertise médico-légale des victimes de violences, uniquement sur réquisition judiciaire. L'UMJ n'est pas dotée de poste d'infirmière, le médecin légiste réalise l'interrogatoire des victimes seul. Cependant, une collaboration pluridisciplinaire avec les autres disciplines hospitalières permet une prise en charge adaptée des victimes (70).

Les interrogées attendaient du médecin légiste que la prise en charge soit immédiate à la suite du dépôt de plainte. A Strasbourg, les examens médico-légaux se font en effet uniquement sur rendez-vous. Il semble toutefois difficile d'organiser une prise en charge immédiate, celle-ci ayant déjà lieu le plus rapidement possible selon les dispositions du service. S'il s'avère que la consultation doit être différée, le médecin légiste mentionne dans son rapport les éléments constatés par le médecin primo-intervenant (urgentiste, généraliste), si ce dernier a établi un certificat médical descriptif.

v. Avocats et travailleurs sociaux, spécialisation pour un meilleur accompagnement

Les attentes concernant avocats et travailleurs sociaux sont similaires : du soutien dans les démarches et des professionnels spécialisés dans les violences afin de gagner en efficacité.

L'intervention sociale comprend trois niveaux : l'évaluation des violences et de l'atteinte à l'intégrité du sujet, la mise en sécurité de la victime et des enfants, et l'accompagnement

social (52). Il est attendu des professionnels de pouvoir prendre en compte leur situation singulière et d'intervenir immédiatement. Ainsi, le travailleur social doit évaluer la situation en repérant et en analysant les besoins exprimés par la victime, en identifiant les risques de danger et le degré d'urgence, et en situant son action par rapport au cycle de la violence (12). Le rôle principal du travailleur social est de traiter les difficultés de logement et d'hébergement : maintien dans le domicile conjugal en priorité si l'expulsion du conjoint violent est possible, si non nouveau logement, hébergement auprès de sa famille ou d'amie, ou logement temporaire (12). En cas d'urgence, une solution d'hébergement peut être recherchée auprès des structures d'urgence ou de la plateforme de veille sociale départementale (12). Deux participantes avaient bénéficié d'une aide pour trouver un logement temporaire ou définitif, les autres avaient dû trouver une solution par leurs propres moyens. La participante 10 relatait qu'il était difficile de se retrouver chez ses parents avec ses enfants, entraînant une sensation de « dégression sociale » se rajoutant à la perte d'estime d'elle-même secondaire aux violences subies. En parallèle, l'accompagnement social consiste à aider la victime à effectuer toutes les démarches qui lui permettront de faire valoir ses droits et de recouvrer son autonomie (12). Dans notre étude, les participantes regrettaient des démarches longues.

La représentation par un avocat n'est pas obligatoire, mais au vu de la complexité des procédures, et aussi des manipulations et pressions possibles de la part de l'accusé risquant de faire reculer ces femmes dans leurs démarches, il est recommandé aux victimes d'être accompagnées dans une procédure judiciaire (55). Les rôles de l'avocat sont de déterminer les mesures qui seront adaptées à la victime, de guider la victime dans la constitution de son dossier et dans la collecte des éléments de preuve en amont de la saisine du juge aux affaires familiales, de préparer et d'accompagner la victime en audition et en confrontation au pénal,

d'obtenir une indemnisation ou encore d'orienter vers d'autres acteurs intervenant dans la prise en charge (71). Les frais et honoraires engagés pendant la prise en charge sont soit pris en charge par l'assurance personnelle de la victime si elle comprend une protection juridique, soit par l'aide juridictionnelle, accordée en cas de faibles ressources, qui permet une prise en charge totale ou partielle des frais d'avocat par l'État (55). Les participantes ayant été assistées par un avocat dans notre étude étaient globalement satisfaites du soutien qu'elles ont reçu. Elles regrettaient cependant d'avoir eu à trouver un avocat d'elles-mêmes. Certaines associations d'aide aux victimes, comme Viaduc 67 à Strasbourg (68), ou les bureaux d'aide aux victimes, sont en mesure de donner tout renseignement utile à ce sujet.

vi. La psychothérapie, un rôle essentiel pourtant difficile d'accès

En France, les psychologues ne sont pas considérés comme des professionnels de santé au titre du code de la santé publique (72), mais ils jouent un rôle important dans les prises en charge. Nous l'avons vu, les conséquences psychologiques sur les victimes sont nombreuses. La quasi-totalité des participantes suivait une psychothérapie ou en exprimait le besoin. Le but de la psychothérapie était selon elles de mettre des mots sur les maux et d'être guidée pour trouver les réponses à leurs questions intimes. Pour gagner en efficacité, elles préféraient être suivies par un thérapeute spécialisé, qui a l'habitude de prendre en charge les victimes de violences. En effet, la prise en charge des victimes de violences conjugales doit reposer sur du personnel formé à la victimologie et à la psychotraumatologie pour proposer un soin de qualité, ce que tous les psychiatres ou psychologues ne maîtrisent pas forcément (73). La prise en charge consiste à accompagner la victime dans son cheminement et sera adaptée à la clinique présentée par le patient. La priorité est le travail de la gestion émotionnelle, pour qu'ensuite les événements traumatiques puissent être abordés. Le

thérapeute peut alors avoir recours à des psychothérapies, notamment les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme et l'EMDR (Eyes Movement desensitization and reprocessing) (73). Ces soins nécessitent l'instauration d'un climat de confiance avec la patiente, qui passe par la reconnaissance des violences subies et une attitude empathique pour la victime (73). Effectivement, les interrogées soulignaient l'importance de bien s'entendre avec leur thérapeute.

Les participantes attendaient du professionnel qu'il ait des horaires souples, adaptés à la vie des patientes, et qu'en cas d'empêchement de dernière minute la consultation se fasse tout de même par téléphone. En effet, être trop rigide c'est rejouer l'emprise, créer la rupture au risque de renforcer le sentiment d'abandon que présentent souvent les victimes (73).

Le principal frein à cette prise en charge était financier, les consultations des psychologues n'étant pas remboursées par la sécurité sociale. Il existe néanmoins un certain nombre de possibilités pour accéder à une prise en charge gratuite : des psychologues sont présents au sein des associations, des services d'urgences et des commissariats/gendarmeries (15,74).

Dans notre étude, aucune participante n'avait été orientée vers un psychothérapeute par les forces de l'ordre. Concernant les associations, elles déploraient le manque de souplesse des horaires et l'interruption du suivi en cas d'incarcération du conjoint ou arrêt des poursuites. Il semble important d'élargir les possibilités d'accès à la psychothérapie. Le dispositif « *Mon Psy* » instauré le 5 avril 2022 permet de bénéficier du remboursement de 8 séances d'accompagnement psychologique par an (75). Pour y avoir accès, il suffit de consulter son médecin traitant qui établira un courrier d'adressage destiné à l'Assurance Maladie et un courrier d'accompagnement à destination du psychologue. Le patient choisi ensuite un psychologue parmi ceux listé sur le site monpsy.sante.gouv.fr (75). Il serait intéressant d'étudier l'application de cette nouvelle possibilité en pratique.

vii. Les associations

Six participantes avaient bénéficié de l'aide d'une ou plusieurs associations strasbourgeoises : SOS femmes solidarités, Viaduc 67 ou le CIDFF. Les autres n'avaient soit pas été orientées vers l'une d'entre elles, soit ne se sentaient pas suffisamment légitimes pour s'y rendre, soit n'avaient pas osé passer la porte. Une fois de plus, l'orientation a son importance et rend ces associations plus accessibles. De même, certaines étaient mal informées sur ce qu'une association était en mesure de leur apporter, il semble donc essentiel de bien expliquer à ces femmes en quoi elles consistent, afin qu'elles trouvent un intérêt de s'y rendre.

Enfin, une fois le contact pris, elles désiraient qu'un suivi soit mis en place, même en cas d'arrêt des poursuites judiciaires ou en cas de jugement de l'agresseur.

d) Compétences communes

Les besoins et demandes des femmes victimes sont multiples et chacun doit apporter une solution dans son domaine de compétence puis l'orienter vers les autres professionnels qui apporteront une réponse complémentaire (14). A ces compétences spécifiques s'ajoutent cependant des compétences communes, attendues des femmes victimes et permettant de favoriser l'interaction entre les différents intervenants.

i. Le repérage

Le repérage des violences est une affaire de tous. Ainsi, chaque intervenant doit être en mesure de repérer une femme victime, même en l'absence de signes cliniques, ceci dans le but de la prendre en charge et de l'intégrer au sein du réseau pour la sortir des violences et la protéger. Il n'existe pas de profil type de femme victime de violences et réaliser un dépistage uniquement sur signe d'appel, c'est prendre le risque de passer à côté (73). Le dépistage systématique semble alors indispensable, permettant de libérer la parole et de rompre la

solitude dans laquelle une majorité de victimes se trouvent, et donnant l'opportunité aux femmes de comprendre que parler de violence est possible dans le cadre de l'accompagnement (73). Pour être apte au repérage, il semble indispensable d'avoir suivi une formation à ce sujet et d'y être sensibilisé. La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) a élaboré un kit de formation à visée de l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir auprès des femmes victimes de violences, composé d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement, complété par des fiches réflexes spécifiques à chaque profession (14). Nous l'avons vu pour les médecins généralistes, une formation adaptée permet un meilleur repérage (64,65). Il en est de même pour l'ensemble des intervenants.

ii. Orientation de la victime dans le réseau

L'orientation de la femme victime est du ressort de chacun. Comme le précise le site du gouvernement « Arrêtons les violences », il n'y a pas de chronologie prédéfinie de l'intervention des différents acteurs et le rôle de chacun et chacune est important, tant dans la phase de repérage des violences que dans l'accompagnement de la victime (14). Néanmoins, nous avons pu constater durant notre étude que s'ils étaient toujours singuliers, les parcours présentaient toutefois certaines régularités. En effet, même si la porte d'entrée était différente, les interlocuteurs restaient les mêmes et suivaient un ordre similaire, nous permettant d'élaborer un modèle explicatif de ce parcours. Les participantes à notre étude reprochaient cependant un manque de clarté et de coordination dans cette organisation et se retrouvaient souvent perdues au milieu de ces multiples acteurs et démarches. A partir du dépôt de plainte, elles étaient subitement projetées au beau milieu d'un enchevêtrement de démarches médicales, sociales et judiciaires, dont elles ne comprenaient pas tout. Dans ces

conditions, il leur est difficile de prendre du recul face à la situation, d'autant plus que ces femmes sont à ce moment-là dans une fragilité psychique extrême. En conséquence, les participantes décrivaient pour la plupart des symptômes de surmenage avec parfois une envie d'abandon, voire un regret d'avoir quitté les violences pour un parcours aussi difficile. Il nous semble donc absolument nécessaire, d'une part, d'ordonner cette prise en charge pour faciliter la sortie des violences de ces femmes, d'autre part, de former les intervenants aux différentes étapes de ce parcours pour qu'ils soient en mesure de les accompagner et d'apporter toutes les informations aux victimes afin qu'elles sillonnent en son sein de manière claire et orientée.

Pour améliorer cette organisation, la Haute Autorité de Santé recommande à chaque intervenant d'identifier le réseau sanitaire de proximité constitué des autres partenaires concernés et de l'adapter en fonction de la victime, des violences subies et des contraintes territoriales (15). Il semble en effet important que chaque interlocuteur sache orienter précisément la victime vers la ou les structure(s) adaptée(s) à sa situation.

Pour appliquer cette recommandation, un travail est mené par les associations, comme le CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) ou SOS Femmes Solidarité à Strasbourg, qui organisent des formations dédiées aux professionnels afin de mieux faire connaître les lieux et actions menées dans le secteur et ainsi de renforcer l'interconnaissance entre les acteurs du territoire (76,77).

Par ailleurs, le site Parcours Victimes a été conçu pour aider les victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques et les guider au sein des démarches (55). Il propose de procéder par étapes et divise le parcours en 5 temps clés : la confiance, la mise en sécurité, la préparation au temps pénal, l'indemnisation et enfin la reconstruction (55). Il s'agit

d'un outil intéressant qui permet aux femmes d'avoir une vision globale du parcours à effectuer.

Le Grenelle des violences conjugales, organisé du 3 septembre au 25 novembre 2019, réunissait les différents intervenants pour déterminer des mesures à prendre pour combattre les violences conjugales. Parmi les 30 mesures annoncées figuraient la distribution d'un document d'information sur la procédure à toute victime se rendant dans un commissariat ou une gendarmerie, le financement de structures dédiées à la prise en charge médico-sociale, et la mise à disposition d'outils à destination des professionnels de santé, tels qu'une cartographie des professionnels et structures engagées dans la prise en charge (2). Si la première a été mise en place, les deux suivantes sont toujours en cours d'élaboration trois ans plus tard (78). Aucune de nos participantes n'a mentionné spontanément avoir reçu ce document d'information, ce critère n'ayant pas été recherché par le biais du guide d'entretien.

iii. Bienveillance, empathie et reconnaissance

Les victimes attendent de leurs interlocuteurs qu'ils fassent preuve d'une attitude bienveillante et empathique. Ces attentes étaient retrouvées dans d'autres études ciblant les médecins généralistes (21,58,59), mais peuvent être élargies à l'ensemble des intervenants, comme nous le constatons dans notre étude. En effet, les professionnels doivent être disponibles, savoir engager le dialogue, poser des questions simples qui mettent la victime en confiance et lui permettent de raconter son histoire (12). Une simple question sur son vécu des violences est de nature à aider la victime qui se sent reconnue, comprise, considérée et peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler (73). L'écoute fait partie du rôle propre des professionnels.

iv. Éducation de la population

Chaque intervenant partage le rôle d'éduquer la population aux violences et au parcours de prise en charge. En effet, une meilleure éducation permettrait d'améliorer le repérage des violences par l'entourage d'une part, de rendre les femmes plus attentives à leur propre situation d'autre part. Les victimes seraient ainsi informées sur les démarches à suivre en cas de violence, ce qui leur éviterait de se retrouver dans une confusion.

Concernant les plus jeunes, le Grenelle établissait en 2019 des mesures pour éduquer à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons avec la mise en place d'un module de formation obligatoire pour les personnels de l'éducation nationale et la création d'une culture de prévention et de sensibilisation auprès des élèves (2). Concernant le grand public, plusieurs campagnes de sensibilisation ont vu le jour et participent à la prévention des violences et à un meilleur repérage des victimes (14). Il semble nécessaire de poursuivre dans cette voie.

4. Perspectives : comment améliorer la prise en charge

a) Favoriser la communication entre les intervenants

Les résultats de notre étude montrent qu'il est indispensable que les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement pluridisciplinaire d'une femme victime communiquent entre eux. Cet accompagnement via une coordination des prises en charge constitue un facteur de résilience parce qu'il renforce la cohérence et la continuité du parcours de sortie des violences. L'idée est que par notre communication interdisciplinaire, nous diminuons le caractère « parcours de la combattante » pour les femmes victimes. Ainsi, les concertations régulières des équipes médico, psycho, sociales et judiciaires sont des temps indispensables pour aborder les situations des femmes particulièrement vulnérables, prendre du recul sur

des situations parfois très complexes et proposer à la patiente un accompagnement adapté et cohérent (73). Ces réunions sont encore trop peu organisées en pratique.

b) Former aux principes de la thérapie brève

L'un des principaux freins à la reconstruction des femmes victimes et la difficulté d'accès à la psychothérapie. La thérapie brève est une approche psychologique qui permet d'obtenir des résultats sur une courte période en s'intéressant plutôt à la manière dont un problème va être résolu qu'aux causes de ce problème, la priorité étant d'éliminer les symptômes de souffrance (79). Plusieurs travaux ont cherché à démontrer l'intérêt de la thérapie brève dans d'autres domaines, comme l'addiction ou la psychose (80,81). Il nous semble intéressant d'étudier son intérêt dans la prise en charge des violences conjugales. En effet, d'une part cela pourrait être compatible avec les 8 séances prises en charge par le dispositif « Mon Psy », d'autre part cela permettrait de dégager du temps aux psychothérapeutes pour qu'ils soient en mesure de soigner un plus grand nombre de patientes.

c) Structurer le parcours

Les interrogées exprimaient le besoin que la prise en charge soit ordonnée. Cette organisation peut être obtenue d'une part par une meilleure communication entre les intervenants, comme mentionné précédemment, et d'autre part par une structuration de la prise en charge. L'analyse du parcours des participantes permettait de déceler une certaine régularité. De ces similitudes et des propos des participantes émanait l'idée de proposer un parcours de prise en charge complet et prédéfini à la suite du dépôt de plainte, sans oublier de l'adapter à la situation de la victime. Celui-ci comporterait psychologue, travailleur social et avocat. A Strasbourg, cela entre en écho avec le « Point accueil victime » situé au niveau de l'Hôtel de Police, qui propose une prise en charge sociale et psychologique à toute femme victime.

Au niveau du CHU de Strasbourg, une unité d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences (UNAVI) est née suite au Grenelle. Il s'agit d'une unité transversale et indépendante constituée d'une sage-femme coordinatrice, d'un psychologue et d'une assistante sociale, et qui intervient dans les services pour prendre en charge les victimes de violences. Cette structure étant uniquement intra hospitalière, elle est encore peu connue. A l'avenir, il pourrait être intéressant de l'ouvrir aux intervenants extrahospitaliers afin de développer un pôle réunissant l'ensemble des professionnels concernés par les violences conjugales, ce qui semble être la meilleure façon d'améliorer la collaboration des intervenants et donc la prise en charge de ces victimes.

V. Conclusion

La prise en charge des violences conjugales évolue depuis le Grenelle des violences conjugales lancé en 2019. En effet, celui-ci soulignait l'importance du travail en réseau en réunissant les différents acteurs afin qu'ils identifient des mesures ensemble pour améliorer la prise en charge des femmes victimes.

Trois ans après, nous avons donné la parole aux principales intéressées en les laissant s'exprimer sur leurs vécus lors de leur prise en charge pour violences conjugales.

L'objectif de cette étude était d'analyser les attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire.

L'analyse qualitative des 11 entretiens réalisés nous a permis de modéliser ces attentes sous forme de deux cartes mentales : l'une démontrant les attentes générales pouvant concerner tous les intervenants, l'autre les attentes spécifiques à certains acteurs de la prise en charge.

La diversité des acteurs rencontrés par nos participantes illustre la pluridisciplinarité de cette prise en charge : le parcours de soins comprenait médecins généralistes, urgentistes, psychologues, psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femme et médecin légiste, le parcours judiciaire était constitué de gendarmes, policiers, juges, procureur, bureaux d'aide aux victimes et avocats, et enfin le cursus social était étoffé d'associations, de travailleurs sociaux et du numéro national d'assistance 3919.

Au cours des entretiens, les interrogées décrivaient un parcours riche et fastidieux. Certaines présentaient des symptômes de surmenage avec parfois une envie d'abandon, voire un regret d'avoir quitté leur agresseur pour un parcours difficile. De ce fait, elles attendaient de l'ensemble des acteurs premièrement de la vigilance, nécessaire pour les repérer, puis une attitude bienveillante, empathique et de la reconnaissance une fois qu'elles se livraient. Elles

exprimaient le besoin d'être guidées, de se sentir en sécurité, et insistaient sur l'importance d'obtenir un soutien financier. Elles décrivaient un manque d'organisation et de communication entre les différents intervenants, pouvant entraîner des défauts d'orientation et une perte de temps, et attendaient de ce fait du parcours qu'il soit mieux structuré.

L'analyse des données a révélé des similitudes dans le parcours de nos participantes, qui, même s'ils étaient toujours singuliers, présentaient toutefois certaines régularités. Les trois principales portes d'entrées se situaient au niveau du médecin généraliste, des urgences et des forces de l'ordre, puis les femmes victimes étaient orientées au sein de ce parcours socio-médico-judiciaire. A partir de cette constatation, nous avons élaboré un modèle explicatif de ce parcours qui démontre que celui-ci peut être organisé. Il permet également de souligner l'importance de travailler en réseau pour faciliter la prise en charge de ces femmes.

Concernant les rôles spécifiques des différents intervenants, il nous a semblé que la place du médecin généraliste était à redéfinir. En effet, ce dernier n'avait dans notre étude qu'un rôle de prescripteur ou de rédacteur de certificat, tandis que de nombreuses attentes globales coïncidaient avec son champ de compétences. Une meilleure sensibilisation pourrait lui permettre d'exercer un rôle de coordinateur au sein de ce parcours. Du côté de la psychothérapie, les interrogées déploraient son coût, qui représentait souvent un frein à celle-ci, bien que primordiale pour leur reconstruction. Cela nous amène à discuter la place de la thérapie brève dans la prise en charge des victimes de violences. Au sujet de la justice, les participantes attendaient essentiellement plus de transparence dans les démarches et une mise en sécurité plus rapide et efficace. Au niveau des forces de l'ordre, il semble absolument nécessaire d'améliorer l'accueil des victimes lors du dépôt de plainte.

Si chaque acteur exerce un rôle spécifique dans son domaine de compétence, nous notons l'existence de compétences communes permettant de favoriser leur interaction. En effet, l'éducation de la population sur les violences et sur le parcours de prise en charge est du ressort de chacun. De même, chaque intervenant doit être en mesure d'orienter au sein du réseau de manière claire et coordonnée et d'adopter une attitude bienveillante et empathique afin de rassurer la victime. Enfin, le repérage de ces femmes en souffrance reste une étape cruciale et nécessite une vigilance accrue.

Face à ces constats, il semble indispensable de poursuivre la formation des différents intervenants sur l'intégralité du parcours ainsi que sur les compétences qu'ils partagent et qu'ils peuvent exercer en parallèle. L'organisation de rencontres entre les différentes structures de secteur doit être poursuivie afin de faciliter ce travail en réseau et ainsi améliorer la prise en charge de ces femmes victimes.

VU

Strasbourg, le 16/2/23

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé

Strasbourg, le 27 FEB 2023

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. Annexes

Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l’entretien individuel ?	PHILIPPE Pauline
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l’étude ?	Interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l’expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en étude qualitative
Relations avec les participants :			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l’étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l’enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l’enquêteur sur la fiche d’information : nom, prénom, profession, recherche dans le cadre d’une thèse de médecine générale
8	Caractéristiques de l’enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l’enquêteur ?	Absence de conflits d’intérêt
Domaine 2 : Conception de l’étude			
Cadre théorique :			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l’étude ?	Analyse de contenu thématique par théorisation ancrée
Sélection des participants :			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l’échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l’étude ?	11 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	7 personnes
Contexte :			

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En salle de consultation, à la faculté de médecine, au domicile des participantes, en visioconférence
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau « Caractéristiques de la population » dans le chapitre « Résultat »
Recueil des données :			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien présenté en annexe et testé au cours des 2 premiers entretiens.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, il n'y a eu qu'un entretien par participant.
19	Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Après chaque entretien le chercheur a noté son ressenti à propos de l'entretien et ce qui l'a marqué
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 25 et 129 minutes pour une durée moyenne de 69 minutes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 9 ^{ème} entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation
23	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données :			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données	L'enquêtrice, avec double codage par une co-interne pour 2 entretiens

25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour l'élaboration de la grille d'entretien, le reste a été déterminé à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel de traitement de texte et logiciel de codage NVivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction :			
29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 – Fiche d'information

INFORMATION POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Madame,

Actuellement étudiante en dernière année de médecine générale, je réalise ma Thèse d'Exercice en Médecine Générale sur les **attentes des victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge**.

Je souhaiterais donner la parole aux femmes qui ont été ou sont victimes de violences, quelles qu'elles soient, afin d'évoquer avec elles leur parcours de soins.

Cette recherche sera dirigée par le Dr SCHMITT Yannick, avec le soutien et l'accord du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens individuels. Si vous acceptez de participer, nous nous rencontrerons, dans le lieu de votre choix, pour nous entretenir sur le sujet.

Si vous acceptez de participer, je propose de vous rencontrer, selon vos disponibilités, afin d'aborder **votre parcours, vos attentes et votre ressenti concernant votre prise en charge**. L'entretien durera entre 30min et 1h environ. Pour faciliter le recueil de données, je souhaite réaliser, avec votre accord, un enregistrement audio de notre entretien à l'aide d'un dictaphone. Toutes les données seront anonymisées (ni nom, ni adresse ne seront divulguées) et les enregistrements audios seront détruits dès la fin des travaux.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.
- que votre participation sera anonyme (un numéro vous sera attribué) et que les informations recueillies seront confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Toutes ces données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les responsables scientifiques et les chercheurs adjoints y auront accès.
- que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans avoir à donner de justification et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice.
- que vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions de l'entretien, sans avoir à donner de justification.

Mon adresse e-mail et mon numéro de téléphone sont à votre disposition, n'hésitez pas à me contacter pour que l'on convienne d'un rendez-vous, ou pour toutes questions.

En l'absence de réponse de votre part, je me permettrai de vous rappeler dans un délai d'un mois.

Je vous remercie par avance de votre implication.

Pauline PHILIPPE / 06.81.65.97.54 / pauline.philippe@etu.unistra.fr

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Mme PHILIPPE Pauline jusqu'à la soutenance de la Thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD).

Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à Mme PHILIPPE Pauline à l'adresse : pauline.philippe@etu.unistra.fr

A noter que le strict anonymat rend impossible la rectification ou la suppression des informations les concernant après retranscription des données.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Annexe 3 – Guide d’entretien

GUIDE D’ENTRETIEN

Dans le cadre de ma Thèse de fin d’étude de Médecine Générale, j’effectue une recherche sur la santé des femmes et leur prise en charge par les médecins. Pour mener à bien cette recherche, j’ai besoin de recueillir le témoignage de plusieurs femmes par le biais d’entretien. Je vous remercie d’avoir accepté de participer.

Cet entretien durera environ 30 à 60 minutes et, si vous êtes d’accord, je souhaite l’enregistrer pour faciliter le recueil de données. Ces enregistrements resteront bien sûr anonymes et confidentiels.

N’hésitez pas à me dire au cours de la discussion s’il y a une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre.

Avez-vous des questions avant que l’on commence ?

Question principale et relance (si besoin, à adapter selon l’entretien)	Points de focalisation / But
1/ Tout d’abord, je vous laisse vous présenter, racontez-moi qui vous êtes.	
<ul style="list-style-type: none"> *Structure de recrutement *Durée de prise en charge *Âge *Situation maritale/familiale actuelle *Lieu d’habitation actuel *Emploi/formation *Nombre d’enfants à charge et leurs âges *Médecin traitant déclaré ou non 	<ul style="list-style-type: none"> *Quelles sont les caractéristiques de la population étudiée ? → Analyse du discours des différentes personnes interrogées en fonction de leur contexte de vie personnel (situation familiale, socio-économique, lieu d’habitat, ...).
2/ Racontez-moi votre histoire.	
<ul style="list-style-type: none"> *Type de violences, depuis combien de temps *Quelle est votre situation actuelle ? (vit encore avec le conjoint ou non, mise à l’abris ou non) 	<ul style="list-style-type: none"> * Questions d’ouverture, mise en confiance *Quel est le contexte qui a amené la patiente jusqu’ici *Etat des lieux de la situation actuelle : patiente encore en danger ou non, stade de prise en charge, risque encouru
3/ Racontez-moi votre parcours médical/para-médical/social.	
<ul style="list-style-type: none"> *Qui a orienté vers la structure ? *Racontez-moi la première fois que vous en avez parlé. Comment ça s’est passé ? (motif de consultation initial, comment la question a-t-elle été posée, comment a été vécu cette question, comment auriez-vous aimé qu’elle soit posée) *Pouvez-vous me raconter la première fois que vous avez discuté des violences avec un médecin ? *En quoi les violences ont modifié vos rapports avec le personnel soignant ? (plus ou moins de consultations...) *Vers quels acteurs de soins avez-vous été orientée ? * Racontez-moi votre prise en charge par le kiné/psychologue/assistante sociale (Comment s’est passée leur rencontre ? (Si non rencontré, pourquoi ?) A quelle fréquence ? Quel bénéfice en avez-vous tiré ?) *Pouvez-vous me détailler un exemple de prise en charge ? de soins entrepris depuis la révélation des violences ? *De quels médicaments avez-vous eu besoin depuis le début des violences ? *Quels examens complémentaires avez-vous réalisé ? *Avez-vous été mise en relation avec une association ? Si oui, laquelle et comment ça s’est passé ? * Que pouvez-vous me dire à propos du 3919 ? *Comment se situe votre entourage dans ces révélations ? 	<ul style="list-style-type: none"> *Etat des lieux du parcours, recherche de la pluridisciplinarité *Analyse du fonctionnement en réseaux *Repérage des failles à une prise en charge optimale

4/ Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?	
<p>*Humeur ? *A quelles activités prenez-vous du plaisir ? *Comment la prise en charge a-t-elle changé votre quotidien ? *Racontez-moi votre ressenti vis-à-vis du corps médical/para-médical aujourd'hui</p>	<p><i>*Connaître l'état d'esprit de la patiente</i></p>
5/ Racontez-moi ce qui a été le plus utile/efficace dans votre prise en charge ?	
<p>*Quelles rencontres ont été les plus décisives pour vous ? Que vous ont-elles apportées ?</p>	<p><i>*Mettre en évidence les préférences de la patiente concernant son parcours => subjectifs, dépendant de l'histoire et de la personnalité de chacune probablement</i></p>
6/ Pouvez-vous me raconter une ou des situations, où vous ne vous êtes pas sentie prise en charge comme vous l'auriez souhaité ?	
<p>*Pour quelles raisons ? *Faire préciser la spécialité/genre/âge du médecin.</p>	<p><i>*Quelles sont les situations et pourquoi ont-elles été vécues comme ça ? <u>Hypothèses</u> : Sentiment de pas être respecté-e dans ses choix concernant sa santé et sa prise en charge ? Malaise lors d'une consultation ? Sentiment de ne pas être prise au sérieux /minimisation des symptômes par le soignant ? Autre ? *Explorer quels sont les médecins concernés par ce vécu.</i></p>
7/ Qu'est-ce que vous auriez attendu du corps médical/para-médical durant cette période ? et maintenant ?	
<p>* Comment aurions-nous pu/pouvons-nous vous aider ?</p>	<p><i>*Rechercher les attentes de la patiente concernant sa prise en charge, question principale de recherche</i></p>
8/ Que pensez-vous de votre parcours ?	
<p>* Que changeriez-vous ?</p>	<p><i>*Rechercher l'analyse par la patiente elle-même de sa prise en charge</i></p>
8/ Souhaitez-vous rajouter quelque-chose ?	

Annexe 4 – Avis positif du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg



M. Yannick SCHMITT
17 rue Tiergaertel,
67380 Lingolsheim

Eric FLAVIER
Président du comité d'éthique
pour la recherche

strasbourg, le 09/02/2022
Objet : avis du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référéme dossier : 2021-14

Monsieur Schmitt, Cher collègue,

Adresse par
Philippe RÜHMANN
Chargé d'appui au Comité
d'éthique pour la recherche
Direction de la recherche et de la
valorisation
p.ruhmann@unistra.fr
+33 (0)3 88 55 66 19

Vous avez déposé le projet intitulé « *Les attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge globale médicale et para-médicale* » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

UNISTRA/CER/2021-14

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,

Université de Strasbourg
4 rue Saverio Tassinari
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél : +33 (0)3 88 55 00 00
www.unistra.fr



Eric FLAVIER

Annexe 5 – Formulaire de participation et de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Il m'a été proposé de participer à une recherche sur la prise en charge globale des femmes victimes de violences conjugales. Cette recherche scientifique est réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue par Mme PHILIPPE Pauline, étudiante à l'Université de Strasbourg.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

L'investigateur, Mme PHILIPPE Pauline, m'a informé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai compris que je pourrai arrêter à tout moment sans justification ou décider de ne pas répondre à certaines questions de l'entretien si je ne le souhaite pas, et que je pourrai prendre connaissance des résultats lorsque l'étude sera terminée.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone. Celui-ci sera uniquement accessible par Mme PHILIPPE Pauline et sera détruit après retranscription.

Je donne mon accord pour que les données soient utilisées à des fins scientifiques et pédagogiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité.

Après en avoir discuté avec Mme PHILIPPE Pauline et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, je soussigné(e) accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le, en double exemplaire.

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 6 – Tableau de caractéristiques des participantes

	Structure	Âge	Situation maritale	Lieu de vie	Emploi-formation	Nombre d'enfants et âges	Médecin traitant déclaré	Durée de prise en charge	Vit encore avec le conjoint	Durée de l'entretien	Types de violence	Lieu de l'entretien
P1	Institut médico-légal	45 ans	En instance de divorce	Logement conjugal	Cheffe de projet en informatique	1 (6ans)	Oui	2 mois	Non	57min	Psychologique verbale, physique et sexuelle	Cabinet
P2	Institut médico-légal	51 ans	En instance de divorce	Logement conjugal	Auxiliaire de vie	2 (9 et 12ans)	Oui	1an et demi	Non	25min	Psychologique verbale, physique et économiques	Cabinet
P3	Institut médico-légal	32 ans	Mariée depuis 10ans	Logement conjugal	Assistante dentaire	3 (4, 5 et 8ans)	Oui	1 mois	Oui	58min	Psychologique verbale et physique	Domicile
P4	Maison de santé	42 ans	Célibataire	Logement propre	Sans emploi	1 (15ans)	Oui	10ans environ	Non	1h15min	Psychologique verbale et physique	Maison de Santé
P5	Maison de santé	62 ans	Mariée depuis 43ans	Logement conjugal	Agent d'accueil	2 (35 et 38ans)	Oui	3ans et demi	Oui	1h45min	Psychologique verbale et physique	Maison de Santé
P6	SAU CHU Haute-pierre	29 ans	Célibataire	Logement propre	Infirmière	Aucun	Oui	4-5ans	Non	1h27min	Psychologique verbale, physique et sexuelle	Faculté de médecine
P7	Institut médico-légal	28 ans	Célibataire	Logement propre	Clerc de notaire	Aucun	Oui	6 mois	Non	32min	Psychologique verbale et physique	Visio
P8	Maison de santé	38 ans	Célibataire	Logement propre	Sans emploi, CAP petite enfance	2 (9 et 13ans)	Oui	2 ans	Non	1h20min	Psychologique verbale, physique, sexuelle et spirituelle	Maison de Santé
P9	Institut médico-légal	44 ans	Mariée depuis 5ans	Logement conjugal, en transition	Cheffe d'entreprise	2 (3 et 22ans)	Oui	1 mois	Oui	1h06min	Psychologique verbale et physique	Domicile
P10	Maison de santé	32 ans	Célibataire	Chez ses parents	Intérimaire	2 (17 mois et 6ans)	Oui	2 mois	Non	2h09min	Psychologique verbale, physique, sexuelle et économique	Maison de Santé
P11	Maison de santé	67 ans	Célibataire, divorcée	Logement propre	Auxiliaire de vie	3 (41, 32 et 31ans)	Oui	30ans	Non	43min	Psychologique verbale, physique, sexuelle et économique	Maison de Santé

VII. Bibliographie

1. Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués/violences-conjugales-enregistrees-par-services-de-securite-en-2021>.
2. Grenelle contre les violences conjugales : les mesures annoncées [Internet]. Vie publique.fr. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/272008-grenelle-contre-les-violences-conjugales-les-mesures-annoncees>
3. L'enquête GENESE [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-GENESE>
4. Gauthier S. Repenser les critères de succès de l'intervention judiciaire criminelle en matière de violence conjugale. In Montréal; 2007.
5. Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Paris: Dunod; 2021. 286 p.
6. Violence à l'encontre des femmes. Organisation mondiale de la Santé; 2021.
7. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et Lutter Contre La Violence À L'égard Des Femmes: La Violence Exercée Par Un Partenaire Intime. OMS; 2012
8. Le cycle de la violence conjugale – Solidarité Femmes Loire Atlantique [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>
9. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 27 mai 2002;162(10):1157-63.
10. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet Lond Engl. 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
11. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. Health Serv Res. juin 2009;44(3):1052-67.
12. Daligand L. Les violences conjugales. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2019. 128 p.
13. Branger JG. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple. Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes. Sénat; 2005.
14. Je suis professionnel | Arrêtons les violences [Internet]. Gouvernement. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>
15. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2020.
16. Daron M. Démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales suite à leur prise en charge à l'unité médico-judiciaire d'Angers : étude rétrospective de 84 victimes. Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2016, 60p.
17. CIDFF67. Les violences faites aux femmes. Formation présentée à Strasbourg; 2020.
18. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2018, 82p.
19. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2018, 62p.

20. Milliez R. La place du médecin généraliste dans le parcours socio-judiciaire des femmes victimes de violences conjugales, dans les Pyrénées-Orientales. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2022, 49p.
21. Bracq S. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes ? Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2020, 87p.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
24. Borges da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*. 2001, 32,2:117-21
25. Kivits J, Balard F, Fournier C. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016.
26. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. Cah CRISES. (ET9204).
27. Lebeau JP, Aubin-Auger I. Initiation à la recherche qualitative en santé. *Global media santé*; 2021. 192 p.
28. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
29. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris, France: Armand Colin; 2007. 126 p.
30. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual*. 2006;26(1):110-38.
31. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Rev Fr Sociol*. 1975;16(2):229-47.
32. Glaser BG, Strauss AA. La découverte de la théorie ancrée. *Stratégies pour la recherche qualitative*, Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2010, 409 p.
33. Kaufmann JC. L'Entretien Compréhensif. 2e ed. Armand Colin; 2007, 128 p.
34. Déclic Violence [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
35. Patard G, Ouellet F, Leclerc C, Cousineau MM. Portrait des violences subies par des femmes en contexte conjugal: Prévalence, occurrence, cooccurrence des violences et gravité. *Serv Soc*. 5 mai 2020;66(1):115-26.
36. Définitions : emprise - Dictionnaire de français Larousse.
37. Barbier M. La face cachée de la violence conjugale : la relation d'emprise, une violence dissimulée. *Tu me fais peur quand tu cries !*. Toulouse: Érès; 2010, p. 123-9.
38. Les effets des violences conjugales sur les femmes victimes – Solidarité Femmes Loire Atlantique [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/les-effets-des-violences-conjugales-sur-les-femmes-victimes/>
39. République française. Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1).
40. Lefaucheur N, Kabile J, Ozier-Lafontaine L. Itinéraires féminins de sortie de la violence conjugale. *Pouvoirs Dans Caraïbe Rev CRPLC*. 1 janv 2012;(17):199-238.
41. Devalois C. Se voyant se voir prendre des claques, un déclic ? Une expérience clinique auprès des femmes battues. *Anal Freudienne Presse*. 2021;28(1):151-61.
42. VIRAGE [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://virage.site.ined.fr/>
43. Publication du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 | MILDECA [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/publication-du-plan-national-de-mobilisation-contre-les->

addictions-2018-2022

44. Dumas C. Exploration des liens entre addictions et victimes de violences conjugales: réalisation d'une enquête qualitative dans l'Allier. Thèse de médecine. Université Clermont Auvergne ; 2021, 77 p.
45. Sadlier K. L'enfant face à la violence dans le couple . Paris: Dunod; 2015. 224 p. (Enfances; vol. 2e éd.).
46. Fortin A, Lachance L. La parentification chez l'enfant exposé à la violence conjugale. Rev Int Léducation Fam. 2011;29(1):63-86.
47. Vasselier Novelli C, Bosquet C. Séparation, violences conjugales et parentalité : l'expertise psychologique familiale, une aide à la décision. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2018;61(2):73-92.
48. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. Pensée Plurielle. 2004;8(2):103-18.
49. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Santé Publique. 2010;22(4):405-16.
50. Boissinot E. Place des médecines complémentaires et alternatives. Sommes-nous prêts à accepter le concept de médecine intégrative en France ? Hegel. 2020;2(2):143-51.
51. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Place des médecines dites alternatives et complémentaires. L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris: Dunod; 2012, p. 283-8.
52. Bouquet B, Dubasque D. Travail social et lutte contre les violences faites aux femmes. Tu me fais peur quand tu cries !. Toulouse: Érès; 2010, p. 173-87.
53. Les intervenants sociaux en gendarmerie, un accompagnement du public sur mesure Ministère de l'Intérieur. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/gendinfo/actualites/2022/les-intervenants-sociaux-en-gendarmerie-un-accompagnement-du-public-sur-mesure>
54. Violence conjugale [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
55. Parcours Victimes [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://parcours-victimes.fr/>
56. Violence conjugale [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
57. Les moyens de sortir de la violence conjugale – Solidarité Femmes Loire Atlantique [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/les-moyens-de-sortir-de-la-violence-conjugale/>
58. Jacquot J. AVIC-MG: Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste : étude quantitative en Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg; 2020, 75p.
59. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. Thèse de médecine. Université de Marseille ; 2015, 144 p.
60. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse de médecine. Université Paris Diderot - Paris 7; 2013.
61. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse de médecine.

Université de Grenoble; 2012, 325p.

62. Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale: une étude qualitative exploratoire. Thèse de médecine. Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2014, 66p.

63. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: Quel serait le contenu de la formation « idéale » ? Étude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés, de médecins généralistes remplaçants et d'internes en Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg; 2019, 228p.

64. Guernion A. Élaboration et évaluation d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins et à destination des médecins généralistes. Thèse en médecine. Université de Montpellier ; 2022, 128p.

65. Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR: Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours. Thèse de médecine Université de Strasbourg; 2018, 105p.

66. Collège National des Généraliste Enseignants. Présentation du D.E.S. [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

67. Enquêtes #NousToutes. #NousToutes. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.noustoutes.org/enquetes/>

68. Association VIADUQ - France Victimes 67 Strasbourg [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.viaduq67.org/>

69. Allain C, Castellani S, Jovelin S, Mareni S. Parcours d'une femme victime de violences en unité médico-judiciaire. *Aide-Soignante*. 1 oct 2018;32(200):18-9.

70. IML [Internet]. Institut de Médecine Légale de Strasbourg. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://iml-strasbourg.fr/index.php/iml>

71. Christin S. Le rôle de l'avocat auprès des victimes de violences conjugales. Paris ; 2022. Disponible sur: <https://www.christin-avocat.fr/publications/le-role-de-lavocat-aupres-des-victimes-de-violences-conjugales>

72. République française. Articles R4002-1 à D4443-33. Quatrième partie : Professions de santé. Code de la santé publique.

73. Ronai E, Durand É. Violences conjugales. Le droit d'être protégée. Paris: Dunod; 2017. 312 p.

74. Joubin C. IX. Accueil clinique des violences conjugales au sein de la police. Femmes et violences conjugales. Versant sociétal, versant singulier. Paris: Hermann; 2021, p. 169-83.

75. MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [Internet]. [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/>

76. Formations et Sensibilisation [Internet]. SOS Femmes Solidarité 67. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.sosfemmessolidarite67.org/activites-de-lassociation-2/formations-et-sensibilisation-violences-sexistes-et-conjugales>

77. Professionnel.le.s - CIDFF Bas Rhin [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://basrhin.cidff.info/formations/formations/professionnel-le-s/p-76>

78. Grenelle des violences conjugales : 3 ans d'action et d'engagement du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/communiqu/grenelle-des-violences-conjugales-3-ans-daction-et-dengagement-du-gouvernement>

79. Hendrick S. Un modèle de thérapie brève systémique. Toulouse: Érès; 2007. 216 p.
80. Cottencin O. Thérapie systémique brève et psychose. In: Doutrelugne Y, Cottencin O, Betbèze J, Isebaert L, Megglé D, éditeurs. Interventions et Thérapies Brèves : 10 Stratégies Concrètes (Deuxième Édition). Paris: Elsevier Masson; 2016, p. 241-64.
81. Cottencin O. Thérapie systémique brève en addictologie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2009;167(7):518-22.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
obstétrique et sciences de la santé
université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : PHILIPPE Prénom : Pauline

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 :

à STRASBOURG, le 13/02/2023

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

RÉSUMÉ :

Introduction : En France, les services de sécurité ont enregistré 208 000 victimes de violences conjugales en 2021, chiffre ayant doublé par rapport à 2016. Cette évolution reflète une majoration de la propension à porter plainte, pouvant être expliquée par un effet positif du Grenelle des violences conjugales, qui s'est déroulé en 2019 et qui soulignait entre autres l'importance de développer le travail en réseau pour prendre en charge ces victimes. En effet, les besoins et demandes de ces femmes sont multiples et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire : sociale, médicale et juridique. Chaque intervenant doit apporter une solution dans son domaine de compétence puis l'orienter vers les autres professionnels qui apporteront une réponse complémentaire. En pratique, cette collaboration n'est pas toujours efficace et plusieurs études montrent que la méconnaissance du réseau de soin est une difficulté, entraînant des répercussions sur la qualité de la prise en charge de ces femmes. C'est dans ce contexte que nous avons donné la parole aux principales concernées afin d'analyser leurs attentes concernant leur prise en charge pluridisciplinaire.

Matériel et méthodes : 11 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre février et octobre 2022 auprès de femmes victimes de violences conjugales. Ils ont bénéficié d'un double codage et d'une analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les attentes des femmes victimes sont, d'une part, générales et concernent tous les intervenants, d'autre part, spécifiques à certains. Ainsi, l'éducation de la population, le repérage et l'orientation au sein du réseau de manière claire et coordonnée relève du ressort de chacun. Il est également attendu une attitude bienveillante et empathique afin de favoriser la libération de la parole des victimes. Les participantes attendaient du médecin traitant qu'il exerce un rôle de coordinateur, de la justice plus de transparence dans les démarches et des mesures de sécurité plus concrètes, et des forces de l'ordre qu'elles améliorent leur accueil lors du dépôt de plainte. Le coût de la psychothérapie représente un frein à celle-ci et permet de discuter la place de la thérapie brève. Enfin, les parcours des participantes présentaient certaines régularités, nous permettant d'élaborer un modèle explicatif de ce parcours, qui montre qu'il gagnerait à être davantage formalisé.

Conclusion : Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de ces femmes victimes, il semble indispensable de poursuivre la formation des différents intervenants sur les parcours ainsi que sur les compétences qu'ils partagent entre eux et sur celles qui leurs sont propres. L'organisation de rencontres entre les différents intervenants doit être promue afin de faciliter ce travail en réseau.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : violences conjugales, prise en charge, parcours, collaboration, pluridisciplinarité, soins primaires

Président : BERTSCHY Gilles, Professeur

Assesseurs :

- SCHMITT Yannick, Docteur
 - BLANCHOT Adeline, Docteure
-

Adresse de l'auteur : 6 rue Drusus, 67200 Strasbourg