

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par

Agathe BASCOU

Le 19 octobre 2020

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES :
APPORT D'UNE CONSULTATION DE MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT DANS LA
PRISE EN CHARGE

Directeur de thèse : Dr Frédéric SAVALL

JURY :

Monsieur le Professeur Daniel ROUGÉ	Président
Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Assesseur
Madame la Professeure Sandrine CHARPENTIER	Assesseur
Madame la Professeure Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Frédéric SAVALL	Assesseur
Madame la Vice- Procureure Elsa SERVANT	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FLEXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	P.U. Médecine générale	
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. ABITTEBOUL Yves	
M. GAME Xavier	Urologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé en Neurologie	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Mme MALAVAUD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.	P.U. Médecine générale	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. STILLMUNKES André	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AFOIL Poi André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Elviane	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Anneline	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. BRIART Xavier	Parasitologie et mysiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurélie	Hématologie, Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luiza	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSANG Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Ecologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jil	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yareick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie, Hygiène Hôpital
Mme GALNIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GULLEMNAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASRI Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes, Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULEA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Monique

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Léa
Dr BOUSSIER Nathalie

Remerciements

À mon jury de thèse,

Monsieur le Professeur Daniel Rougé, pour son implication dans l'évolution de la discipline dont ce travail est l'un des témoignages. Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Monsieur le Professeur Norbert Telmon, pour sa disponibilité et ses enseignements tout au long de mon internat. Merci pour votre présence au sein de ce jury de thèse.

Madame la Professeure Sandrine Charpentier, pour l'intérêt porté à ce travail. Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Madame la Professeure Marie-Ève Rougé-Bugat, pour l'intérêt porté à ce travail de thèse. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Docteur Frédéric Savall, pour son accompagnement tout au long de la réalisation de ce travail, ses conseils et sa vision de la médecine légale. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Madame la Vice-Procureure Elsa Servant, pour l'intérêt porté à ce travail. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Remerciements

Dr Marion Vergnault, pour sa présence et ses encouragements tout au long de mon internat et pour son implication dans la prise en charge des victimes.

Dr Céline Guilbeau-Frugier, pour ses enseignements, sa présence toujours bienveillante et ses encouragements.

Dr Remi Costagliola, pour ses enseignements toujours enrichissants, ses encouragements et sa confiance.

À tous les médecins légistes qui m'ont accompagné depuis le début de mon internat, merci pour votre implication dans ma formation.

À l'ensemble du personnel du service de l'UMJ et de l'IML de Toulouse, et tout particulièrement Carole pour son implication et sa sensibilité dans la prise en charge des victimes et l'aide qu'elle a fournie dans la réalisation de ce travail et Olivier pour sa disponibilité et son aide si précieuse.

À l'équipe des urgences psychiatriques de Purpan et tout particulièrement au Dr Stéphanie Laffont, pour ce qu'elle m'a appris et son engagement auprès des patients.

À l'équipe des urgences de Rangueil et de Purpan pour leur accueil et plus particulièrement au Dr Anne Pignon Marchal, pour son implication dans la prise en charge des victimes de violences conjugales.

À l'équipe du service de médecine légale du CHU de Montpellier, pour leur accueil au cours de mon externat et le goût qu'ils ont su me donner pour la médecine légale.

Mais également à tous les médecins qui m'ont accompagné avec bienveillance au cours de mes études.

Remerciements

À mes co-internes,

Estelle pour avoir accompagné mes premiers pas d'interne, je ne sais pas ce que j'aurais fait sans toi durant ce premier semestre, ni après.

Mathilde, pour ton soutien et l'aide toute particulière dans la réalisation de cette thèse.

Ryan, Eulalie et Anthony, pour avoir aboli mon statut d'interne solitaire et plus particulièrement Eulalie pour ton soutien sans failles.

Laurene, pour ton soutien lors de la rédaction de cette thèse.

Bayb, Manu, Loïc et Joyce, pour tout ce que vous m'avez appris sur la psychiatrie. Ce semestre n'aurait pas été le même sans vous.

Hortense, co-interne non officielle, pour ton amitié et ton soutien.

À mes amis,

Marion, pour avoir écouté mes plaintes et ton amitié toutes ces années.

Anaïs, pour ton amitié, ton soutien et tous les souvenirs que l'on partage, je ne serai pas la même sans ton amitié.

Audeline, pour tout ce que l'on a partagé en grandissant.

Yasmina, pour avoir forcé ma socialisation médicale.

À ma famille,

Mes parents, pour l'amour qu'ils ont l'un pour l'autre et tout ce que cela m'a appris, pour m'avoir fait grandir et pour leur présence à mes côtés.

Mes grands-parents, pour leur amour et tout ce qu'ils ont fait pour moi.

Thierry, pour sa disponibilité et l'aide prodiguée lors de la rédaction de ce travail.

Ma sœur, pour son amour sans failles toujours et mes deux bébés préférés, parce que nous, on s'a.

Peter, pour ton amour.

À ceux qui m'ont soutenu et que je n'aurais pas nommés.

Mais surtout, à tous ceux qui sont partis trop tôt.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	11
2	MATÉRIELS ET MÉTHODES	15
2.1	Mise en place de la consultation	15
2.2	Variables recueillies.....	15
2.3	Traitement des données.....	16
3	RÉSULTATS.....	18
3.1	Statistiques descriptives	18
3.1.1	Profil des victimes.....	18
3.1.2	Profil de l'auteur des violences.....	19
3.1.3	Caractéristiques de la relation intime.....	19
3.1.4	Typologie des violences.....	20
3.1.5	Conséquences des violences.....	21
3.1.6	Recours aux soins à la suite des violences.....	22
3.1.7	Modalités de consultation au sein de l'UMJ.....	22
3.2	Statistiques analytiques.....	23
3.2.1	Facteurs influant sur le retentissement des violences.....	23
3.2.2	Facteurs influençant les modalités de prise en charge à la suite des violences	23
3.2.3	Facteurs influençant les modalités de consultation au sein de l'UMJ	25
4	DISCUSSION	27
4.1	Justification de l'étude	27
4.2	Les données de l'étude.....	28
4.2.1	Description de la population.....	28
4.2.2	Les conséquences des violences	30
4.2.3	Les prises en charge médicales	31
4.2.4	La prise en charge à l'UMJ	32
4.3	Problématiques de la prise en charge.....	33
4.4	Rôle du médecin légiste dans la prise en charge des victimes.....	36
5	CONCLUSION.....	38
6	BIBLIOGRAPHIE	39
7	ANNEXES.....	45
7.1	Annexe 1 : Evolution de l'activité de l'UMJ de Toulouse sur 5 ans	45
7.2	Annexe 2 : Fiche de consultation spécialisée.....	46
7.3	Annexe 3 : Tableaux statistiques complémentaires	50

1 INTRODUCTION

La médecine légale est connue comme une auxiliaire entre justice et médecine (1). Ce rôle du médecin auprès de la justice apparaît en parallèle au développement de la justice et à la création de « la loi humaine » (1,2). Dès l'époque romaine, on retrouve des prémices de médecine légale dans les textes officiels que ce soit la « loi Aquilia » ou « le Digeste » (1,2) : « *Medici non sunt proprie testes, sed magis est iudicium quam testimonium* »¹. Au fil des siècles, la place du médecin comme auxiliaire de la justice va varier notamment en fonction de l'importance que revêtent l'Église et les croyances populaires (1). Le développement de la médecine légale commence à se préciser au XVI^e siècle en Europe, mais c'est au XVII^e siècle qu'apparaissent réellement les médecins légistes sous la forme de « médecins au service de la justice » (1,2). L'enseignement de la médecine légale en tant que tel débute en France en 1792 avec l'émergence d'un savoir constitué (1–3). La réforme de la médecine légale de 2011, instaurant un « maillage territorial » couvrant l'ensemble du territoire associé à un financement forfaitaire annuel par le biais d'une dotation budgétaire hospitalière, marque un nouveau tournant dans l'exercice de la discipline, dans un but d'uniformisation et d'accès égalitaire de l'activité. Il a fallu attendre 2017 et la réforme des études du 3^e cycle de médecine pour que la médecine légale accède au titre de spécialité médicale à part entière avec la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en médecine légale et expertises médicales. En effet jusqu'alors la médecine légale ne disposait pas d'une reconnaissance de qualification ordinale, mais constituait une « sur-spécialisation » médicale au titre de Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

La médecine légale a des origines anciennes, mais son essor en tant que spécialité scientifique reste récent dans l'histoire de la médecine. Cette spécialité médicale doit particulièrement son évolution aux changements sociétaux qui se retrouvent dans la législation. Ainsi, de réforme en réforme, son histoire nous montre qu'elle est vouée à évoluer en parallèle aux besoins de la justice et plus largement de la société : médecine de la mort, médecine de la vérité, médecine au service de la justice, médecine forensique, de la « place publique ». La médecine légale joue notamment un rôle privilégié dans le parcours des victimes de violence.

La violence est définie dans le dictionnaire de l'Académie française comme une « impétuosité, une force non contenue », toujours d'après celui-ci elle désigne « la force dont on use contre le droit commun, contre les lois, contre la liberté publique. ». Ou encore pour le Robert un « abus de force », une « force brutale pour soumettre quelqu'un ». Des traces de violence sont retrouvées jusque dans les sociétés primitives (4). Néanmoins, la définition de la violence varie dans le temps et dans l'espace selon des normes qui ne sont pas universellement applicables, elle s'inscrit dans une société et dans la manière dont nous l'appréhendons (5).

Sur le plan juridique, la violence n'est pas définie en tant que telle. Mais, le terme de violence est utilisé dans la qualification des infractions secondaires à des « violences volontaires ». Ces infractions sont définies en fonction du préjudice subi par la victime et

¹ « Les médecins ne sont pas à proprement parler des témoins, ils sont plus près des juges que des témoins. »

notamment « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente » (art 222-9 du CP²), « les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours » (art 222-11 du CP) et celles « ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail » (art 222-13 du CP).

La violence peut prendre plusieurs formes, les formes les plus couramment décrites étant les violences physiques, psychologiques, sexuelles ainsi que les privations et les négligences.

Dans le domaine des soins, la violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (6).

L'utilisation du terme de « violence » débute dans le domaine des soins autour des années 1990. La problématique de la violence est déclarée « problème prioritaire de santé publique » par l'OMS en 1996 (5). L'OMS appelle alors les structures de soins à mettre en place des protocoles visant à améliorer la prise en charge des victimes et des auteurs de violence. Cette politique de santé publique est réaffirmée en 2002 lors de la publication du « Rapport mondial sur la violence et la santé » (5). En 2013, l'OMS publie un nouveau rapport portant plus particulièrement sur les violences faites à l'encontre des femmes. Les violences faites aux femmes sont alors déclarées problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique en tant que tel et appelant une réponse urgente (7). En effet, ces violences entraînent chez les femmes des problèmes variés de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive voir le décès (5,8–14). En 2016, la 69^e Assemblée mondiale de la Santé approuve un plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence et particulièrement, la violence à l'encontre des femmes (15).

En France, c'est dans les années 2000 que la première enquête nationale sur les violences faites aux femmes est menée : l'Enveff (l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France) (16).

Ces enquêtes, françaises et internationales, mettent en avant le fait qu'une part majeure des violences faites aux femmes, bien que celles-ci ne se limitent pas à cela, concernent les violences par le partenaire intime au sein du couple (5, 7, 16).

La violence par un partenaire intime est définie par l'OMS comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (15). À l'échelle mondiale, 30 % des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi des violences de la part d'un de leur partenaire intime et 38 % des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime (5).

En 2005, le 1^{er} plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes et, en particulier celles se déroulant dans le cadre conjugal, est débuté en France. En 2013, la Mission

² CP : Code Pénal

interministérielle pour la protection des femmes contre les violences, la MIPROF, chargée de rassembler, analyser et diffuser les données relatives aux violences faites aux femmes est créée. Au cours du mois de juin 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (17). Le 3 septembre 2019 à la suite du 5^e plan triennal luttant contre les violences faites aux femmes, le gouvernement français organise un « Grenelle des violences conjugales ».

Les enquêtes de victimation³ françaises estiment à 213 000 le nombre de femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par leur partenaire intime chaque année en France, 69 % d'entre-elles rapportant des violences réitérées (18). Ces enquêtes visent à effectuer une « correction » des données officielles de la délinquance en prenant en compte les victimes n'ayant pas recours au système judiciaire (19). En effet, en 2018, le nombre de femmes victimes de violences par leur partenaire intime enregistrées par les services de police ou gendarmerie en France était de l'ordre de 110 000 (18).

Sur le plan juridique, les violences commises « par le conjoint ou le concubin de la victime » sont des circonstances aggravantes des infractions secondaires aux violences depuis 1992 (loi du 22 juillet 1992). Les lois du 4 avril 2006 et du 9 juillet 2010 notamment réaffirment cette volonté pénale.

Sur le plan sociétal, la réponse contre ces violences particulières faites aux femmes s'organise en parallèle à la réponse juridique avec de nombreuses campagnes d'informations ainsi que la mise en place d'un numéro d'appel unique le 3 919 à partir de 2007 destiné aux victimes de violences conjugales⁴. Des structures d'hébergements spécifiques sont également mises en place.

Depuis plusieurs années, la problématique de la violence à l'encontre des femmes a été mise en exergue jusqu'à être considérée comme un véritable problème de santé publique. Malgré les différentes mesures prises tant sur le plan juridique, médical que sociétal, à l'échelle mondiale et nationale, les chiffres concernant les violences conjugales restent stables. La mise en lumière de cette problématique reste néanmoins récente et il semble essentiel de poursuivre la lutte contre ces violences notamment au travers d'études visant à connaître la population des victimes et des agresseurs et en leur proposant une prise en charge adaptée.

En France, les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) sont des structures privilégiées d'accueil des victimes de violence et notamment des femmes victimes de violences conjugales.

En effet, outre le rôle conventionnel du médecin légiste (constatations, certifications, recueil de preuves et évaluation des dommages), à la suite de la réforme organisationnelle de la médecine légale en 2011, les UMJ se sont vues dotées de postes d'infirmières diplômées

³ Une enquête de victimation consiste en une enquête statistique portant sur un échantillon de population au cours de laquelle il est demandé aux personnes interrogées si elles ont été victimes d'une agression.

⁴ Le terme de violence conjugale utilisé tout au long de ce travail comprend l'ensemble des violences commises au sein du couple par un partenaire intime (épou.x.se, pacsé.e, concubin.e, relation intime ou ex-relation intime).

d'État, de psychologues et de juristes ou d'assistantes sociales afin de favoriser une prise en charge globale des victimes.

Les victimes de violences conjugales, souvent victimes de violences chroniques et présentant une problématique complexe, nécessitent particulièrement cette prise en charge multidisciplinaire.

L'UMJ de Toulouse a effectué 7 000 consultations au cours de l'année 2019, parmi celles-ci plus de la moitié des consultations de violences volontaires concernaient des femmes, un tiers d'entre elles étaient victimes de violences conjugales, représentant 1 226 consultations⁵. L'activité de l'UMJ augmente de façon régulière et malgré la mise en lumière de cette problématique particulière, le nombre de femmes consultant pour des violences conjugales ne diminue pas.

De plus, du fait de ce nombre important de victimes consultant au sein des UMJ, il semble également intéressant de prendre en compte leur rôle épidémiologique comme « observatoire » des violences.

Dans cette optique, notre objectif principal était de mettre en place un parcours spécialisé et adapté à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Nos objectifs secondaires étaient l'analyse des données recueillies lors de cette consultation en vue à la fois de mieux connaître le profil des femmes victimes de violences conjugales consultant en UMJ, mais aussi de mieux cerner leurs besoins afin d'améliorer notre prise en charge et de préciser le rôle du médecin légiste dans celle-ci.

⁵ cf. annexe 1 : Évolution de l'activité de l'UMJ au cours des 5 précédentes années

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 MISE EN PLACE DE LA CONSULTATION

Dans le cadre du travail de cette thèse nous avons mis en place au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du Centre hospitalo-universitaire (CHU) Rangueil à Toulouse un parcours dédié pour les femmes victimes de violences conjugales à partir de mars 2019 avec, surajouté à la consultation médico-légale dite de « coups et blessures » et la rédaction d'un certificat médico-légal de constatation des lésions, un entretien infirmier complété par un entretien médical approfondi.

Les victimes concernées par cette prise en charge étaient l'ensemble des individus se présentant à la consultation pour des violences de la part d'un partenaire intime (époux, se, pacsé, concubin, ami, intime) ou ex-partenaire intime.

À son arrivée au sein de l'UMJ, chaque individu consultant, avec ou sans réquisition judiciaire, pour des violences conjugales était orienté par l'agent d'accueil vers une des deux infirmières du service qui effectuait un entretien semi-directif. Le premier volet de la fiche de consultation était rempli lors de cette consultation par l'infirmière.

Une fois ce premier volet complété, la victime était orientée par l'infirmière vers le médecin légiste à qui elle remettait la fiche de consultation. La fiche de consultation était utilisée comme support à la consultation et complétée par le médecin légiste au cours de celle-ci.

Dans le cas où aucune infirmière n'était présente pour réaliser cet entretien, la victime était reçue directement par le médecin légiste, qui complétait l'ensemble de la fiche de consultation.

Un certificat médical descriptif des lésions était établi à la fin de la consultation.

Un entretien avec une juriste de l'association France Victime 31 était systématiquement proposé à chaque victime au sein de l'unité. Une consultation avec une psychologue du service pouvait être proposée selon les besoins évalués par l'infirmière ou le médecin légiste.

2.2 VARIABLES RECUEILLIES

Dans le cadre de cette consultation, nous avons créé une fiche de consultation spécifique comportant deux volets qui a été relue et validée par deux médecins légistes de l'unité.

Le premier volet comportait des données concernant la victime (données administratives, situation socioprofessionnelle, antécédents médicaux et de violence), l'auteur des violences (relation avec la victime, situation socioprofessionnelle, conduites addictives, antécédents médicaux), la situation de violence (le dernier épisode de violence, la durée d'évolution et le type de violence, et les conséquences de la violence), et l'orientation proposée au sein de l'UMJ.

Le deuxième volet de la fiche de consultation portait sur les doléances de la victime, l'évaluation du retentissement psychologique, les schémas lésionnels, le retentissement psychosocial et la mise en évidence de critères de vulnérabilité et de dangerosité (20–24).

L'évaluation du retentissement psychologique consistait en un entretien libre avec la victime à la recherche d'une symptomatologie, anxieuse ou de trouble de l'humeur principalement, pouvant être en lien avec les faits de violence. Le médecin avait la possibilité de retranscrire ces éléments sous la forme de symptômes à cocher ou sous forme de texte libre.

L'évaluation du retentissement psychosocial consistait en la recherche de la présence ou de l'absence d'un retentissement dans les activités quotidiennes, de loisir ou professionnelles ou dans les relations amicales, intimes ou familiales de la victime.

Les critères de vulnérabilités recherchés comportaient la recherche d'une vulnérabilité médicale (somatique, psychiatrique, du fait de la prise d'un traitement médicamenteux ou d'une grossesse évolutive) ainsi qu'une vulnérabilité sociale comprenant l'isolement, la précarité, une situation de migration (isolement géographique, barrière de la langue, méconnaissance des structures d'aides et de l'organisation judiciaire, situation irrégulière) et la présence d'enfant(s) à charge (20,21).

Les critères de dangerosité recherchés se basaient sur les critères habituellement décrits et notamment sur la grille d'évaluation de la dangerosité développée par J.C. Campbell (25). Ils comprenaient la recherche de facteurs de risque concernant l'auteur des violences (possession d'armes à feu, absence d'emploi, utilisation de toxique), la victime (enfant issu d'une union précédente, conviction intime de danger mortel), les violences (aggravation en fréquence ou en intensité, comportement de contrôle ou de domination, utilisation d'armes, harcèlement, manœuvre de strangulation) et de la relation (séparation récente) (22–25).

La fiche de consultation est présentée en annexe de ce travail⁶.

2.3 TRAITEMENT DES DONNÉES

Le recueil de données utilisé dans cette thèse a été réalisé sur ces fiches de consultation ainsi que grâce aux certificats médicaux établis par douze médecins légistes participant à l'activité de consultation. Ont été incluses toutes les victimes de sexe féminin ayant consulté au sein de l'UMJ du CHU Rangueil à Toulouse (Haute-Garonne) entre le 15 mai 2019 et le 15 septembre 2019 à la suite de violences volontaires par un partenaire ou ex-partenaire intime, avec ou sans réquisition judiciaire.

Au vu des proportions observées (34 hommes consultant sur la période dans le cadre de violences conjugales) et des différences attendues tant sur les caractéristiques des violences que sur les besoins spécifiques des victimes, les hommes ont été exclus du recueil. Nous avons également exclu pour ce travail les victimes pour lesquelles un épisode unique de violence était retrouvé (92 patientes). Pour les victimes ayant consulté à plus d'une reprise sur la période (5 individus), les données du premier passage ont été retenues.

⁶ cf. annexe 2 : Fiche de consultation spécialisée « Femmes victimes de violences conjugales au sein du couple »

Les réponses ont été étudiées selon une analyse de contenu, transversale, afin de permettre une meilleure lisibilité des résultats. L'ensemble des données a été collecté à l'aide du logiciel Epi Info®. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel® (2016, version Windows) à l'aide de tableaux croisés dynamiques et du logiciel R (R-3.6.2, <https://cran.r-project.org>).

L'analyse descriptive comprend des variables quantitatives ainsi que des variables qualitatives. Les variables quantitatives sont exprimées avec les paramètres de position (moyenne, médiane, écart-type, valeurs maximales et minimales). Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage, les valeurs absolues sont indiquées entre parenthèses en suivant à titre indicatif. Les pourcentages ont été calculés par rapport aux femmes répondantes à chaque question.

Concernant les statistiques analytiques, des tests ont été réalisés avec l'ensemble des variables pertinentes concernant les caractéristiques de la victime, de l'auteur et de la situation de violence. Un test de significativité χ^2 a été utilisé pour rechercher un lien entre les variables étudiées. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %. Les résultats principaux sont présentés ici, l'ensemble des tests effectués est présenté sous forme de tableaux en annexe de ce travail⁷.

⁷ cf. annexe 3 : Tableaux statistiques complémentaires

3 RÉSULTATS

L'analyse a été effectuée sur les fiches de consultations et les certificats établis pour 345 femmes ayant consulté au sein de l'UMJ du CHU Rangueil entre le 15 mai 2019 et le 15 septembre 2019 pour des violences de la part d'un partenaire intime et pour lesquelles plus d'un épisode de violence a été relevé.

3.1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES

3.1.1 Profil des victimes

L'âge moyen des victimes était de 35 ans (écart-type = 10,6 ans, âge maximum = 87 ans, âge minimum = 15 ans).

Soixante-seize pour cent des victimes (239, n = 314) avaient au moins un enfant dont 55 % un enfant à charge (192, n = 345). Cinquante-huit pour cent des victimes (176, n = 301) avaient au moins un enfant en commun avec l'auteur des violences.

Des antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 22 % des victimes (77, n = 323) dont 36 % sous la forme d'un état dépressif (28, n = 77), parmi elles, 25 % (7, n = 28) avaient un traitement antidépresseur et 18 % (5, n = 28) un traitement anxiolytique.

Au total au moment de la consultation, 17 % des patientes (53, n = 306) suivaient un traitement antidépresseur ou anxiolytique.

Quarante-quatre pour cent des patientes (89, n = 203) rapportaient avoir déjà été victimes de violence au cours de leur vie en excluant la relation actuelle de violence. La répartition des violences alléguées est détaillée dans la figure 1.

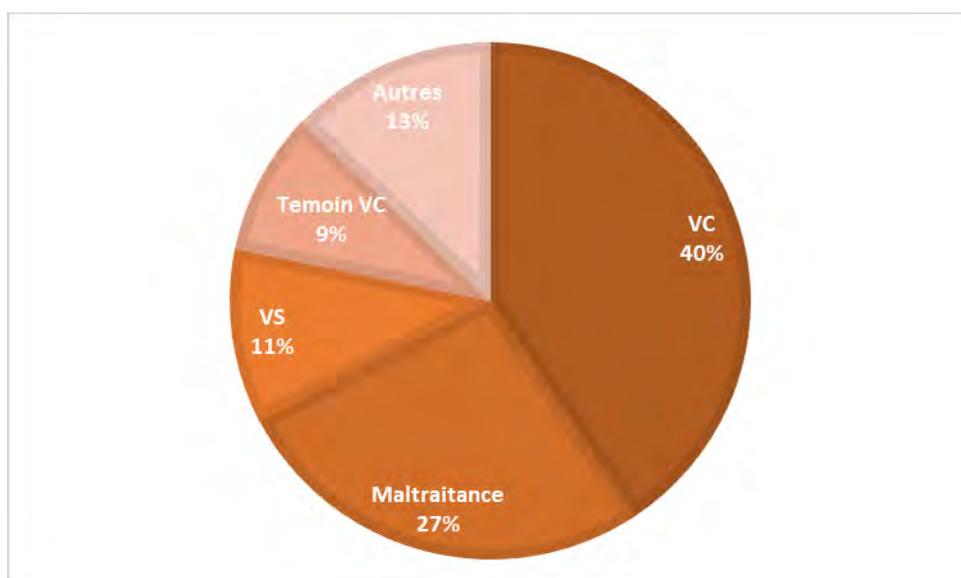


Figure 1 : Répartition des violences antérieures subies par les victimes par type de violence (VC : Violences conjugales, Maltraitance : Violence dans l'enfance par un parent, VS : Violence à caractère sexuel, Témoin VC : Témoin de violences conjugales dans l'enfance par un parent.)

Parmi les autres caractéristiques relevées, nous notions :

- L'absence d'emploi lors de la consultation pour 43 % des victimes (134, n = 314),
- Un isolement social pour 26 % des victimes (89, n = 345),
- Une situation de précarité sociale dans 19 % des cas (66, n = 345),
- Une problématique en lien avec la migration dans 11 % des cas (38, n = 345).
- Un statut d'adulte handicapée pour 4 % des victimes (13, n = 345),
- Une grossesse évolutive lors de la consultation pour 5 % des victimes (16, n = 345)

3.1.2 Profil de l'auteur des violences

Les auteurs des violences étaient presque exclusivement des hommes à l'exclusion de 2 femmes.

Dix-huit pour cent des victimes (28, n = 151) indiquaient que l'auteur des violences présentait une pathologie psychiatrique pour laquelle un diagnostic avait été posé ou un traitement entrepris.

Dans 35 % des cas (100, n = 286), les victimes rapportaient une consommation excessive d'alcool par l'auteur des violences. Pour 55 % des victimes (102, n = 184), il y avait un lien entre les consommations de toxique de l'auteur des violences et celles-ci.

Dans 36 % des cas (101, n = 284), la victime rapportait que l'auteur des violences était sans emploi.

3.1.3 Caractéristiques de la relation intime

Lors du dernier épisode de violence, 60 % des victimes (209, n = 345) rapportaient être toujours en couple avec l'auteur de celles-ci. Le statut de la relation entre l'auteur et la victime des violences au moment de la consultation à l'UMJ est présenté dans la figure 2.

La durée de la relation de couple était en moyenne de 7 ans (médiane = 5 ans, maximum = 45 ans, minimum = 1 mois, écart-type = 7 ans).

La cohabitation entre l'auteur et la victime à la suite du dernier épisode de violence est présentée dans la figure 3. Parmi les victimes poursuivant une cohabitation avec l'auteur des violences, 28 % (32, n=116) rapportaient une séparation affective.

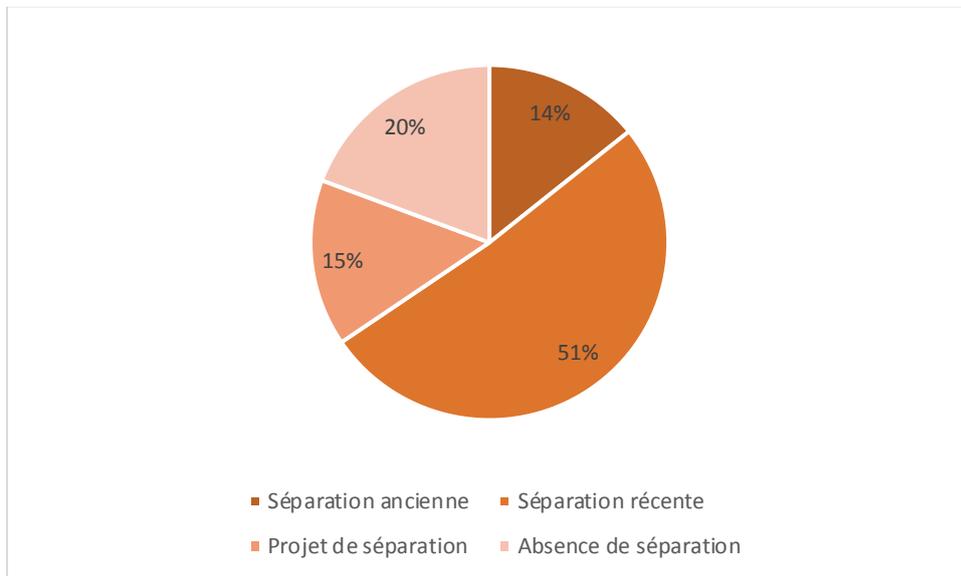


Figure 2 : Statut de la relation auteur/victime lors de la consultation médico-légale (la séparation était considérée comme ancienne lorsqu'elle était > 1 an et récente lorsqu'elle était ≤ 1 an)

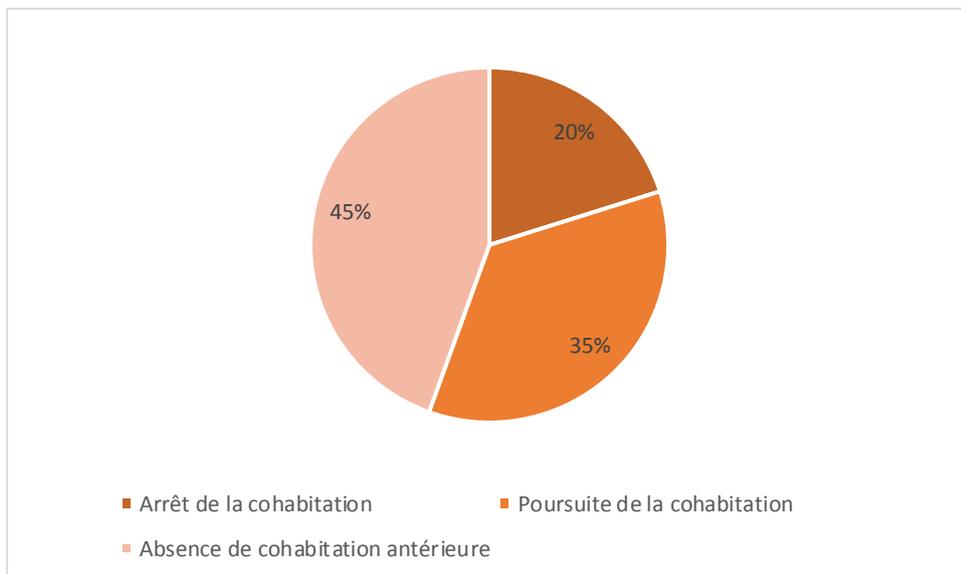


Figure 3 : Proportion de séparation physique entre l'auteur et la victime à la suite du dernier épisode de violence

3.1.4 Typologie des violences

Lors de la consultation, les violences évoluaient depuis en moyenne 5 ans (médiane = 2 ans, maximum = 45 ans, minimum = 1 semaine, écart-type = 7 ans).

Dans 87 % des cas (301, n = 345), la victime rapportait une association de violence à la fois physique et psychologique. Des violences sexuelles étaient retrouvées dans 24 % des cas (84, n = 345), de façon isolée pour 3 femmes. Les violences économiques ou administratives n'étaient jamais retrouvées de façon isolée, mais étaient associées à un autre type de violence dans 28 % des cas (97, n = 345). Quarante-neuf pour cent des victimes (168, n = 345) rapportaient avoir déjà été menacées de mort par l'auteur des violences.

Soixante-dix-neuf pour cent des victimes (176, n = 222) rapportaient une aggravation au cours du temps de la fréquence ou de la gravité des violences.

Cinquante-neuf pour cent des femmes rapportant une grossesse au cours de la relation intime avec l'auteur des violences (109, n = 184) alléguaient avoir été victimes de violence durant celle-ci. Les modalités des violences subies au cours de la grossesse sont détaillées dans la figure 4.

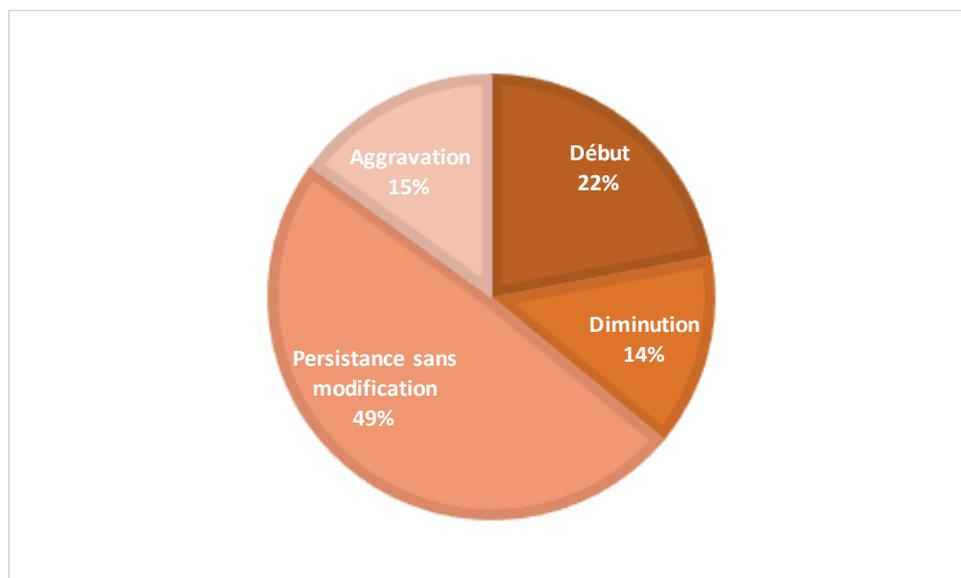


Figure 4 : Modalités des violences subies au cours de la grossesse

Dans 24 % des cas (56, n = 229), un tiers faisant partie du cercle familial ou amical de l'auteur ou de la victime (hors enfant) avait été impliqué dans la situation de violence, que ce soit en tant que victime de l'auteur ou co-agresseur de la victime à parts égales.

Les enfants du foyer seraient eux-mêmes victimes des violences dans 71 % des cas (144, n = 202), principalement en étant les témoins, mais aussi en tant que victimes directes dans 25 % des cas (51, n = 202).

3.1.5 Conséquences des violences

Dans 34 % des cas (119, n = 345), aucune lésion physique n'était retrouvée lors de la consultation. Lorsque des lésions physiques étaient présentes, il s'agissait en grande majorité de lésions cutanées superficielles. Néanmoins, 6 patientes présentaient une fracture osseuse et 28 une plaie ayant nécessité une suture.

Pour 86 % des victimes (298, n = 345), le médecin légiste notait un retentissement psychologique lors de la consultation, sous la forme d'une symptomatologie anxieuse pour 70 % des victimes (240, n = 345) ou d'une symptomatologie dépressive pour 57 % d'entre-elles (196, n = 345). Un trouble des fonctions instinctuelles était noté dans 72 % des cas (248, n = 345).

Trente-trois pour cent des victimes (114, n = 345) rapportaient un retentissement dans leur vie sociale (familiale, amicale ou professionnelle).

Dans 91 % des cas (314, n = 345), l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme (ITT) fixée au décours de la consultation avec le médecin légiste était comprise entre 1 et 8 jours avec une ITT moyenne de 2 jours. Elle était supérieure à 8 jours dans 3 % des cas (9, n = 345) et nulle pour 6 % des victimes (22, n = 345). L'ITT maximum était de 30 jours (2 individus).

3.1.6 Recours aux soins à la suite des violences

Soixante-trois pour cent des victimes (219, n = 345) rapportaient avoir bénéficié d'une ou plusieurs prises en charge médicales spécifiques à la suite des violences. Le détail de ces prises en charge est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prise en charge médicale des victimes à la suite des violences (les autres spécialistes consultés par les victimes à la suite des violences étaient des gynécologues, orthopédistes, chirurgiens maxillo-faciaux, ORL et kinésithérapeutes.)

Prise en charge médicale	Nombre d'individus	Pourcentage
Aucune	126	37%
Généraliste	132	40%
Psychiatre	29	8%
Psychologue	63	18%
Urgences	80	23%
Autres spécialités	30	9%

Parmi les victimes rapportant une prise en charge psychologique ou psychiatrique en lien avec la situation de violence, 20 % (15, n = 76) avaient un traitement antidépresseur et 17 % (13, n = 76) un traitement anxiolytique.

3.1.7 Modalités de consultation au sein de l'UMJ

Quatre-vingt-neuf pour cent des patientes (307, n = 345) étaient reçues sur réquisition judiciaire, les 11 % restant (38, n=345) se présentaient sur consultation libre (de leur propre chef ou adressée par un professionnel de santé). L'auteur des violences était en garde à vue dans 20 % des cas (67, n = 345).

Quatre-vingt-un pour cent des victimes (281, n = 345) consultaient dans la semaine suivant un épisode de violence et 92 % (318, n = 345) dans le mois suivant un épisode de violence. Le délai moyen de consultation après le dernier épisode de violence était de 17 jours (médiane = 3 jours, minimum = 0 jour, maximum = 1048 jours).

Soixante-quatorze pour cent des victimes (257, n = 345) avaient bénéficié d'un entretien spécifique avec l'une des deux IDE du service et 32 % des victimes (112, n = 345) d'une consultation avec une juriste au sein de l'unité. Douze pour cent des victimes (41, n = 345) avaient été orientées vers une psychologue du service.

3.2 STATISTIQUES ANALYTIQUES

3.2.1 Facteurs influant sur le retentissement des violences

L'ITT au sens pénal du terme (marqueur de la gravité des lésions présentées par la victime à la fois physiques et psychologiques) était significativement plus importante (>8 jours) lorsque la victime était sans emploi (p-value < 0,05). Aucune autre des variables étudiées correspondant aux caractéristiques de l'auteur des violences, de la victime ou de la relation de violence n'interférait avec la durée de l'ITT au sens pénal du terme.

Les facteurs influant plus spécifiquement le retentissement psychologique évalué par le médecin légiste sont présentés dans le tableau 2⁸.

Tableau 2 : Facteurs influant le retentissement psychologique de la victime évalué par le médecin légiste lors de la consultation (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence, l'abréviation « cs » fait référence à la consultation médico-légale.)

	Retentissement psychologique +					
	n	valeur		%	χ^2	p-value
Emploi +	180	167	↑	92,8	4,85	0,028
Emploi -	134	114	↓	85,1		
Migration +	38	28	↓	73,7	5,85	0,016
Migration -	307	270	↑	87,9		
Emploi auteur +	183	171	↑	93,4	7,49	0,006
Emploi auteur -	101	84	↓	83,2		
Cohabitation lors de la cs +	116	93	↓	80,2	6,35	0,012
Cohabitation lors de la cs -	212	191	↑	90,1		
Ex-partenaire	135	125	↑	92,6	7,28	0,007
Partenaire actuel	210	173	↓	82,4		

3.2.2 Facteurs influençant les modalités de prise en charge à la suite des violences

En ce qui concerne les victimes qui avaient eu recours à une prise en charge médicale à la suite des violences, elles présentaient significativement moins d'antécédents de violence, mais significativement plus souvent un retentissement psychologique lors de l'évaluation médico-légale que les victimes n'ayant eu recours à aucune prise en charge médicale, avec principalement une symptomatologie dépressive ainsi que des troubles des fonctions instinctuelles. Ces résultats sont détaillés dans le tableau 3⁸.

⁸ Les tableaux reprenant l'ensemble des variables testées sont présentés en annexe 3.

Tableau 3 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge médicale par les victimes (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

	Recours au soin suite aux violences +					
	n	valeur		%		χ^2
Antécédent de violence +	79	51	↓	64,6	5,73	0,017
Antécédent de violence -	102	82	↑	80,4		
Retentissement psychologique +	298	202	↑	67,8	13,2	< 0,001
Retentissement psychologique -	47	19	↓	40,4		
Symptomatologie dépressive +	196	149	↑	76	28,21	< 0,001
Symptomatologie dépressive -	149	72	↓	48,3		
Trouble des fonctions instinctuelles +	248	171	↑	69	9,17	0,002
Trouble des fonctions instinctuelles -	97	50	↓	51,5		
Symptomatologie anxieuse +	240	162	↑	67,5	4,06	0,044
Symptomatologie anxieuse -	105	59	↓	56,2		

Les éléments présentant plus spécifiquement un lien avec le recours à une consultation de médecine générale, une consultation dans un service d'urgence et à une prise en charge psychologique ou psychiatrique à la suite des violences subies sont détaillés respectivement dans les tableaux 4, 5 et 6⁹.

Tableau 4 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge en médecine générale à la suite des violences (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence, l'abréviation « Atcd » fait référence aux antécédents de la victime)

	CS MG suite aux violences					
	n	valeur		%	Chi-2	p-value
Enfants à charge +	192	88	↑	45,8	10,51	0,001
Enfants à charge -	153	44	↓	28,8		
Atcd de violence +	75	29	↓	38,7	4,34	0,037
Atcd de violence -	95	52	↑	54,7		
Agravation des violences +	143	59	↓	41,3	11,45	0,001
Agravation des violences -	39	28	↑	71,8		
Retentissement psychosocial +	91	51	↑	56	4,29	0,038
Retentissement psychosocial -	149	63	↓	42,3		

⁹ Les tableaux reprenant l'ensemble des variables testées sont présentés en annexe 3.

Tableau 5 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge par un service d'urgence à la suite des violences subies (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence, l'abréviation « cs » fait référence à la consultation médico-légale)

Consultation aux urgences suite aux violences					
	n	valeur	%	χ^2	p-value
Cohabitation à la cs +	116	20	↓ 17,2	4,6	0,032
Cohabitation à la cs -	212	59	↑ 27,8		
Isolement +	89	29	↑ 32,6	5,94	0,015
Isolement -	256	51	↓ 19,9		
Précarité +	66	22	↑ 33,3	4,72	0,03
Précarité -	279	58	↓ 20,8		
Enfants à charge +	192	36	↓ 18,8	4,79	0,029
Enfants à charge -	153	44	↑ 28,8		
Violences physiques +	321	80	↑ 24,9	7,79	0,005
Violences physiques -	24	0	↓ 0		

Tableau 6 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge psychiatrique ou psychologique à la suite des violences subies (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence, l'abréviation « Atcd » fait référence aux antécédents de la victime, le « suivi psy » fait référence à la présence d'un suivi avec une psychologue ou un psychiatre)

Suivi psy suite à V					
	n	valeur	%	Chi-2	p-value
Cohabitation +	181	17,7	↓ 17,7	6,2	0,013
Cohabitation -	143	29,4	↑ 29,4		
Durée Violences > 1 an	103	60	↑ 58,3	6,71	0,01
Durée Violences < 1 an	29	9	↓ 31		
Emploi +	166	46	↑ 27,7	4,03	0,045
Emploi -	144	26	↓ 18,1		
Enfants à charge +	189	52	↑ 27,5	6,69	0,01
Enfants à charge -	152	24	↓ 15,8		
Atcd de Violence +	57	19	↓ 35,3	9,61	0,002
Atcd de Violence -	47	30	↑ 63,8		
Handicap +	8	0	↓ 0	7,48	0,006
Handicap -	135	76	↑ 56,3		
Retentissement psychosocial +	59	39	↑ 66,1	6,77	0,009
Retentissement psychosocial -	84	37	↓ 44		
Symptomatologie anxieuse +	108	63	↑ 58,3	4,77	0,029
Symptomatologie anxieuse -	35	13	↓ 37,1		

3.2.3 Facteurs influençant les modalités de consultation au sein de l'UMJ

Il a été mis en évidence chez les victimes ayant bénéficié d'une consultation dédiée par l'IDE du service significativement plus de critères de « vulnérabilité » notamment l'isolement, la précarité et la présence d'enfants à charge ainsi qu'un plus grand nombre de « types » de violences. De plus, un retentissement psychologique (sous la forme d'une symptomatologie

dépressive et de trouble des fonctions instinctuelles) était significativement plus souvent mis en avant.

Le détail des éléments favorisant ou limitant un entretien avec une juriste au sein de l'UMJ ou une prise en charge par une psychologue du service est présenté dans les tableaux 7 et 8 respectivement¹⁰.

Tableau 7 : Facteurs favorisant ou limitant la prise en charge par une juriste au sein de l'UMJ (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

	Consultation Juriste UMJ				
	n	valeur	%	Chi-2	p-value
Violences économiques +	79	38	↑ 48,1	11,43	0,001
Violences économiques -	266	74	↓ 27,8		
Retentissement psychologique +	298	103	↑ 34,6	4,4	0,036
Retentissement psychologique -	47	9	↓ 19,1		
Retentissement psychosocial +	114	46	↑ 40,4	4,83	0,028
Retentissement psychosocial -	231	66	↓ 28,6		
Symptomatologie anxieuse +	240	86	↑ 35,8	4,08	0,043
Symptomatologie anxieuse -	105	26	↓ 24,8		
Symptomatologie dépressive +	196	79	↑ 40,3	12,78	<0,001
Symptomatologie dépressive -	149	33	↓ 22,1		

Tableau 8 : Facteurs influençant la prise en charge psychologique spécifique au sein de l'UMJ (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence, l'abréviation « CS » fait référence à une consultation, l'abréviation « psycho » fait référence à la psychologue)

	CS UMJ Psycho				
	n	valeur	%	Chi-2	p-value
Enfants à charge +	192	15	↓ 7,8	6,85	0,009
Enfants à charge -	153	26	↑ 17		
Violences économiques +	79	15	↑ 19	4,94	0,026
Violences économiques -	266	26	↓ 9,8		
Symptomatologie anxieuse +	240	35	↑ 14,6	5,49	0,019
Symptomatologie anxieuse -	105	6	↓ 5,7		
Trouble fonctions instinctuelles +	248	36	↑ 14,5	5,84	0,016
Trouble fonctions instinctuelles -	97	5	↓ 5,2		

¹⁰ Les tableaux reprenant l'ensemble des variables testées sont présentés en annexe 3

4 DISCUSSION

4.1 JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Ce travail avait pour objectif de mettre en place un parcours avec prise en charge spécifique des femmes victimes de violences conjugales réitérées, c'est-à-dire alléguant avoir été victime de plus d'un épisode de violence dans le cadre conjugal, consultant à l'UMJ de Toulouse, de décrire cette population et de préciser la place du médecin légiste dans leur prise en charge globale.

Les femmes victimes de violences conjugales représentent une part importante des femmes victimes de violences que ce soit au sein de la population générale ou de la population consultant en Unité Médico-Judiciaire (26,27), ainsi que, plus généralement, de l'ensemble des victimes de violences (5, 7, 18). Ces victimes ont des caractéristiques et des besoins particuliers (28,29) du fait principalement du caractère intime et chronique de ces violences entraînant fréquemment un isolement de la victime (30–33) et des répercussions sur leur santé globale (5, 7, 8, 10–14).

En effet, les violences réitérées ont principalement lieu dans le cadre intime, et plus particulièrement pour les femmes à l'âge adulte dans le cadre de la relation conjugale (27, 34, 35). Contrairement aux épisodes uniques de violences, ces victimes présentent des problématiques propres que ce soit sur le plan social (logement, précarité financière...), juridique (garde des enfants...) et médical (pathologies chroniques, défaut d'accès aux soins...)(10, 26, 35–37). En effet, les victimes ayant été capables de reconnaître immédiatement la situation de violence et leur statut de victime et d'effectuer des démarches actives visant à l'arrêt des violences semblent moins à risque à la fois de récurrence que de problématique de santé chronique en lien avec le retentissement de la violence (33,38–40). De plus, les femmes consultant pour des épisodes uniques de violences conjugales au sein de l'UMJ représentent une minorité de victimes (92 femmes sur la période). Il serait tout de même pertinent de pouvoir présenter une échelle, ou du moins des critères, faisant évoquer une vulnérabilité avec risque de récurrence afin que ces victimes puissent bénéficier, le cas échéant, d'une prise en charge spécifique, à visée préventive.

De plus, malgré le fait que les violences conjugales faites aux femmes soient un sujet très médiatique et porteur de multiples études et prises en charge depuis plusieurs années (7, 18, 28, 41), les chiffres officiels des violences ainsi que ceux retrouvés au sein de notre UMJ stagnent, sans réelle diminution, touchant plus de 210 000 femmes en France chaque année (18). Au sein de l'UMJ, ces victimes représentent plus d'un tiers des consultations des femmes victimes de violences volontaires¹¹. Il semble donc important de poursuivre les études dans le but de mieux connaître les populations touchées et les violences subies (7) afin d'effectuer à la fois des dépistages des violences, mais également de proposer des prises en charge adaptées limitant les récurrences et les complications sur la santé des victimes.

Par ailleurs, les études internationales sont souvent des études de victimations ou concernent des populations issues de foyers pour femmes victimes de violence (10, 18, 32,

¹¹ cf. annexe 1 : Évolution de l'activité de l'UMJ de Toulouse sur 5 ans

42–45). Les études dans le domaine du soin concernent quant à elles principalement les départements d'urgences, de médecine générale et de gynécologie-obstétrique (13, 46, 47) ; peu d'études sont disponibles concernant les femmes victimes consultant au sein d'unités médico-judiciaires (26, 27, 48, 49).

L'originalité de cette étude tient à la fois de la population décrite, pour laquelle peu de données sont disponibles, constituée de victimes de violence consultant au sein d'une UMJ ; ainsi que des éléments recherchés : à la fois sur leurs caractéristiques, celles des violences ainsi que les conséquences de celles-ci et leurs prises en charge, dans le but de proposer une prise en charge globale de la situation de violence au sein des UMJ.

Nous avons ainsi mis en place ce parcours proposant un accueil multidisciplinaire spécifique. Cette étude a permis d'apporter plusieurs éléments en faveur du bien-fondé de cette prise en charge, détaillés en suivant, et des caractéristiques des victimes consultant au sein de l'UMJ.

En ce qui concerne les hommes, quoique pouvant également être victimes de violences conjugales, ils présentent des caractéristiques, des besoins et des attentes différents et sont également souvent victime de types de violences différents que ceux subis par les femmes (50,51). De ce fait, il nous a semblé inadapté de proposer une prise en charge identique à des populations somme toute distinctes et présentant des besoins spécifiques (51,52). Il semble néanmoins important d'entamer une démarche similaire pour la prise en charge des hommes victimes, en identifiant leurs caractéristiques et leurs besoins. En effet, des études précédentes rapportaient les caractéristiques de ces victimes et des violences qu'ils subissaient, mais sans proposer une prise en charge dédiée notamment en UMJ (53).

Il serait également intéressant d'étudier les spécificités de certaines populations telles que la violence au sein des couples de personnes âgées, chez les mineurs, au sein des populations de migrants ainsi qu'au sein des couples homosexuels. En effet, ces populations, souvent vulnérables, sont difficiles à prendre en charge du fait, entre autres, de la méconnaissance de leurs spécificités.

4.2 LES DONNÉES DE L'ÉTUDE

Notre étude a permis de mettre en exergue plusieurs résultats intéressants concernant les caractéristiques des femmes victimes de violences conjugales et leur prise en charge.

4.2.1 Description de la population

Notre population était comparable aux populations de femmes victimes, que ce soit de violences conjugales ou d'autres types de violences, de précédentes études réalisées en UMJ en ce qui concerne les caractéristiques des victimes et notamment leur âge (26, 49, 54). Dans la population générale, l'âge rapporté des victimes est souvent plus jeune encore que nos chiffres avec une moyenne entre 18 et 24 ans (14, 16, 55). En effet, il s'agit d'étude de victimation, donc d'une population de victime n'ayant peut-être jamais rapporté ces violences auparavant. Or, il y a souvent une latence de plusieurs années entre le début des

violences, la reconnaissance de celles-ci et le début du processus visant à en sortir pouvant expliquer cette différence d'âge. En effet, dans notre population, les victimes rapportaient une évolution des violences depuis en moyenne 5 ans. Ces données, tout comme celles concernant l'association des violences, étaient comparables à celles de la littérature (49).

Concernant les violences subies pendant la grossesse, nous retrouvions des chiffres deux fois plus importants qu'en population générale (16), il s'agissait pour la majorité des victimes d'une poursuite des violences lors de la grossesse plutôt que du début de celles-ci ce qui est par ailleurs concordant avec les données de la littérature (56).

L'absence d'emploi était plus marquée dans notre population ainsi que dans une étude précédente portant sur les femmes victimes de violences conjugales consultant en UMJ que dans la population générale de femmes victimes consultant en UMJ (26,49). De la même façon, ces victimes avaient plus souvent des enfants à charge (26,49). Par ailleurs, les femmes rapportaient moins souvent que leurs enfants étaient témoins de violences (16), mais plus souvent qu'ils étaient victimes directes de celles-ci. Cela peut-être en lien avec le fait que les femmes de notre population étaient plus souvent séparées de l'auteur des violences (26, 34, 49).

Notre étude a également mis en évidence des antécédents de violences chez 44 % des victimes alors qu'une étude en population identique ne retrouvait des antécédents de violence que chez 29 % des victimes (49). Cette différence pourrait s'expliquer par des modalités de consultation différentes plus propice à rapporter ce type d'éléments, en faveur de la prise en charge proposée. De plus, notre étude retrouvait également des difficultés en lien avec une situation de migration chez plus du double des victimes (49). Cela pourrait s'expliquer par une répartition non homogène des populations migrantes précaires sur le territoire. Nous retrouvions, par ailleurs, moins souvent la présence d'un isolement ou de précarité au sein de notre population (49). Ces différences peuvent s'expliquer par de probables différences méthodologiques dans la qualification de l'isolement et de la précarité, aucune des études utilisant d'échelle reproductible ainsi que par des différences territoriales de population.

Les délais de consultation étaient légèrement plus courts (médiane de 3 jours au lieu de 4) que chez les femmes victimes consultant pour tout motif en UMJ (26). En ce qui concerne les victimes ne rapportant pas de volonté de séparation, nos chiffres étaient légèrement plus faibles que dans la littérature (57). Au vu de la population (une majorité avait déposé plainte), ces résultats ne paraissent pas surprenants. Néanmoins, 20 % de ces victimes n'envisageaient toujours pas de séparation dans ce contexte de violences chroniques, et ce, alors même qu'elles avaient amorcé une prise en charge médico-judiciaire (voire judiciaire pour la majorité d'entre-elles). Des éléments d'explication de cette proportion élevée de victimes ne souhaitant pas de séparation sont retrouvés dans la littérature et ont également été évoqués par les victimes au cours de nos entretiens. Nous retrouvons ainsi la persistance d'un espoir de « sauver leur relation », la peur de la séparation avec les enfants, mais aussi la peur de la majoration de la violence en cas de séparation et un sentiment de culpabilité (57).

Les victimes étaient adressées vers une psychologue au sein du service dans 12 % des cas seulement, ce qui était 3 à 4 fois moins important que dans des études similaires portant sur des populations UMJ (26,49). Cela pourrait s'expliquer par le fait que nous retrouvions plus souvent un suivi déjà en place dans notre population (26) ou être en lien avec des

problématiques matérielles et notamment une indisponibilité de la psychologue ou des victimes à effectuer la consultation. Le médecin légiste retrouvait, par ailleurs, une symptomatologie anxieuse ou dépressive dans des taux similaires (49,58), taux largement supérieur par ailleurs à ceux retrouvés dans la population générale (12).

Concernant les auteurs de violences, comme dans l'ensemble des données retrouvées dans la littérature, il s'agit en grande majorité d'hommes (5) présentant des troubles psychiatriques et des conduites addictives ainsi qu'une instabilité professionnelle plus fréquente que dans la population générale (16). Dans notre étude, les victimes rapportaient plus fréquemment un lien entre les violences et la consommation de toxiques que dans la population générale (34). Cela pourrait être en lien avec le fait que les épisodes sont souvent décrits comme « plus violents » par les victimes lorsque l'auteur des violences se trouve sous l'emprise de toxique, possible élément déclencheur de la plainte.

Notre étude comportait, en effet, un nombre de femmes ayant déposé plainte beaucoup plus élevé que dans la population générale. En effet, le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales déposant plainte a été évalué à 14 % en France (34,59); or elles représentaient près de 90 % des patientes reçues à la consultation. Ces différences sont à mettre en lien avec un biais de recrutement.

4.2.2 Les conséquences des violences

Concernant le retentissement des violences, plus d'un tiers des victimes ne présentaient pas de lésions physiques lors de l'évaluation médico-légale, et ce, malgré le fait que la majorité d'entre elles consultaient précocement après un épisode de violence et décrivaient dans plus de 90 % des cas des violences physiques presque systématiquement associées à des violences psychologiques (13). Des données similaires sont mises en évidence par les études de victimations avec des taux de blessures physiques traumatiques secondaires aux violences rapportées variant de 25 à 40 % (60,61). Cependant, les études portant sur des victimes ayant bénéficié d'une prise en charge sociale ou médico-judiciaire dans le cadre de violences trouvaient des taux de blessures physiques plus importants, supérieurs à 85 % des victimes (50,62). Ces différences peuvent être expliquées par une méthodologie différente se basant notamment sur la sélection de victimes rapportant uniquement des violences physiques modérées à sévères ou consultant spécifiquement pour des violences physiques et non pas dans le cadre d'une situation globale de violence.

En ce qui concerne le retentissement psychologique des violences, une symptomatologie était significativement plus souvent mise en évidence lorsque la victime et l'auteur des violences avaient un emploi, lorsque l'auteur des violences était l'ex-partenaire et qu'il ne cohabitait plus avec la victime et lorsque la victime n'avait pas de problématique en lien avec la migration.

Ces résultats, qui peuvent sembler surprenants au premier abord, pourraient être secondaires à un biais d'évaluation. Plus particulièrement, en ce qui concerne la problématique de la migration, une barrière culturelle et linguistique pourrait être un frein à l'évaluation (36,63–65). Selon le même mécanisme, les victimes présentant un certain niveau socioculturel matérialisé par l'emploi pourraient avoir une facilité à exprimer leur

symptomatologie. En ce qui concerne le statut de la relation intime, la question de la part de la séparation dans la symptomatologie notamment dépressive pourrait se poser. Une autre explication pourrait être la sensation d'avenir bouché et d'inéluctabilité de la violence devant la persistance de celles-ci malgré la séparation sentimentale et physique de l'auteur des violences. Ces derniers éléments d'explication sont fréquemment verbalisés par les victimes au cours des entretiens.

De plus, aucune échelle validée n'a été utilisée en vue de l'évaluation du « retentissement psychologique ». La présence ou l'absence de retentissement était notée sous la forme de présence ou d'absence de symptômes évocateurs d'une symptomatologie dépressive (tristesse de l'humeur, idées négatives de dévalorisation, culpabilité, incurabilité, idées suicidaires...) ou anxieuse (hypervigilance, conduites d'évitement, reviviscence...) ainsi que la présence de troubles des fonctions instinctuelles. Il ne nous a pas été possible de coter la « gravité » de la symptomatologie ni de poser des diagnostics DSM V¹² qui auraient rendu notre analyse plus pertinente ; la recherche d'autres symptomatologies psychiatriques n'était pas effectuée. Néanmoins, les conséquences psychologiques des violences dans le cadre de violences conjugales concernent presque exclusivement des symptômes dépressifs ou des états de stress post-traumatique (13), ainsi cette évaluation bien que sous-optimale, recherchait les principaux symptômes d'intérêt.

4.2.3 Les prises en charge médicales

Concernant les prises en charge secondaires aux violences, plusieurs freins possibles à une prise en charge psychologique ont été mis en avant : l'absence de travail, une cohabitation avec l'auteur des violences, des antécédents de violences (33) ou un handicap (36).

Ces résultats, attendus, mettent en exergue l'importance de la recherche d'éléments de vulnérabilité, médicale et sociale, et d'accompagnement particulier de ces victimes qui présentent des difficultés d'accès aux soins. Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence dans le recours aux soins à la suite de la séparation émotionnelle de l'auteur des violences contrairement à d'autres études (33), nos résultats penchaient plutôt vers une problématique matérielle (absence d'indépendance financière et géographique). La présence d'enfants comme facilitateur d'une prise en charge psychologique peut sembler plus étonnante, mais pourrait s'expliquer par une confrontation au monde médical plus fréquente du fait du suivi des enfants (66) ou le besoin des mères d'une prise en charge en vue de s'occuper de leurs enfants dont la préoccupation est souvent au centre des consultations (12).

Des éléments similaires ont été mis en évidence concernant de possibles freins à l'information du médecin généraliste notamment la présence d'enfants à charge, mais également des antécédents de violence. Une explication possible à ce dernier élément pourrait être la honte de ces victimes liée à l'échec constitué par la revictimisation (33). Le

¹² 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association Américaine de Psychiatrie, communément utilisé pour le diagnostic de pathologies psychiatriques.

sentiment de honte et d'illégitimité à demander de l'aide est aussi rapporté par les victimes lorsqu'elles n'ont pas encore quitté officiellement l'auteur des violences (33). Il semble donc important pour les médecins et plus particulièrement le médecin traitant, comme mis en évidence par plusieurs études, de garder une attitude bienveillante, sans jugement, et de ne pas pousser à la séparation, mais accompagner la femme dans ses démarches (13, 67, 68). En effet, depuis l'entrée dans la situation de violence jusqu'à la sortie de celle-ci, les victimes présentent une évolution cognitive non linéaire, qu'il est important de respecter, de la reconnaissance du statut de victime, à son acceptation jusqu'à la mise en place de stratégie visant à sortir de la situation de violence (38–40).

Par ailleurs, les femmes ayant bénéficié d'une prise en charge en médecine générale rapportaient moins souvent une aggravation de la fréquence ou de l'intensité des violences. Ce résultat pourrait être en faveur d'une efficacité de la prise en charge proposée par le médecin, mais aussi une facilité accrue pour les victimes de parler de violence considérée comme moins importante.

Au contraire, les victimes consultant dans les services d'urgences avaient moins souvent des enfants à charge et étaient plus fréquemment isolées et en situation de précarité. Il semble que plus que la gravité des conséquences médicales des violences et le besoin de soins immédiat, la consultation dans un service d'urgences soit en lien avec une situation sociale précaire. Il semble donc important que les services d'urgences soient en mesure de proposer une prise en charge non seulement médicale, mais aussi sociale. De plus, ces victimes habitaient significativement moins souvent avec l'auteur des violences. Plus qu'une solution d'hébergement, il pourrait donc s'agir d'une demande plus générale de lien social et d'orientation (32,69). Dans ce contexte, la signature d'une convention de coopération entre les services de la Préfecture, l'Agence régionale de santé, le Parquet de Toulouse, le Parquet de Saint-Gaudens, la Direction départementale de la sécurité publique de la Haute-Garonne, le Groupement départemental de gendarmerie de la Haute-Garonne, le CHU de Toulouse et le CH¹³ Comminges-Pyrénées le 26 février 2020 semble avoir particulièrement sa place. En effet, cette convention introduit la possibilité d'une « pré-plainte » permettant actuellement aux victimes pour lesquelles une situation de violences conjugales est identifiée de remplir au sein de la structure hospitalière un document qui est par la suite, avec l'autorisation de la victime, transmis au service de police ou de gendarmerie, facilitant l'accès au système judiciaire de ces victimes.

4.2.4 La prise en charge à l'UMJ

Des éléments évocateurs d'un retentissement psychologique étaient plus fréquemment mis en avant lorsque les victimes avaient bénéficié d'un entretien avec l'IDE du service. Des critères de vulnérabilité étaient également plus fréquemment mis en avant. Ces éléments sont en faveur de l'utilité de cette prise en charge pluridisciplinaire coordonnée entraînant notamment des consultations plus longues et personnalisées en faveur de la mise en place d'une relation de confiance de nature à améliorer l'évaluation médico-légale.

¹³ Centre Hospitalier

Les victimes bénéficiaient significativement plus d'une consultation avec une juriste au sein de l'unité lorsque des violences économiques étaient décelées et lorsqu'un retentissement psychologique était mis en avant. Le premier élément semble facilement explicable, les victimes pouvant ressentir de façon accrue le besoin de conseil juridique lorsqu'elles font face à des problématiques d'ordre matériel. Le deuxième élément, bien que semblant positif, est plus surprenant. En effet, il aurait été naturel de s'attendre au fait que des victimes en détresse psychologique soient moins en demande d'une prise en charge longue avec de multiples acteurs.

Néanmoins, ce résultat est en faveur du bien-fondé de la prise en charge multidisciplinaire proposée, semblant répondre aux besoins des femmes identifiées comme étant le plus en souffrance. En effet, on peut supposer que les victimes ayant fait la démarche de se rendre à l'UMJ sont prêtes, voir en demande, de ce type de prise en charge (38–40).

Des éléments similaires étaient mis en évidence comme favorisant une prise en charge avec une psychologue du service. Nous notons également un lien significatif entre les victimes bénéficiant d'un entretien juridique et celles orientées vers une psychologue de l'UMJ par l'équipe médicale. Néanmoins, la présence d'enfants à charge représentait un frein à cette dernière prise en charge. Le manque de disponibilité (problématique de la garde des enfants) pourrait expliquer cela. En effet, la consultation psychologique était proposée en suivant immédiatement la consultation. Proposer un rappel téléphonique d'une psychologue avec prise de rendez-vous pourrait présenter une alternative pour que toutes les victimes le nécessitant puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée notamment d'un accompagnement psychologique.

Une prochaine étude avec entretien des femmes victimes ayant consulté à l'UMJ et bénéficié de cette prise en charge serait intéressante en vue d'identifier les forces et les faiblesses de celle-ci. Nous avons effectivement également mis en place la proposition d'un rappel téléphonique par l'infirmière du service en vue d'effectuer un suivi et une réévaluation de la situation de violence ainsi que pour évaluer à distance la satisfaction des victimes concernant la prise en charge.

4.3 PROBLÉMATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

Malgré tout, cette consultation présente encore plusieurs limites. Tout d'abord, bien qu'il s'agisse d'une prise en charge dédiée, il n'existe pas de créneaux de consultation spécifiques. Ainsi, selon l'afflux des victimes et notamment des situations d'urgence à l'UMJ, le médecin tout comme l'infirmière peuvent s'avérer moins disponibles à un entretien long évaluant la globalité des violences subies. La mise en place d'une ligne de consultation spécifique permettrait une prise en charge plus optimale de ces victimes. Cela nécessiterait néanmoins un agrandissement des locaux disponibles ainsi qu'un recrutement de personnel afin de pouvoir prendre en charge les victimes dans les meilleures conditions. De plus, d'autres acteurs pourraient également être joints à cette prise en charge afin de proposer une prise en charge globale (pédopsychologues, sages-femmes, assistantes sociales...).

Une autre limite est la disponibilité des patientes. En effet, certaines et notamment dans certains cas d'états de stress aigu ou d'état dépressif caractérisé ne sont pas psychiquement

en mesure de prendre part à ce type de consultation qui est également dépendant de la position de la victime dans la reconnaissance et l'acceptation du statut de victime (38–40). De plus, certaines préoccupations matérielles et sociales peuvent également limiter la disponibilité des patientes (garde des enfants, problématique aiguë d'hébergement...). Cela a été matérialisé dans notre étude par un certain nombre de données manquantes à la relecture des questionnaires d'évaluation. Selon la disponibilité psychique des victimes, la proposition d'un deuxième rendez-vous avec bilan des violences pourrait être pertinente. En effet, il semble important de pouvoir s'adapter aux victimes en fonction à la fois de leurs besoins et de leurs ressources personnelles lors de la consultation.

De plus, l'évaluation du retentissement psychologique des violences chroniques au cours de la consultation médico-légale est peu aisée. En effet, il est parfois difficile, durant le temps de consultation limité, d'évaluer la participation d'un état antérieur voire de la rupture dans la symptomatologie, sans avoir recours à une évaluation longue et globale de la situation de la victime. Une barrière de la langue ainsi que des différences culturelles peuvent également participer à ces difficultés (63–65). Ainsi, une étude réalisée au sein d'une UMJ rapportait que dans 69 % des rapports le médecin légiste faisait état d'une « impossibilité » à fixer l'ITT en lien avec le retentissement psychologique et la nécessité d'un « avis spécialisé » (49). Néanmoins, des médecins non légistes, non-familiers de la notion, pourraient d'autant plus présenter des difficultés non pas dans l'évaluation de l'état psychique de la victime, mais dans la « retranscription » de celui-ci en ITT.

En effet, l'incapacité totale de travail, notion pénale permettant, entre autres, de qualifier les faits par la gravité de l'atteinte des violences sur la victime, apparaît peu adaptée à prendre en compte ce retentissement, même lorsqu'il a pu être évalué, dans le cadre de violences chroniques se déroulant dans la sphère intime. En effet, l'ITT se calcule en nombre de jours où la victime a été limitée dans les actes de sa vie quotidienne (l'alimentation, l'habillement, la toilette...). Sa détermination, facile, lorsqu'il s'agit d'une fracture de membre, se complique lorsqu'il s'agit de prendre en compte une symptomatologie antidépressive évoluant depuis plusieurs années. De plus, l'ITT est peu adapté à la prise en compte de multiples épisodes de violence : faut-il sommer l'ensemble des jours où la victime a présenté une limitation ? Faut-il prendre en compte le dernier épisode uniquement ? Quelle est l'ITT correspondant à un état dépressif caractérisé ou un état de stress post-traumatique ? En effet, notre étude, comme d'autres études réalisées au sein d'UMJ, a mis en avant qu'une part importante des victimes ne présentait pas de lésions physiques, ou des lésions physiques mineures (35). Néanmoins, ces violences ont une répercussion importante sur leur fonctionnement quotidien ainsi que sur leur santé globale. Il apparaît d'autant plus important de prendre le temps d'évaluer ces victimes ainsi que la situation globale des violences et leur retentissement et de détailler cette évaluation dans le certificat puis de fixer le cas échéant une ITT « à minima ». Pour ce faire, une évaluation longue par du personnel médical formé semble indispensable malgré les limites évidentes de cette évaluation.

Par ailleurs, la prise en charge des victimes de violences conjugales présente plusieurs difficultés qui leur sont propres : sur le plan social et juridique (28,29), du fait de la présence d'enfants au sein de la situation de violence, de la prise en charge et de l'évaluation de la santé dans sa globalité (70) et plus particulièrement en ce qui concerne la santé sexuelle et mentale (13).

Tout d'abord comme nous l'avons vu plus haut l'aspect chronique et récidivant de celles-ci, mais également fréquemment des antécédents de violences peuvent constituer un réel état antérieur interférant avec l'évaluation. Des problématiques sociales et matérielles sont également présentes entraînant une difficulté supplémentaire lors de l'évaluation que ce soit par un manque de disponibilité de la patiente ou en raison d'une intrication de l'anxiété en lien avec ces éléments consécutifs de la rupture et ceux qui sont consécutifs des violences. Les violences peuvent également entraîner une aggravation d'un état antérieur psychiatrique notamment dans le cadre d'un état dépressif caractérisé (13).

De plus, la présence d'un enfant dans la relation de violences, victime directe ou indirecte de celles-ci, complique également la prise en charge ; or cette problématique concerne plus des $\frac{3}{4}$ des victimes. À l'heure actuelle, aucune prise en charge spécifique n'est organisée au sein de l'UMJ pour la prise en charge des enfants de ces victimes (pédopsychiatres et pédopsychologues notamment) (66,71). Or la prise en charge conjointe de la mère et de ses enfants diminue la survenue d'état de stress post-traumatique chez les mères comme leurs enfants (72).

Du fait des violences, d'une situation sociale précaire ou de la multiplicité des démarches administratives en lien avec la séparation et des démarches judiciaires en lien avec les violences, ces victimes rapportent fréquemment un manque d'accès aux soins notamment sur le plan gynécologique (36,73). De plus, la situation de violence et parfois de violence sexuelle nécessiterait une prise en charge par des professionnels formés à la prise en charge de victimes de violence afin d'éviter des prises en charge traumatiques entraînant un arrêt de suivi s'avérant également délétère pour la santé globale de ces victimes (73).

Dans le cadre de ce nouveau parcours, il pourrait également s'avérer pertinent de proposer un dépistage et une prise en charge de nombreux syndromes douloureux et symptômes aspécifiques retrouvés chez ces victimes, notamment en cas de facteurs de risque tels que des épisodes de strangulation ou de traumatismes crâniens répétés (13).

Il semble important que le médecin généraliste des victimes puisse être intégré à cette prise en charge. Cela pourrait passer par l'élaboration d'un courrier adressé au médecin traitant avec l'autorisation des victimes ayant bénéficié de cette prise en charge. Ce courrier pourrait permettre une continuité dans les soins et ainsi participer à la réduction des conséquences néfastes des violences notamment sur la santé.

Une autre problématique pouvant être évoquée est la nécessité de l'évaluation de la dangerosité de la situation. En effet, celle-ci était évaluée au cours de la consultation, mais aucune grille d'évaluation standardisée ne permettait la quantification de cet élément. Néanmoins, le signalement de certaines situations présentant une dangerosité importante pourrait être nécessaire notamment en ce qui concerne les consultations libres c'est-à-dire les femmes n'ayant pas eu recours au système judiciaire. La mise en place d'une grille d'évaluation pourrait permettre d'objectiver ces éléments évocateurs d'une situation de « danger immédiat ». En effet suite au Grenelle des violences conjugales organisé au cours de l'année 2019, la notion notamment de « danger immédiat » a été introduite dans le Code pénal dans le cadre du signalement par les médecins de violences concernant la victime majeure (Art. 226-14 alinéa 3).

Enfin, il est également important de noter que du fait même du design de notre étude et des tests utilisés nous avons pu mettre en évidence des résultats statistiquement significatifs, mais n'ayant pas de réalité clinique.

4.4 RÔLE DU MÉDECIN LÉGISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

Contrairement à la représentation collective de la discipline dictée par l'exercice anglo-saxon surreprésenté dans les séries à succès, la médecine légale du vivant constitue la part principale de la médecine légale française, consistant principalement en la rédaction de certificats médico-légaux de constatation de blessures avec détermination d'une ITT au sens pénal du terme. Cette prise en charge est adaptée dans le cadre d'un épisode unique de violence. Mais comme nous l'avons vu plus haut elle apparaît sous-optimale dans le cadre de la prise en charge de violences chroniques telle que les violences conjugales. En effet, de multiples études s'accordent sur le fait que les victimes de violences conjugales nécessitent une prise en charge globale et multidisciplinaire que ce soit sur le plan social, judiciaire ou sanitaire (35).

Le médecin légiste est souvent reconnu comme un intermédiaire entre la justice et la médecine. De plus, il prend en charge des victimes de façon quotidienne et connaît tout particulièrement ces populations. La création du DES de médecine légale en 2017 va entraîner l'apparition d'une génération de spécialistes en médecine légale et le développement de la spécialité. Ces médecins « spécialistes des violences » se trouvent au cœur de la prise en charge des victimes et notamment dans le cadre des problématiques spécifiques posées par les victimes de violences chroniques.

En Seine-Saint-Denis, une structure : « La Maison des femmes » accueille « toutes les femmes vulnérables ou victimes de violence [...] De la demande de contraception en passant par l'IVG, les soins autour d'une excision, d'un viol ou de violences physiques ou psychologiques, dans le cadre familial, conjugal » grâce à « un large réseau de partenaires et diverses permanences associatives » qui permettent « d'orienter les patientes en fonction de leurs besoins, tout en privilégiant la coordination de leurs parcours » (74). Cette structure, adjacente au Centre Hospitalier Delafontaine, est gérée par des professionnelles de la santé (gynécologue-obstétriciens, sages-femmes, chirurgiens, pédiatres, infirmières...) et comprend également des conseillères conjugales et familiales, des assistantes sociales, des sexologues, des psychologues... (74).

La création de structures, lieux d'accueil des victimes de violences chroniques ou des victimes présentant des besoins particuliers, des « maisons de la violence » pourrait permettre une prise en charge plus optimale des victimes notamment sur le plan médical en diminuant l'impact des violences sur la santé (75). Ces lieux pourraient proposer des prises en charge multidisciplinaires selon les besoins de chaque victime avec prise en charge médico-légale, psychologique, des douleurs chroniques, de santé sexuelle et reproductive et la création d'un réseau de professionnels de santé avec possibilité de consultation spécialisée sur des créneaux spécifiques avec des professionnels formés aux spécificités des victimes de violences (21,29). Cela permettrait un lieu unique de prise en charge par différents acteurs, formés spécifiquement à ce type de prise en charge (67) et, pourrait

diminuer la morbidité des violences chroniques sur la victime elle-même ainsi que sur ses enfants le cas échéant (21, 66, 71, 72).

Les médecins et personnels de santé, sont, en effet, souvent identifiés par les victimes comme des personnes de confiance vers qui elles se tournent en première intention dans le cadre d'une situation de violence (13, 29, 76). De plus, les femmes victimes de violence conjugales consomment énormément de soins (13, 29, 33, 77). Or, la plupart des personnels de santé sont peu formés à la prise en charge des victimes et se sentent souvent démunis ou ne savent répondre et prendre en charge ces victimes (68,73). De plus, il peut être difficile à ces femmes de multiplier les acteurs au sein de structures différentes. Des contraintes physiques et matérielles limitent également l'accès aux soins et plus particulièrement en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique ainsi que dans le cadre de suivi de maladies chroniques. De plus, du fait de la difficulté d'aborder la problématique de violence, un quart des victimes de violences n'aurait jamais verbalisé celles-ci (33). Dans la continuité du protocole de « pré-plainte » déjà évoqué, la mise en place d'un parcours de soins spécifiques pourrait faciliter l'accès au système judiciaire aux victimes en permettant une « porte d'entrée » hospitalière tout en favorisant l'accès global aux soins.

Par ailleurs, plusieurs études sont en faveur de l'efficacité de la prise en charge de ces victimes au sein de structures hospitalières avec prise en charge globale de la victime (conseil et accompagnement, mise en place de procédure de sécurité, évaluation des risques...) (14, 21, 29, 77, 78).

Ce type de structure pourrait également permettre d'accompagner les victimes dans leur cheminement jusqu'à la plainte et la sortie de la violence. En effet, un grand nombre de femmes victimes de violences n'ont pas recours à une prise en charge judiciaire (21). Or, une majorité de victimes se présentant à l'UMJ le fait « sur réquisition » après avoir déposé une plainte. De plus, la plupart des UMJ en France ne reçoivent les victimes que sur réquisition judiciaire et un grand nombre de victimes ayant déposé plainte ne seront pas adressées par les forces de l'ordre vers une UMJ. Ces éléments restreignent à la fois l'accès aux soins, mais également l'accès à une prise en charge sociale et judiciaire. Il semble donc important de pouvoir proposer un lieu de prise en charge visible et accessible à l'ensemble des victimes avec des portes d'entrée à la fois dans le cadre d'une procédure pénale, mais également à la suite de soins de premier recours (médecin généraliste, service d'urgence...).

Il est important de développer le rôle du médecin légiste dans la prise en charge globale des victimes de violences notamment des violences chroniques et intrafamiliales. Le médecin légiste s'avère être un acteur et un coordinateur essentiel d'une prise en charge des victimes dans leur globalité au sein d'unités spécialisées, du fait de sa connaissance particulière de ces populations, du système hospitalier ainsi que du système judiciaire. Dans une dynamique de modernisation de la pratique médico-légale, il pourrait être pertinent de former les internes du DES de médecine légale non seulement à la pratique dite « conventionnelle » de médecine légale (constatation, évaluation, certification), mais également plus largement à la prise en charge des victimes, le médecin légiste restant, outre un auxiliaire de la justice, avant tout un médecin.

5 CONCLUSION

Ce travail a mis en évidence certaines caractéristiques des femmes victimes de violences conjugales et consultant au sein d'UMJ, des violences qu'elles subissent et des conséquences de celles-ci. Le parcours que nous avons mis en place apparaît être une amélioration dans la prise en charge et, bien que cela n'ait pas été encore quantifié, a été globalement bien accueilli par les victimes. Deux éléments semblent notamment indispensables dans la prise en charge ; à savoir, le « pré-entretien » infirmier ainsi que le temps de consultation avec prise en compte de la situation de violence dans sa globalité. Néanmoins, les faiblesses et les limites mises en avant mettent en lumière le chemin restant à parcourir pour finalement proposer un lieu de prise en charge des victimes de violences chroniques et, plus particulièrement, dans le cadre intime. De plus, la création d'un diplôme d'études spécialisées en médecine légale a replacé au centre la question du rôle du médecin légiste dans la prise en charge des victimes. Il semble en effet important que les internes du DES de médecine légale et expertises médicales soient tout particulièrement impliqués dans cette prise en charge et, que puisse être ajouté à l'image conventionnelle du médecin légiste, le rôle de médecin-référent dans la prise en charge des victimes de violences.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil



Professeur Docteur ROUGÉ
Service de Médecine Légale
CHU RANGUEIL - TSA 50032
31063 TOULOUSE Cedex 9

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Beauthier J-P. De l'ouverture des corps aux racines de la médecine légale. In: De boeck, editor. *Traité de médecine légale*. 2e édition. 2011. p. 21–4.
2. Salvatore O. Histoire de la médecine légale [Internet]. Université Paris Descartes; 2014. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01416203>
3. Zuberbuhler V. Écrire l'histoire de la médecine légale. *Rev d'Histoire des Sci Hum* [Internet]. 2010;22(1):61. Available from: <http://www.cairn.info/revue-histoire-des-sciences-humaines-2010-1-page-61.htm>
4. Kranioti EF, Grigorescu D, Harvati K. State of the art forensic techniques reveal evidence of interpersonal violence ca. 30,000 years ago. *Petraglia MD*, editor. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jul 3;14(7):e0216718. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0216718>
5. OMS. *Rapport Mondial Sur La Violence Et La Santé*. Gene. 2002.
6. OMS. Thème de santé : Violence [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
7. OMS. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.
8. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* [Internet]. 2002 Nov;23(4):260–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12406480>
9. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012 Sep;75(6):959–75. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953612003838>
10. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *Am J Prev Med*. 2006;
11. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence [Internet]. Available from: www.jamaarchivescme.com
12. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 1997 Jun;20(2):353–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X05703178>
13. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* [Internet]. 2002 Apr;359(9314):1331–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673602083368>
14. Sugg N. Intimate Partner Violence Prevalence, Health Consequences, and Intervention. *Med Clin North Am* [Internet]. 2015 May;99(3):629–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712515000279>
15. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
16. Jaspard M, L'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés*. 2001;(364):1–4.

17. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2019;
18. Observatoire National des Violences faites aux Femmes. Les violences au sein du couple et les
violences sexuelles en France en 2018. Vol. 14, La lettre de l'observatoire national des
violences faites aux femmes. 2019.
19. Zauberman R, Robert P. Les enquêtes de victimation en Europe. *Econ Stat.* 2011;448–449:89–
105.
20. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin J-J, Debout M, Duband S. La précarité est plus fréquente
chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES. *Presse Med* [Internet].
2009 Jun;38(6):881–92. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498209000037>
21. Zijlstra E, Esselink G, Moors ML, LoFoWong S, Hutschemaekers G, Lagro-Janssen A.
Vulnerability and revictimization: Victim characteristics in a Dutch assault center. *J Forensic
Leg Med* [Internet]. 2017 Nov;52:199–207. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1752928X17301178>
22. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for
femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public
Health* [Internet]. 2003 Jul;93(7):1089–97. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12835191>
23. Websdale N. Lethality Assessment Tools: A Critical Analysis. VAWnet Natl Online Resour Cent
Violence Against Women. 2000;
24. Anderson JC, Glass NE, Campbell JC. Conducting Clinically Based Intimate Partner Violence
Research: Safety Protocol Recommendations. *Nurs Res.* 2017;
25. Campbell JC, Webster DW, Glass N. The Danger Assessment. *J Interpers Violence.* 2009
Apr;24(4):653–74.
26. Lefebvre P, Chochois S. Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais : étude prospective
- UMJ de Boulogne-sur-Mer [Internet]. Université de Lille; 2018. Available from:
<http://www.sudoc.fr/230832784>
27. Hofner M-C, Burquier R, Huissoud T, Romain N, Graz B, Mangin P. Characteristics of victims of
violence admitted to a specialized medico-legal unit in Switzerland. *J Forensic Leg Med*
[Internet]. 2009 Jul;16(5):269–72. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1752928X0800245X>
28. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse : mul ti-agency
working. 2014.
29. Spangaro J. What is the role of health systems in responding to domestic violence? An
evidence review. *Aust Heal Rev* [Internet]. 2017;41(6):639. Available from:
<http://www.publish.csiro.au/?paper=AH16155>
30. Johnson MP. Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence.
Violence Against Women [Internet]. 2006 Nov;12(11):1003–18. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17043363>
31. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure of Intimate Partner Violence to Informal Social Support
Network Members. *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. 2014 Jan 24;15(1):3–21. Available
from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838013496335>
32. Levendosky AA, Bogat GA, Theran SA, Trotter JS, Eye A von, Davidson WS. The Social Networks
of Women Experiencing Domestic Violence. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2004

- Sep;34(1–2):95–109. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1023/B:AJCP.0000040149.58847.10>
33. Evans MA, Feder GS. Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: a qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Heal Expect* [Internet]. 2016 Feb;19(1):62–73. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12330>
 34. Ministère de l'intérieur. Rapport d'enquête "cadre de vie et sécurité" 2019 Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. France; 2019.
 35. Cartegnie S, Tournel G. Violences exercées par un partenaire intime : étude descriptive de victimes menée au sein de l'unité de consultations médico-judiciaires du CHRU de Lille [Internet]. Université du droit et de la santé Lille; 2008. Available from: <http://www.sudoc.fr/131225782>
 36. Grant L, Man W, Mason R, Ont T, Moore B, T SJ, et al. Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2005;27(4):389–416.
 37. Koziol-McLain J, Webster D, McFarlane J, Block CR, Ulrich Y, Glass N, et al. Risk factors for femicide-suicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Violence Vict* [Internet]. 2006 Feb;21(1):3–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16494130>
 38. Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, Weintraub S. A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes Among Survivors of Intimate Partner Violence. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2005 Sep;36(1–2):71–84. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1007/s10464-005-6233-6>
 39. BURKE JG, GIELEN AC, McDONNELL KA, O'CAMPO P, MAMAN S. The Process of Ending Abuse in Intimate Relationships. *Violence Against Women* [Internet]. 2001 Oct 30;7(10):1144–63. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10778010122183784>
 40. Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2001 May;43(2):211–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839910000152X>
 41. Agnihotri AK, Agnihotri M, Jeebun N, Purwar B. Domestic violence against women—an international concern. *Torture* [Internet]. 2006;16(1):30–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460345>
 42. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, Varcoe C, Lent B, Wilk P, et al. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med*. 2009;
 43. Weaver TL, Sanders CK, Campbell CL, Schnabel M. Development and preliminary psychometric evaluation of the domestic violence-related financial issues scale (DV-FI). *J Interpers Violence*. 2009;
 44. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2008 Oct;28(7):1222–34. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735808000883>
 45. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2010 Jan 24;18(36):158–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2810%2936533-5>
 46. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* [Internet]. 2010 Apr;81(4):316–22. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782409005228>

47. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;
48. Montoriol R, Savall F. L'analyse spatiale appliquée aux violences faites aux femmes au sein du couple : l'exemple Toulousain [Internet]. Université Paul Sabatier Toulouse; 2017. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1839/>
49. Daron M, Buchaillet C. Démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales suite à leur prise en charge à l'UMJ d'Angers : étude rétrospective de 84 victimes [Internet]. Université d'Angers; 2016. Available from: <http://www.sudoc.fr/19555437X>
50. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Telmon N, Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2017 Feb;46:12–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1752928X16301688>
51. Bontoux E, Ploquin C, Telmon N, Savall F, Gimenez L. Vécu des hommes victimes de violences conjugales : étude qualitative au sein de l'unité médicojudiciaire de Toulouse. *La Rev Médecine Légale* [Internet]. 2020 Sep;11(3):92–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878652920300304>
52. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Report on the First Results. *World Heal Organ*. 2005;55–89.
53. Lechevalier A, Grill S. Les hommes victimes de violences conjugales : étude rétrospective de 2005 à 2014 au sein de l'Unité médico-judiciaire du CHU de Toulouse [Internet]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier; 2016. Available from: <http://www.sudoc.fr/196455065>
54. Raux C, Savall F, Dedouit F, Telmon N, Rougé D. Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. *La Rev Médecine Légale* [Internet]. 2013 Sep;4(3):121–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878652913000461>
55. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Dec 16;11(1):109. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-109>
56. Shidhaye P, Giri P, O'Reilly R, Beale B, Gillies D, Kiely M, et al. Intimate partner violence during pregnancy. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(1):183–97. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3901658&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ijcmph.com/?mno=172761>
57. Kabile J. « Pourquoi ne partent-elles pas ? ». Pouvoirs dans la Caraïbe *Rev du Cent Rech sur les pouvoirs locaux dans la Caraïbe* [Internet]. 2012 Jan 1;(17):161–98. Available from: <http://journals.openedition.org/plc/867>
58. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *J Interpers Violence* [Internet]. 2006 Jul 2;21(7):955–68. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260506289178>
59. ONVF (OBSERVATOIRE NATIONAL CONTRE LES VIOLENCES FAITES A LA FEMME). Violences faites aux femmes : les principales données. Lett l'Observatoire Natl contre les Violences faites à la Femme. 2015;20.

60. Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence , Incidence , and Consequences of Violence Against Women. 2000.
61. Yoshihama M, Horrocks J, Kamano S. Experiences of Intimate Partner Violence and Related Injuries Among Women in Yokohama, Japan. *Am J Public Health* [Internet]. 2007 Feb;97(2):232–4. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2005.078113>
62. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Risk Factors for Physical Injury Among Help-Seeking Battered Women. *Violence Against Women* [Internet]. 2008 Oct 6;14(10):1148–65. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801208323792>
63. Lehti A, Hammarström A, Mattsson B. Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2009 Dec 27;10(1):53. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-53>
64. Hofmann SG, Hinton DE. Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2014 Jun 18;16(6):450. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-014-0450-3>
65. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2006 Dec;64(1–3):21–34. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399105003563>
66. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate Partner Violence and Health Care Costs and Utilization for Children Living in the Home. *Pediatrics* [Internet]. 2007 Dec 1;120(6):1270–7. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1148>
67. Spangaro J, Koziol-McLain J, Zwi A, Rutherford A, Frail M-A, Ruane J. Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Apr;154:45–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953616300879>
68. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What Do Abused Women Expect from Their Family Physicians? A Qualitative Study Among Women in Shelter Homes. *Women Health* [Internet]. 2007 Jun 20;45(1):105–19. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v45n01_07
69. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Dec 3; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005043.pub3>
70. World Health Organization. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. 2013.
71. Hickman LJ, Setodji CM, Jaycox LH, Kofner A, Schultz D, Barnes-Proby D, et al. Assessing programs designed to improve outcomes for children exposed to violence: Results from nine randomized controlled trials. *J Exp Criminol* [Internet]. 2013 Sep 8;9(3):301–31. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11292-013-9174-3>
72. Graham-Bermann SA, Miller LE. Intervention to Reduce Traumatic Stress Following Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial of the Moms' Empowerment Program (MEP). *Psychodyn Psychiatry* [Internet]. 2013 Jun;41(2):329–49. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pdps.2013.41.2.329>
73. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008 Mar;70(3):386–94. Available

from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399107004466>

74. Centre Hospitalier de Seine St Denis. La Maison des femmes [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 4]. Available from: <https://www.lamaisondesfemmes.fr/>
75. Feder G. Responding to intimate partner violence: what role for general practice? *Br J Gen Pract* [Internet]. 2006 Apr;56(525):243–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16611508>
76. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies [Internet]. Available from: <http://phru.nhs.uk/casp>
77. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *J Fam Violence* [Internet]. 2010 May 15;25(4):369–82. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10896-009-9298-4>
78. García-Moreno C, Hegarty K, D’Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* [Internet]. 2015 Apr;385(9977):1567–79. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614618377>

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DE L'UMJ DE TOULOUSE SUR 5 ANS

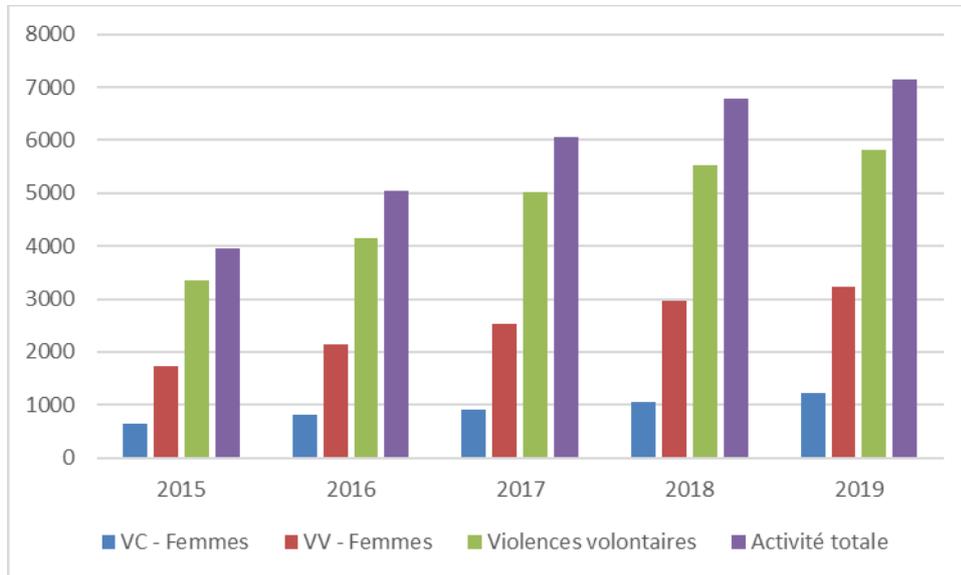


Figure 5 : Représentation graphique de l'évolution de l'activité de l'UMJ au cours des 5 dernières années (VC : violences conjugales ; VV : violences volontaires)

7.2 ANNEXE 2 : FICHE DE CONSULTATION SPÉCIALISÉE

FEMME VICTIME DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

DONNEES ADMINISTRATIVES

N°IEP

Date de l'examen : / / à H

Réquisition : Oui Non **GAV**

NOM: _____

Prénom : _____

NDJ :

Né(e) le : / /

Numéro de téléphone sécurisé : _____

Code :

Intervenants : IDE Psychologue Juriste Médecin Intemes AS Plaquette n° donnée

Accepté d'être recontacté par téléphone dans 3 mois (évaluation téléphonique IDE)

MOTIF DE CONSULTATION

Auteur des violences : Mari PACS Concubin Ami Ex-Mari Ex-PACS Ex-concubin Ex-Ami
 Plus de cohabitation cohabitation jusqu'au dernier épisode cohabitation actuelle

Séparation récente ou projet de séparation : _____ Durée de la relation : _____

Dernier épisode de violence : **Date** : / / **Lieu** :

HISTOIRE DE LA VIOLENCE

Ancienneté : _____ Aggravation : _____ Violence réciproque : _____

Violences Physiques

Utilisation d'une arme réelle ou par destination : _____ Séquestration/tentative

Violences Psychologiques : Insultes Humiliations Menaces Domination Harcèlement Menace de mort

Violences Sexuelles : Viol Pratiques sexuelles imposée Contrainte par peur/éviterment de violence Tentative de viol

Violences Administratives _____

Violences Economiques _____

Description des violences :

Implication d'un tiers dans la situation de violence : _____

Violence lors de(s) grossesse(s) : absence diminution aggravation début pas de modification

Dépistage violence pendant grossesse : oui non ne sait pas Suivi de grossesse : __

Violences / maltraitances antérieures à la relation actuelle : _____

Auteur :

Situation socio-professionnelle : _____

Consommation de toxique : Alcool : cannabis cocaïne mésusage médicamenteux autreFréquence : _____ en lien avec la violence _____

Situation de handicap/problemème de santé chronique/trouble psychiatrique: _____

CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUEStatut marital actuel : mariage/pacs concubinage en couple autre (pas de cohabitation/pas de lien) célibat autre**Situation sociale :** Profession : _____ Ressources : _____ Difficultés liées à la migration :**Logement :** Stable Hébergée Propriétaire avec auteur Locataire avec auteur Mesure d'hébergement urgence SDF logement en zone rurale**Soutien** (famille, amis, collègues) : Entourage présent Entourage informé**Enfant(s) :**Nombre : _____ Age : _____ Dont _____ du couple Vivant au domicile : Enfants témoins des violences _____ Enfants victimes de violences : _____**ETAT DE SANTE**

ATCD médicaux/chirurgicaux : _____ ATCD Gynéco-obstétriques : ____ (G _ P _)

 Contraception _____ Suivi gynécologique régulier : oui nonSituation de Handicap : _____ TTT long cours : _____**ATCD Psychiatrique :** _____ Suivi psychiatre Suivi psychologue En lien avec les violences

Addictions : _____

Médecin traitant :Suivi régulier par MT : oui non MT au courant de la situation : oui nonMT de l'auteur : oui non Initiative du dépistage : _____Proposition de prise en charge : _____ Satisfaction : oui non**CONSEQUENCES DES VIOLENCES**

Douleurs chroniques : _____ Lésions traumatiques anciennes _____

Prise de traitement : _____ Consultations/Hospitalisations : _____

Psycho-sociale : Activité quotidienne Activité de loisir Activité professionnelle / scolaire Relation amicale Relation amoureuse Relation familiale

DOLEANCES SPONTANNEES

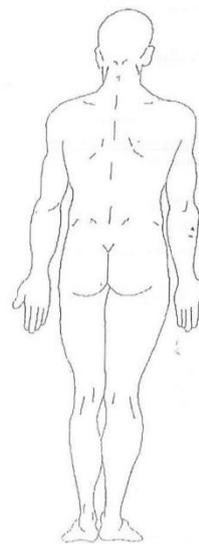
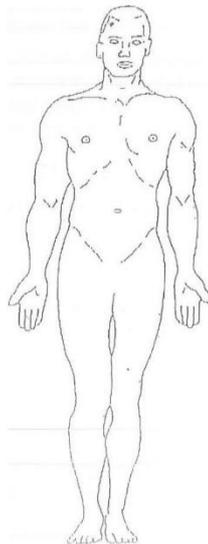
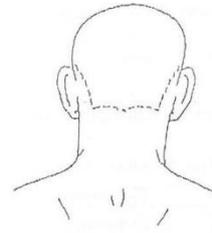
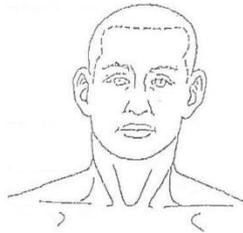
EVALUATION MEDICALE

Retentissement psychologique :

- Anxiété Tristesse Perte de plaisir Idées suicidaires TS Scarifications Emotivité/pleurs
- Honte Culpabilité Dévalorisation Pensées négatives Ruminations anxieuses Trouble de la concentration
- Etat de vigilance Conduites d'évitement Cauchemars Reviviscences Etat dissociatif
- Trouble du sommeil Trouble de l'appétit Trouble de la libido
- Autre _____

Examen physique :

Poids : kg Taille : cm Latéralité : Droitier Gaucher



SYNTHESE

Évaluation du risque ressenti par la victime : _____

Facteurs d'évaluation utilisés par la victime : _____

Critères de vulnérabilité :

Médicaux :

Handicap Pathologie somatique Pathologie psychiatrique TTT Grossesse Autre

Sociaux :

Isolement Enfant à charge Migration Précarité Autre

Critères de dangerosité :

Score d'évaluation du danger : _____ ITT : _____

Orientation :

Accord pour courrier médecin traitant : oui non : _____
Dr _____ à _____

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Urgences	<input type="checkbox"/> Psychiatre
<input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme	<input type="checkbox"/> CeGDD	<input type="checkbox"/> Planning familial
<input type="checkbox"/> Commissariat – Gendarmerie	<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> Association
<input type="checkbox"/> Autre _____		

7.3 ANNEXE 3 : TABLEAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

Tableau 9 : Caractéristiques influant sur la gravité des lésions évaluées (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		ITT > 8J				
		n	valeur	%	χ^2 corrige	p-value corrige
Caractéristiques Victime	Emploi +	169	1	0,6	5,14	0,023
	Emploi -	145	8	5,5		
	Logement stable +	107	3	2,8	0,712	0,398
	Logement stable -	77	5	6,5		
	Isolement +	89	3	3,4	effectifs théoriques < 2,5	
	Isolement -	254	6	2,4		
	Precarite +	66	1	1,5	effectifs théoriques < 2,5	
	Precarite -	277	8	2,9		
	Enfants a charge +	192	2	1	2,98	0,084
	Enfants a charge -	151	7	4,6		
	Migration +	38	2	5,3	0,83	0,362
	Migration -	305	8	2,6		
	Handicap +	13	1	7,7	effectifs théoriques < 2,5	
	Handicap -	268	8	3		
	Grossesse évolutive +	16	1	6,3	effectifs théoriques < 2,5	
	Grossesse évolutive -	329	8	2,4		
	Vulnérabilité médicale +	78	3	3,8	effectifs théoriques < 2,5	
	Vulnérabilité médicale -	267	6	2,2		
	Antécédents de violence +	89	2	2,2	0,19	0,659
	Antécédents de violence -	114	5	4,4		
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	180	6	3,3	0,02	0,885
	Emploi auteur -	104	3	2,9		
	Auteur OH +	100	5	5	0,92	0,336
	Auteur OH -	186	4	2,2		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	116	2	1,7	0,23	0,629
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	212	7	3,3		
	Ex-partenaire	135	4	3	0,0002	0,987
	Partenaire actuel	210	5	2,4		
Caractéristiques des Violences	Violence physique +	321	9	2,8	effectifs théoriques < 2,5	
	Violence physique -	24	0	0		
	Violence psychologique +	322	9	2,8	effectifs théoriques < 2,5	
	Violence psychologique -	23	0	0		
	Violence sexuelle +	84	0	0	effectifs théoriques < 2,5	
	Violence sexuelle -	261	9	3,4		
	Menace de mort +	168	5	3	0,006	0,936
	Menace de mort -	177	4	2,3		
	Violence grossesse +	109	1	0,9	effectifs théoriques < 2,5	
	Violence grossesse -	75	2	2,7		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	56	4	7,1	effectifs théoriques < 2,5	
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	286	5	1,7		
	Durée d'évolution des violences > 1 an	215	4	1,9	effectifs théoriques < 2,5	
	Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	102	5	4,9		
	Durée d'évolution des violences > 5 ans	83	1	1,2	effectifs théoriques < 2,5	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	234	8	3,4			

Tableau 10 : Facteurs influant la présence d'un retentissement psychologique lors de l'évaluation médico-légale (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Retentissement psychologique +				
		n	valeur	%	χ^2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	180	167	92,8	4,85	0,028
	Emploi -	134	114	85,1		
	Logement stable +	107	98	91,6	1,01	0,314
	Logement stable -	77	67	87		
	Isolement +	89	78	87,6	0,16	0,687
	Isolement -	256	220	85,9		
	Precarite +	66	55	83,3	10,22	0,001
	Precarite -	279	243	94,9		
	Enfants a charge +	192	164	85,4	0,34	0,56
	Enfants a charge -	153	134	87,6		
	Migration +	38	28	73,7	5,85	0,016
	Migration -	307	270	87,9		
	Handicap +	13	11	84,6	effectifs théoriques < 2,5	
	Handicap -	332	287	86,4		
	Grossesse évolutive +	16	14	87,5	effectifs théoriques < 2,5	
	Grossesse évolutive -	329	284	86,3		
	Vulnérabilité médicale +	78	72	92,3	3,01	0,083
	Vulnérabilité médicale -	267	226	84,6		
	Antécédents de violence +	89	81	91	0,56	0,454
Antécédents de violence -	114	100	87,7			
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	183	171	93,4	7,49	0,006
	Emploi auteur -	101	84	83,2		
	Auteur OH +	100	93	93	1,45	0,228
	Auteur OH -	183	162	88,5		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	116	93	80,2	6,35	0,012
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	212	191	90,1		
	Ex-partenaire	135	125	92,6	7,28	0,007
	Partenaire actuel	210	173	82,4		
Caractéristiques des Violences	Violence physique +	321	276	86	0,22	0,634
	Violence physique -	24	22	91,7		
	Violence psychologique +	322	282	87,6	4,48	0,034
	Violence psychologique -	23	16	69,6		
	Violence sexuelle +	84	73	86,9	0,03	0,871
	Violence sexuelle -	261	225	86,2		
	Menace de mort +	168	147	87,5	0,35	0,554
	Menace de mort -	177	151	85,3		
	Violence grossesse +	109	94	86,2	2,31	0,129
	Violence grossesse -	75	70	93,3		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	56	49	87,5	0,09	0,768
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	286	246	86		
	Durée d'évolution des violences > 1 an	215	187	87	0,1	0,753
	Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	102	90	88,2		
	Durée d'évolution des violences > 5 ans	83	70	84,3	0,95	0,331
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	234	207	88,5			

Tableau 11 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge médicale par les victimes (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Recours aux soins suite aux violences				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	148	105	70,9	0,99	0,321
	Emploi -	124	81	65,3		
	Logement stable +	91	68	74,7	0,85	0,357
	Logement stable -	69	47	68,1		
	Isolement +	78	54	69,2	0,4	0,528
	Isolement -	219	143	65,3		
	Precarite +	59	38	64,4	0,12	0,727
	Precarite -	238	159	66,8		
	Enfants a charge +	192	119	62	0,52	0,473
	Enfants a charge -	153	89	58,2		
	Migration +	32	17	53,1	2,8	0,094
	Migration -	265	180	67,9		
	Handicap +	11	6	54,5	0,268	0,604
	Handicap -	286	191	66,8		
	Grossesse evolutive +	13	9	69,2	0,005	0,941
	Grossesse evolutive -	284	188	66,2		
	Vulnérabilité médicale +	78	54	69,2	3,37	0,067
	Vulnérabilité médicale -	267	154	57,7		
Antécédents de violence +	79	51	64,6	5,73	0,017	
Antécédents de violence -	102	82	80,4			
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	167	117	70,1	0,82	0,364
	Emploi auteur -	117	76	65		
	Auteur OH +	100	70	70	0,15	0,695
	Auteur OH -	186	126	67,7		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	156	102	65,4	0,48	0,491
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	130	90	69,2		
	Ex-partenaire	119	78	65,5	0,05	0,815
	Partenaire actuel	178	119	66,9		
Caractéristiques des Violences	Violence physique +	276	187	67,8	3,54	0,06
	Violence physique -	21	10	47,6		
	Violence psychologique +	278	186	66,9	0,65	0,421
	Violence psychologique -	19	11	57,9		
	Violence sexuelle +	70	45	64,3	0,17	0,679
	Violence sexuelle -	227	152	67		
	Menace de mort +	168	101	60,1	1,59	0,207
	Menace de mort -	177	118	66,7		
	Violence grossesse +	94	63	67	0,19	0,662
	Violence grossesse -	64	45	70,3		
	Enfant témoin +	136	93	68,4	0	0,952
	Enfant témoin -	53	36	67,9		
	Enfant victime +	44	31	70,5	0,28	0,599
	Enfant victime -	136	90	66,2		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	56	37	66,1	0,2	0,656
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	286	180	62,9		
Durée d'évolution des violences > 1 an	205	133	64,9	0,98	0,323	
Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	73	52	71,2			
Durée d'évolution des violences > 5 ans	80	59	73,8	3,86	0,049	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	237	146	61,6			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	103	75	72,8	2,97	0,085
	Retentissement psychosocial -	194	122	62,9		
	Symptomatologie anxieuse +	210	146	69,5	3,27	0,07
	Symptomatologie anxieuse -	87	51	58,6		
	Symptomatologie depressive +	178	130	73	8,94	0,003
	Symptomatologie depressive -	119	67	56,3		
Trouble fonctions instinctuelles +	218	152	69,7	4,23	0,04	
Trouble fonctions instinctuelles -	79	45	57			

Tableau 12 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge en médecine générale par les victimes (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Recours au médecin généraliste suite aux violences				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	131	71	54,2	4,36	0,037
	Emploi -	106	43	40,6		
	Logement stable +	79	39	49,4	3,56	0,059
	Logement stable -	52	17	32,7		
	Isolement +	65	29	44,6	0,3	0,585
	Isolement -	175	85	48,6		
	Precarite +	45	17	37,8	2,1	0,147
	Precarite -	195	97	49,7		
	Enfants a charge +	155	81	52,3	3,97	0,046
	Enfants a charge -	85	33	38,8		
	Migration +	20	8	40	0,49	0,483
	Migration -	220	106	48,2		
	Handicap +	8	4	50	0,046	0,828
	Handicap -	232	110	47,4		
	Grossesse evolutive +	11	3	27,3	1,89	0,169
	Grossesse evolutive -	229	111	48,5		
	Vulnérabilité médicale +	55	28	50,9	0,33	0,564
Vulnérabilité médicale -	185	86	46,5			
Antécédents de violence +	75	29	38,7	4,34	0,037	
Antécédents de violence -	95	52	54,7			
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	139	70	50,4	1,37	0,242
	Emploi auteur -	94	40	42,6		
	Auteur OH +	83	36	43,4	0,86	0,355
	Auteur OH -	153	76	49,7		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	130	63	48,5	0,08	0,784
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	105	49	46,7		
	Ex-partenaire	94	45	47,9	0,01	0,926
	Partenaire actuel	146	69	47,3		
Caractéristiques des Violences	Agravation +	143	59	41,3	11,45	0,001
	Agravation -	39	28	71,8		
	Violence physique +	230	108	47	0,235	0,627
	Violence physique -	10	6	60		
	Violence psychologique +	233	110	47,2	0,018	0,893
	Violence psychologique -	7	4	57,1		
	Violence sexuelle +	53	25	47,2	0	0,957
	Violence sexuelle -	187	89	47,6		
	Menace de mort +	130	53	40,8	5,15	0,023
	Menace de mort -	110	61	55,5		
	Violence grossesse +	90	41	45,6	1,05	0,306
	Violence grossesse -	63	34	54		
	Enfant témoin +	127	71	55,9	1,43	0,232
	Enfant témoin -	46	21	45,7		
	Enfant victime +	42	28	66,7	4,77	0,029
	Enfant victime -	127	60	47,2		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	34	22	64,7	4,49	0,034
Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	204	92	45,1			
Durée d'évolution des violences > 1 an	167	86	51,5	3,52	0,061	
Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	66	25	37,9			
Durée d'évolution des violences > 5 ans	65	41	63,1	8,61	0,003	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	168	70	41,7			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	91	51	56	4,29	0,038
	Retentissement psychosocial -	149	63	42,3		
	Symptomatologie anxieuse +	180	86	47,8	0,02	0,881
	Symptomatologie anxieuse -	60	28	46,7		
	Symptomatologie dépressive +	160	81	50,6	1,88	0,17
	Symptomatologie dépressive -	80	33	41,3		
	Trouble fonctions instinctuelles +	193	93	48,2	0,19	0,666
Trouble fonctions instinctuelles -	47	21	44,7			

Tableau 13 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge dans un service d'urgences par les victimes (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Consultation aux urgences suite aux violences				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	169	35	20,7	1,32	0,25
	Emploi -	145	38	26,2		
	Logement stable +	107	28	26,2	6,26	0,012
	Logement stable -	176	25	14,2		
	Isolement +	89	29	32,6	5,94	0,015
	Isolement -	256	51	19,9		
	Precarite +	66	22	33,3	4,72	0,03
	Precarite -	279	58	20,8		
	Enfants a charge +	192	36	18,8	4,79	0,029
	Enfants a charge -	153	44	28,8		
	Migration +	38	8	21,1	0,11	0,741
	Migration -	307	72	23,5		
	Handicap +	13	4	30,8	0,11	0,745
	Handicap -	332	76	22,9		
	Grossesse evolutive +	16	5	31,3	0,23	0,632
	Grossesse evolutive -	329	75	22,8		
	Vulnérabilité médicale +	78	23	29,5	2,25	0,134
	Vulnérabilité médicale -	267	57	21,3		
Antécédents de violence +	89	21	23,6	0,52	0,471	
Antécédents de violence -	114	32	28,1			
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	167	36	21,6	2,09	0,149
	Emploi auteur -	117	34	29,1		
	Auteur OH +	100	31	31	2,77	0,096
	Auteur OH -	186	41	22		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	116	20	17,2	4,6	0,032
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	212	59	27,8		
	Ex-partenaire	135	32	23,7	0,03	0,856
	Partenaire actuel	210	48	22,9		
Caractéristiques des Violences	Agravation +	176	46	26,1	0,37	0,541
	Agravation -	46	10	21,7		
	Violence physique +	321	80	24,9	7,79	0,005
	Violence physique -	24	0	0		
	Violence psychologique +	322	74	23	0,12	0,733
	Violence psychologique -	23	6	26,1		
	Violence sexuelle +	84	20	23,8	0,02	0,877
	Violence sexuelle -	261	60	23		
	Menace de mort +	168	37	22	0,25	0,618
	Menace de mort -	177	43	24,3		
	Violence grossesse +	109	23	21,1	0,75	0,386
	Violence grossesse -	75	12	16		
	Enfant témoin +	152	30	19,7	0,71	0,399
	Enfant témoin -	60	15	25		
	Enfant victime +	51	7	13,7	2,01	0,156
	Enfant victime -	152	35	23		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	56	8	14,3	3,01	0,078
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	286	72	25,2		
Durée d'évolution des violences > 1 an	215	45	20,9	2,76	0,097	
Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	102	30	29,4			
Durée d'évolution des violences > 5 ans	83	15	18,1	1,94	0,163	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	234	60	25,6			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	114	28	24,6	0,18	0,671
	Retentissement psychosocial -	231	52	22,5		
	Symptomatologie anxieuse +	240	56	23,3	0,01	0,923
	Symptomatologie anxieuse -	105	24	22,9		
	Symptomatologie depressive +	196	58	29,6	10,45	0,001
	Symptomatologie depressive -	149	22	14,8		
	Trouble fonctions instinctuelles +	248	58	23,4	0,02	0,889
Trouble fonctions instinctuelles -	97	22	22,7			

Tableau 14 : Facteurs influençant le recours à une prise en charge psychologique ou psychiatrique à la suite des violences (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Suivi psychiatrique ou psychologique en lien avec les violences				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	166	46	27,7	4,03	0,045
	Emploi -	144	26	18,1		
	Logement stable +	52	25	48,1	0,03	0,87
	Logement stable -	28	14	50		
	Isolement +	41	20	48,8	0,44	0,507
	Isolement -	102	56	54,9		
	Precarite +	20	12	60	0,44	0,508
	Precarite -	123	64	52		
	Enfants a charge +	80	52	65	10,25	0,001
	Enfants a charge -	63	24	38,1		
	Migration +	9	7	77,8	1,4	0,236
	Migration -	134	69	51,5		
	Handicap +	8	0	0	7,48	0,006
	Handicap -	135	76	56,3		
	Grossesse evolutive +	6	2	33,3	0,331	0,564
	Grossesse evolutive -	137	74	54		
	Vulnérabilité médicale +	49	19	38,8	6,18	0,013
	Vulnérabilité médicale -	94	57	60,6		
	Antécédents de violence +	57	19	35,3	9,61	0,002
Antécédents de violence -	47	30	63,8			
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	75	44	58,7	2,26	0,133
	Emploi auteur -	49	22	44,9		
	Auteur OH +	42	19	45,2	1,63	0,202
	Auteur OH -	82	47	57,3		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	181	17,7	17,7	6,2	0,013
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	143	29,4	29,4		
	Ex-partenaire	132	29	22	0,01	0,911
	Partenaire actuel	209	47	22,5		
Caractéristiques des Violences	Agravation +	79	41	51,9	0,73	0,392
	Agravation -	14	9	64,3		
	Violence physique +	133	69	51,9	0,606	0,436
	Violence physique -	10	7	70		
	Violence psychologique +	136	71	52,2	0,366	0,544
	Violence psychologique -	7	5	71,4		
	Violence sexuelle +	38	22	57,9	0,47	0,494
	Violence sexuelle -	105	54	51,4		
	Menace de mort +	62	31	50	0,44	0,509
	Menace de mort -	81	45	55,6		
	Violence grossesse +	48	30	62,5	0,03	0,863
	Violence grossesse -	33	20	60,6		
	Enfant témoin +	64	40	62,5	0,96	0,327
	Enfant témoin -	29	15	51,7		
	Enfant victime +	26	17	65,4	0,52	0,471
	Enfant victime -	63	36	57,1		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	110	59	53,6	0,05	0,83
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	33	17	51,5		
	Durée d'évolution des violences > 1 an	103	60	58,3	6,71	0,01
Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	29	9	31			
Durée d'évolution des violences > 5 ans	50	32	64	4,44	0,035	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	82	37	45,1			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	59	39	66,1	6,77	0,009
	Retentissement psychosocial -	84	37	44		
	Symptomatologie anxieuse +	108	63	58,3	4,77	0,029
	Symptomatologie anxieuse -	35	13	37,1		
	Symptomatologie dépressive +	105	55	52,4	0,09	0,76
	Symptomatologie dépressive -	38	21	55,3		
	Trouble fonctions instinctuelles +	112	62	55,4	1,01	0,314
Trouble fonctions instinctuelles -	31	14	45,2			

Tableau 15 : Facteurs facilitants ou limitants un entretien avec une juriste au sein de l'UMJ (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Entretien avec une juriste au sein de l'UMJ				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	169	57	33,7	0,07	0,788
	Emploi -	145	51	35,2		
	Logement stable +	107	36	33,6	0,04	0,841
	Logement stable -	77	27	35,1		
	Isolement +	89	34	38,2	1,8	0,18
	Isolement -	256	78	30,5		
	Precarite +	66	24	36,4	0,57	0,452
	Precarite -	279	88	31,5		
	Enfants a charge +	192	68	35,4	1,72	0,189
	Enfants a charge -	153	44	28,8		
	Migration +	38	9	23,7	1,5	0,22
	Migration -	307	103	33,6		
	Handicap +	13	3	23,1	0,189	0,663
	Handicap -	332	109	32,8		
	Grossesse evolutive +	16	8	50	2,35	0,125
	Grossesse evolutive -	329	104	31,6		
	Vulnérabilité médicale +	78	27	34,6	0,21	0,645
	Vulnérabilité médicale -	267	85	31,8		
	Antécédents de violence +	89	32	36	1,3	0,255
	Antécédents de violence -	114	50	43,9		
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	167	62	37,1	3,21	0,073
	Emploi auteur -	178	50	28,1		
	Auteur OH +	100	36	36	0,8	0,37
	Auteur OH -	245	76	31		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	182	58	31,9	0,51	0,475
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	146	52	35,6		
	Ex-partenaire	135	44	32,6	0	0,967
	Partenaire actuel	210	68	32,4		
Caractéristiques des Violences	Agravation +	176	62	35,2	1,07	0,302
	Agravation -	46	20	43,5		
	Violence physique +	321	106	33	0,66	0,418
	Violence physique -	24	6	25		
	Violence psychologique +	322	106	32,9	0,46	0,499
	Violence psychologique -	23	6	26,1		
	Violence sexuelle +	84	27	32,1	0,01	0,942
	Violence sexuelle -	261	85	32,6		
	Menace de mort +	168	60	35,7	1,58	0,209
	Menace de mort -	177	52	29,4		
	Violence grossesse +	109	45	41,3	1,19	0,275
	Violence grossesse -	75	25	33,3		
	Enfant témoin +	152	59	38,8	0,95	0,331
	Enfant témoin -	60	19	31,7		
	Enfant victime +	51	24	47,1	2,41	0,121
	Enfant victime -	152	53	34,9		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	59	16	27,1	0,93	0,336
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	286	96	33,6		
	Durée d'évolution des violences > 1 an	236	84	35,6	1,4	0,237
	Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	81	23	28,4		
Durée d'évolution des violences > 5 ans	132	36	27,3	2,63	0,105	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	213	76	35,7			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	114	46	40,4	4,83	0,028
	Retentissement psychosocial -	231	66	28,6		
	Symptomatologie anxieuse +	240	86	35,8	4,08	0,043
	Symptomatologie anxieuse -	105	26	24,8		
	Symptomatologie depressive +	196	79	40,3	12,78	<0,001
	Symptomatologie depressive -	149	33	22,1		
	Trouble fonctions instinctuelles +	248	87	35,1	2,76	0,097
Trouble fonctions instinctuelles -	97	25	25,8			

Tableau 16 : Facteurs facilitant ou limitant l'accès à une consultation psychologique au sein de l'UMJ (le signe « + » marque la présence d'un facteur et le signe « - » son absence)

		Consultation psychologue UMJ				
		n	valeur	%	Chi-2	p-value
Caractéristiques Victime	Emploi +	169	19	11,2	0,47	0,495
	Emploi -	145	20	13,8		
	Logement stable +	107	13	12,1	0,03	0,865
	Logement stable -	77	10	13		
	Isolement +	89	14	15,7	1,69	0,193
	Isolement -	256	27	10,5		
	Precarite +	66	11	16,7	1,78	0,182
	Precarite -	279	30	10,8		
	Enfants a charge +	192	15	7,8	6,85	0,009
	Enfants a charge -	153	26	17		
	Migration +	38	6	15,8	0,273	0,601
	Migration -	307	35	11,4		
	Handicap +	13	1	7,7	effectifs théoriques <2,5	
	Handicap -	332	40	12		
	Grossesse evolutive +	16	4	25	effectifs théoriques <2,5	
	Grossesse evolutive -	329	37	11,2		
	Vulnérabilité médicale +	78	12	15,4	1,18	0,277
	Vulnérabilité médicale -	267	29	10,9		
	Antécédents de violence +	89	13	14,6	1,18	0,278
	Antécédents de violence -	114	11	9,6		
Caractéristiques Auteur	Emploi auteur +	167	20	12	0,4	0,529
	Emploi auteur -	117	17	14,5		
	Auteur OH +	100	12	12	0,01	0,928
	Auteur OH -	186	23	12,4		
Caractéristiques Relation	Cohabitation lors de la consultation UMJ +	182	19	10,4	0,82	0,365
	Cohabitation lors de la consultation UMJ -	146	20	13,7		
	Ex-partenaire	135	16	11,9	0	0,988
	Partenaire actuel	210	25	11,9		
Caractéristiques des Violences	Agravation +	176	18	10,2	0,07	0,778
	Agravation -	46	6	13		
	Violence physique +	321	38	11,8	0,053	0,817
	Violence physique -	24	3	12,5		
	Violence psychologique +	322	39	12,1	0,024	0,876
	Violence psychologique -	23	2	8,7		
	Violence sexuelle +	84	12	14,3	0,61	0,434
	Violence sexuelle -	261	29	11,1		
	Menace de mort +	168	20	11,9	0	0,991
	Menace de mort -	177	21	11,9		
	Violence grossesse +	109	14	12,8	1,08	0,3
	Violence grossesse -	75	6	8		
	Enfant témoin +	152	19	12,5	1,51	0,219
	Enfant témoin -	60	4	6,7		
	Enfant victime +	51	6	11,8	0,01	0,91
	Enfant victime -	152	17	11,2		
	Délai de consultation UMJ > 10 J	286	31	10,8	2,19	0,139
	Délai de consultation UMJ ≤ 10 J	56	10	17,9		
	Durée d'évolution des violences > 1 an	236	34	14,4	1,78	0,182
	Durée d'évolution des violences ≤ 1 an	81	7	8,6		
Durée d'évolution des violences > 5 ans	104	16	15,4	0,83	0,364	
Durée d'évolution des violences ≤ 5 ans	213	25	11,7			
Retentissement des violences	Retentissement psychosocial +	114	16	14	0,75	0,386
	Retentissement psychosocial -	231	25	10,8		
	Symptomatologie anxieuse +	240	35	14,6	5,49	0,019
	Symptomatologie anxieuse -	105	6	5,7		
	Symptomatologie depressive +	196	28	14,3	2,5	0,114
	Symptomatologie depressive -	149	13	8,7		
	Trouble fonctions instinctuelles +	248	36	14,5	5,84	0,016
Trouble fonctions instinctuelles -	97	5	5,2			

AUTEUR : Agathe BASCOU

TITRE : FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : APPORT D'UNE CONSULTATION DE MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT DANS LA PRISE EN CHARGE

DIRECTEUR DE THÈSE : Frédéric SAVALL

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 19 octobre 2020

Résumé en français :

Les violences conjugales représentent une part majeure des violences faites aux femmes. En France, les médecins légistes reçoivent ces victimes dans le cadre d'une activité de certification.

Une consultation spécialisée destinée aux femmes victimes de violences conjugales a été mise en place au sein de l'UMJ de Toulouse. Des données relatives à ces violences ont été recueillies et analysées.

L'association de violences physiques et psychologiques était retrouvée chez 87 % des victimes. 66 % des victimes présentaient des lésions physiques et 86 % un retentissement psychologique. 78 % des victimes présentaient des critères de vulnérabilité sociale ou médicale. 63 % des victimes avaient bénéficié d'une prise en charge médicale.

Cette consultation représente une amélioration dans la prise en charge des victimes. Un lieu unique de prise en charge sur le plan de la santé, juridique et social pourrait permettre de limiter les répercussions des violences.

Titre et résumé en anglais :

WOMEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE: PROVIDING SUPPORT IN THE CONTEXT OF A FORENSIC MEDICINE CONSULTATION

Intimate partner violence is a major contributor to violence against women. In France, forensic doctors generally see the victims as they certify the injuries sustained.

In Toulouse, the Forensic Unit established an innovative program to examine and support women victims of intimate partner violence. In addition, the initiative collected and analysed important data on domestic violence.

87 % of the women examined during our study had been subjected to both physical and psychological violence. 66 % of the victims exhibited physical injuries while 86 % exhibited psychological symptoms. 78 % were found to be medically or socially vulnerable. Finally, 63 % of the victims had received medical care prior to their examination in the framework of our program.

Already, our consultation enhances the support and care provided to women subjected to intimate partner violence. To further minimize the consequences of this violence, we recommend that a hospital-based local entry point be established to facilitate the victims' access to medical care, legal assistance and social support.

Mots-clés : violence conjugale, violence domestique, violence du partenaire intime, femmes battues, femmes victimes de violence, unité médico-judiciaire, médecine légale, médecin légiste, violences faites aux femmes, santé des femmes, victimologie, violences volontaires

Keywords : intimate partner violence, woman victim of violence, woman's health, forensic medicine, domestic violence, battered woman.

Discipline administrative : MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Université Toulouse III — Paul Sabatier — Faculté de Médecine Toulouse-Purpan — 37 Allée Jules Guesde — 31000 TOULOUSE — France