

2015-2016

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MEDECINE GENERALE**

**DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES  
FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
CONJUGALES SUITE A LEUR PRISE EN  
CHARGE A L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE  
D'ANGERS :**

**ETUDE RETROSPECTIVE DE 84 VICTIMES**

**DARON Marine**

Née le 3 septembre 1985 à Lille (59)

Sous la direction de Madame le Docteur Céline BUCHAILLET

Membres du jury

Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART | Président

Madame le Docteur Céline BUCHAILLET | Directeur

Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ | Membre

Madame le Professeur Céline BARON-HAURY | Membre

Soutenue publiquement le :  
19 avril 2016



UFR SANTÉ

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DARON Marine  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire cette thèse.

signé par l'étudiante le 15 mars 2016

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR** : Pr Isabelle Richard

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Nicolas Lerolle

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline  
TRICAUD Anne  
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion  
Biologie cellulaire  
Pharmacologie

Médecine  
Pharmacie  
Médecine

### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane  
AUTRET Erwan  
BRUNOIS-DEBU Isabelle  
CAVAILLON Pascal  
CHIKH Yamina  
FISBACH Martine  
LAFFILHE Jean-Louis  
LETERTRE Elisabeth  
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique  
Anglais  
Anglais  
Pharmacie Industrielle  
Économie-Gestion  
Anglais  
Officine  
Coordination ingénierie de formation  
Anglais

Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine

A toi Céline, merci pour ton amitié et pour avoir accepté de diriger ce travail malgré la distance. Merci pour le temps que tu y as consacré.

Au Professeur Clotilde Rougé-Maillart, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et d'avoir cru en moi.

Aux Professeurs Jean-François Huez et Céline Baron-Haury, merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci à toute l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers pour le semestre passé avec vous : Nathalie, Arnaud, Damien, Anne-Cécile, Stéphane, Michel, Céline D... Petit clin d'œil particulier aux IDE sur qui repose l'essentiel de ce travail.

Merci aux Docteurs François Morin et Jean-Marc Fourrier de m'avoir transmis leur passion pour la médecine générale.

Une pensée particulière aux équipes hospitalières Mayennaises et à tous mes Maîtres de stage pour leurs précieux enseignements.

Merci à mes amis et co-internes d'Angers : Stan, Matthieu, Monia, Marie, Eric...

A mes amis et co-externes de Lille (Pauline, Elisa, Marif, PO, Timal...), même si la distance nous sépare, vous êtes toujours dans mon cœur.

A Béné, Clem, Lucie et Maud. Vous êtes géniales les filles, ne changez rien !

A toi Aurélie, merci pour ta précieuse amitié et pour m'avoir fait découvrir ta belle Bretagne.

A toi Mathilde, ma tarsière, merci pour tous ces moments d'anthologie passés ensemble, « *OATP* » !

A mes parents, merci d'avoir toujours été là et de m'avoir encouragée tout au long de ces études. Votre soutien et votre amour inconditionnels m'ont permis de franchir beaucoup d'épreuves.

A mes grands-parents et à toute ma famille, merci d'avoir toujours été présents.

A François, mon frère, avec qui je partage bien plus qu'un patrimoine génétique et une passion pour ce vieux Chester. Merci pour ton humour, ton courage et ton sens affûté de la dérision! A toi Liisa, merci pour ta joie de vivre.

Damien, merci de partager ma vie, tout simplement. Sans toi, il n'y aurait jamais eu de thèse, mais le mystère persiste encore : « *elles sont où ?* ». C'est toi mon billet gagnant à la loterie (avec le Sumac bien sûr) !

# **PLAN**

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

## **INTRODUCTION**

## **MATERIEL ET METHODE**

1. MATERIEL-POPULATION
2. METHODE

## **RESULTATS**

1. ACCUEIL IDE
2. EXAMEN MEDICO-LEGAL
3. EVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE
4. ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF REALISE PAR L'IDE
5. ENTRETIEN TELEPHONIQUE DE SYNTHESE

## **DISCUSSION**

1. DONNEES DE LA LITTERATURE
2. LIMITES DE NOTRE ETUDE
3. DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES VICTIMES AVANT LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ
4. ORIENTATIONS PROPOSEES PAR LES IDE LORS DE LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ
5. DEMARCHES EFFECTUEES PAR LES VICTIMES A L'ISSUE DE LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

- AAVAS : Association d'aide aux victimes d'abus sexuels
- ADAVEM 49 : Association d'aide aux victimes et de médiation du Maine-et-Loire
- ALF : Allocation logement familial
- APL : Aide pour le logement
- APTIRA : Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers
- BAV : Bureau d'aide aux victimes
- CAF : Caisse d'allocations familiales
- CH : Centre hospitalier
- CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CMU : Couverture maladie universelle
- CNIDFF : Centre national d'information des droits des femmes et des familles
- DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
- ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
- FNSF : Fondation nationale solidarité femmes
- HAS : Haute autorité de santé
- HLM : Habitation à loyer modéré
- IDE : Infirmière diplômée d'Etat
- INHESJ : Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice
- ITT : Incapacité totale de travail
- MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- OMS : organisation mondiale de la santé
- ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
- PAJE : Prestation d'accueil du jeune enfant
- RSA : Revenu de solidarité active
- SPIFEV : Service pour les professionnels d'information femmes et violences
- TGI : Tribunal de grande instance
- UMJ : Unité médico-judiciaire

# INTRODUCTION

La violence conjugale est un problème majeur de santé publique [1] qui touche tous les milieux, tous les âges et les deux sexes, mais majoritairement les femmes (95 % des cas) [2, 3]. C'est un processus insidieux évoluant par cycles, qui augmentent en intensité et en fréquence au cours du temps [4] (annexes 1, 2, 3). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la décrit 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* » [5].

En 2013 dans le monde, près d'un tiers des femmes ayant eu au moins une relation de couple a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire ou ex-partenaire intime [6].

En France, une femme sur dix est concernée [7], 38 % des homicides commis sur des femmes le sont par leur conjoint ou ex-conjoint. Cent dix-huit femmes ont été tuées en 2014 par leur partenaire ou ex-partenaire intime, soit une femme tous les trois jours en moyenne [8, 9].

Sur la base d'enquêtes de victimation, on estime que chaque année, 223 000 femmes [10] sont victimes de violences conjugales graves (violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint). Parmi elles 14 % seulement déposent plainte [11].

Les violences conjugales affectent profondément et durablement la santé des femmes victimes [12]. Elles perdent une à quatre années de vie en bonne santé [13] et leurs dépenses médicales annuelles sont doublées par rapport à celles de la population générale [14].

Les répercussions économiques sont considérables : 3,6 milliards d'euros en France en 2012, soit 10 millions d'euros par jour [15].

Les répercussions des violences sur la santé des femmes, à court comme à long terme, sont encore aggravées par la proximité avec l'agresseur, la combinaison de plusieurs formes de violences (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques...) et leur installation dans la durée. Ces conséquences sur la santé des femmes victimes peuvent ainsi être classées en quatre grandes catégories [16] :

1. les traumatismes physiques aigus ou immédiats ;

2. l'impact sur la santé psychique, et le développement de comportements à risque chez la victime ;
3. les conséquences sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale des femmes ;
4. les maladies chroniques, dont le risque de déséquilibre ou de décompensation peut être augmenté par les violences.

Tout acte de violence conjugale est une violation majeure des droits de la femme. En 2004, le gouvernement a élaboré un plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier les violences exercées dans le cadre conjugal. La réponse ministérielle s'est traduite notamment par la mise en place de plans triennaux spécifiques. Les deux premiers, intitulés : « *10 mesures pour l'autonomie des femmes. 2005-2007* » [17] et « *12 objectifs pour combattre les violences faites aux femmes. 2008-2010* » [18] ont permis de lever le tabou des violences intrafamiliales, d'accompagner les femmes et leurs enfants dans leurs démarches d'autonomisation financière et d'accès au logement, et de former les professionnels concernés. Le plan d'action triennal 2011-2013 intitulé « *protection, prévention, solidarité* » [19] a permis la création de « référents violences » et de lieux de visite enfants/auteurs de violences, la poursuite de la formation des professionnels et la responsabilisation de l'ensemble de la société par des campagnes d'information. Le dernier plan d'action triennal 2014-2016 [20], dans la continuité des précédents, s'articule autour de trois priorités:

1. organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse ;
2. protéger les victimes, via le renforcement de l'ordonnance de protection (relative à la protection des victimes, même sans dépôt de plainte, intervenant plus rapidement, durant plus longtemps et couvrant mieux les enfants [21, 22] ), la mise en place du téléphone grand danger et l'organisation de la réponse pénale ;
3. mobiliser l'ensemble de la société, l'ensemble des services publics et des professionnels.

Malgré les évolutions médico-sociales [16, 23] et législatives [22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30] relatives à la santé et aux droits des femmes, sortir du cycle des violences conjugales demeure un processus long et complexe. Cette problématique implique une prise en charge multidisciplinaire, à la fois médico-psychologique, sociale et juridique. Pour aider les

professionnels de la santé et de la justice à prendre en charge les victimes, l'existence de structures dédiées demeure incontournable.

Les avancées législatives concernant les violences conjugales s'intégraient par ailleurs dans un contexte d'évolution des politiques pénales relatives aux violences, engendrant ainsi un accroissement du nombre d'exams de victimes sur réquisition. De manière concomitante, la réforme du schéma organisationnel de la médecine légale [31] a introduit la création de postes d'infirmières diplômées d'Etat (IDE), d'assistantes sociales et de psychologues dans les unités médico-judiciaires (UMJ), afin de favoriser une prise en charge globale des victimes. Le service de médecine légale du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers s'est saisi de cette opportunité pour améliorer plus spécifiquement la prise en charge des victimes de violences conjugales. Cette volonté s'est traduite par la mise en place d'un circuit spécifique pour ces victimes et l'organisation de multiples actions de formations des professionnels sur cette thématique [16].

Par ailleurs, le CHU d'Angers a signé avec les autres acteurs du département impliqués dans la lutte contre les violences faites aux femmes (structures étatiques, collectivités territoriales, organismes et bailleurs sociaux, caisse d'allocations familiales, ordre national des avocats du barreau, associations et établissements de formations...) le « *protocole de prévention et de lutte contre les violences envers les femmes du Maine-et-Loire 2013-2014* » [32]. Par ce protocole, il s'engage, avec les professionnels précités à participer à un réseau d'acteurs départementaux visant une plus grande efficacité dans les réponses apportées pour lutter contre les violences conjugales dans leur globalité (sanitaire, sociale et juridique).

Le parcours d'une femme victime de violences conjugales au sein de l'UMJ d'Angers peut être résumé de la façon suivante :

- Suite à un dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, un examen médico-légal sur réquisition judiciaire est proposé.
- Dans un premier temps la victime est accueillie par une IDE qui recueille ses données administratives (identité, situation familiale et professionnelle), médico-psychologiques (antécédents médico-chirurgicaux, psycho-traumatiques, traitement éventuel), le contexte général de l'infraction (date, lieu, agresseur), ainsi que ses doléances. L'ensemble de son parcours et les violences subies antérieurement sont récapitulés afin de mettre en évidence d'éventuelles agressions, notamment sexuelles,

qui ne feraient pas l'objet de la plainte. Avec l'accord de la victime, ces violences passées sont portées à la connaissance des autorités.

- Puis, chaque femme bénéficie d'un examen médico-légal complet par un médecin légiste permettant la description des lésions et l'évaluation de l'impact physique et psychologique des violences. Il se prononce sur la compatibilité des lésions avec les faits allégués et détermine la durée d'incapacité totale de travail (ITT) [33]. L'ITT est un terme juridique reflétant la gêne dans les actes de la vie quotidienne résultant d'une agression. Au terme de cet examen le médecin légiste peut, s'il le juge nécessaire, orienter la victime vers un ou des spécialistes (médecin spécialiste, chirurgien, psychiatre...), afin qu'elle bénéficie de soins ou d'explorations complémentaires.
- A la demande du médecin légiste, lorsque la symptomatologie de la victime le justifie, une évaluation du retentissement psychologique par une psychologue formée sur les violences faites aux femmes est ensuite réalisée. Cette consultation est primordiale pour les violences ayant un impact uniquement psychologique (menaces, harcèlement...).
- Enfin, la victime bénéficie d'un entretien semi-directif avec l'IDE présente à son accueil, afin de l'orienter vers l'assistante sociale de l'UMJ et/ou les associations partenaires spécialisées : association d'aide aux victimes et de médiation du Maine-et-Loire (ADAVEM 49), centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF), SOS Femmes...
- Avec son accord, la victime est recontactée par l'IDE une semaine à un mois plus tard, afin d'effectuer un entretien téléphonique permettant la synthèse des démarches entreprises. Cet entretien est réalisé à une date précise choisie par la victime, en l'absence de l'agresseur.

L'objectif de ce travail est de décrire, à partir des entretiens téléphoniques de synthèse, les démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales, suite à leur prise en charge pluridisciplinaire à l'UMJ.

# **MATERIEL ET METHODE**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales, suite à leur prise en charge à l'UMJ du service de médecine légale du CHU d'Angers.

## **1. Matériel-Population**

Les sujets analysés correspondaient aux victimes de sexe féminin, examinées sur réquisition judiciaire, qui se sont présentées à l'UMJ sur une période de 25 mois du 1er mai 2013 au 31 mai 2015 et qui ont bénéficié d'une prise en charge globale, à savoir :

- l'accueil et l'entretien semi-directif avec l'IDE,
- l'examen médico-légal réalisé par le médecin légiste,
- la consultation avec la psychologue (si elle avait eu lieu),
- l'entretien téléphonique de synthèse réalisé à distance par l'IDE.

Les critères d'exclusion comprenaient:

- les examens réalisés sans réquisition judiciaire (consultations ambulatoires des IDE ou interventions des IDE dans les divers services du CHU d'Angers),
- les examens réalisés par les médecins légistes dans les centres hospitaliers (CH) de Saumur et Cholet (pour lesquels les victimes ne bénéficiaient pas de la prise en charge paramédicale),
- les patientes mineures,
- les dossiers incomplets ou ininterprétables (caractérisés par la présence de données contradictoires).

Les dossiers des majeures protégées (tutelle ou curatelle) n'ont pas été exclus.

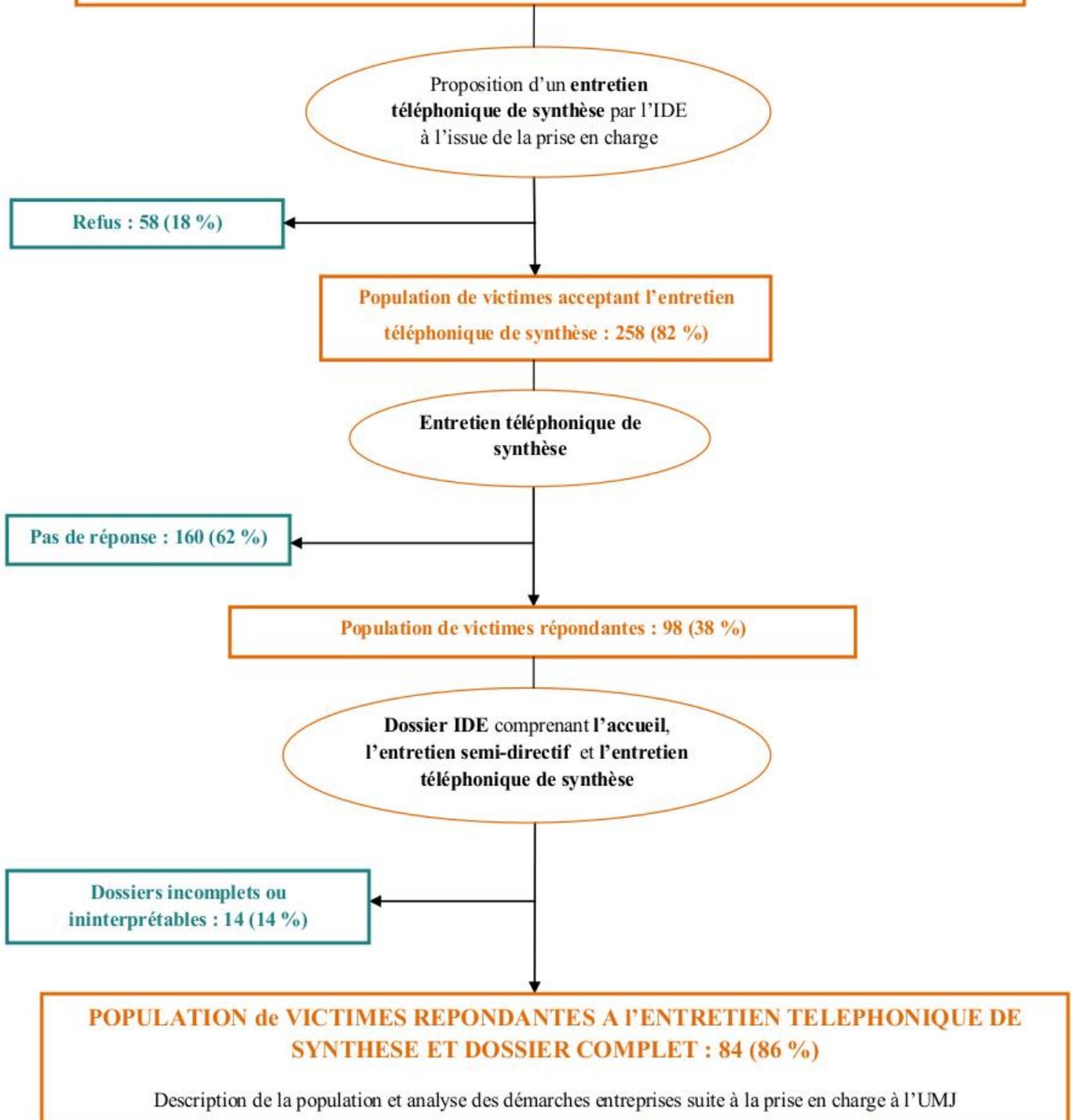
## **2. Méthode**

### **2.1. Sélection des dossiers**

Le processus de sélection est décrit dans le diagramme de flux de la page suivante.

**316 femmes victimes de violences conjugales prises en charge à l'UMJ du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 mai 2015 et ayant bénéficié de :**

- 1) **accueil par l'IDE,**
- 2) **examen par le médecin légiste** avec rédaction du certificat médico-légal fixant la durée d'ITT,
- 3) **entretien semi-directif avec l'IDE** et présentation des **aides mises à disposition** :
  - sur place : psychologue, assistante sociale, ADAVEM49,
  - associations partenaires (extra CHU) : SOS femmes, CIDFF...
  - soins externes : médecin généraliste, psychiatre, centre médico-psychologique (CMP), gynécologue...



**Figure 1: Diagramme de flux : méthode de sélection des dossiers**

## **2.2. Recueil des données**

Nous avons analysé pour chaque dossier : les données fournies par l'accueil et l'entretien semi-directif avec l'IDE, le certificat médical du médecin légiste, la consultation avec la psychologue (si elle avait eu lieu) ainsi que les données fournies par l'entretien téléphonique de synthèse réalisé à distance par l'IDE.

### **2.2.1. *Accueil IDE***

Nous avons recueilli, à partir des entretiens IDE, les éléments suivants (la trame du questionnaire est présentée en annexe 8) :

- données administratives : âge, sexe, coordonnées, profession, logement, mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle) ;
- données familiales : statut marital, enfants (en commun ou issus d'une autre union) ;
- antécédents traumatiques (maltraitance, agression sexuelle, antécédent de violences conjugales) ;
- circonstances de l'agression motivant le dépôt de plainte : date, auteur, mode d'agression (ponctuel ou chronique), type(s) de violence(s) conjugale(s) (verbal/psychologique, physique, sexuel, économique), existence ou non d'une plainte antérieure.

### **2.2.2. *Examen médico-légal***

L'examen médico-légal était réalisé par un médecin légiste de l'UMJ sur réquisition judiciaire. Ont été analysés dans le certificat médico-légal :

- l'examen tégumentaire et l'examen clinique permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel d'éventuelles lésions ;
- l'évaluation du retentissement psychologique ;
- la conclusion fixant la durée d'ITT, et la mention par le médecin légiste de la nécessité éventuelle d'une expertise psychiatrique ultérieure, permettant notamment l'évaluation d'un état de stress post-traumatique.

### **2.2.3. *Evaluation du retentissement psychologique***

Suite à leur examen, et dans les cas où les symptômes cliniques le justifiaient, les victimes étaient orientées par le médecin légiste vers la psychologue de l'UMJ. Pour celles qui avaient accepté cette consultation, nous avons recueilli les données suivantes :

- évaluation du retentissement psychologique,
- présence ou non de symptômes appartenant à l'état de stress aigu.

L'évaluation d'un état de stress post-traumatique n'était pas réalisable, étant donné que la consultation psychologique avait eu lieu moins de 30 jours suivant les faits de violence concernés par la plainte.

#### **2.2.4. Entretien semi-directif réalisé par l'IDE**

L'IDE réalisait un entretien semi-directif avec la victime permettant d'analyser les données suivantes :

- capacité de la femme à s'identifier comme victime de violences conjugales, évaluée de façon subjective et binaire (« *vous reconnaissez-vous dans le cycle des violences conjugales que je viens de vous décrire ?* ») ;
- préciser si les enfants étaient témoins ou victimes collatérales (la violence conjugale pouvant être le point de départ d'une maltraitance infantile quand l'adulte s'en prend directement au mineur d'âge, que ce soit par l'agression physique et/ou psychologique [34] ) des violences conjugales (informations rapportées par la victime) ;
- autonomie financière de la victime (définie par le versement d'allocations ou d'un salaire et de l'accès aux ressources financières) ;
- isolement familial et/ou social (défini de façon subjective par la victime) ;
- présence de professionnels à qui la victime avait déjà fait appel dans le cadre des violences conjugales ;
- orientations proposées par l'IDE:
  - professionnels directement accessibles à l'UMJ : assistante sociale, ADAVEM.
  - professionnels accessibles en dehors de l'UMJ :
    - associations : SOS Femmes, CIDFF...
    - professionnels de la santé : médecin généraliste, CMP/psychiatre, psychologue...
    - professionnels de la justice : avocat, juriste...

Afin de comprendre les démarches entreprises par ces femmes, il nous paraît important de présenter les différentes offres associatives locales et les missions des principaux acteurs qui seront évoquées par la suite. Pour ne pas surcharger la présentation ces informations se trouvent dans les annexes suivantes :

- annexe 4 : CIDFF ;

- annexe 5 : SOS Femmes Angers ;
- annexe 6 : ADAVEM 49 ;
- annexe 7 : aides au logement et rôle de l'assistante sociale.

### ***2.2.5. Entretien téléphonique de synthèse***

Lorsque les victimes répondaient à l'appel, l'IDE retranscrivait dans chaque dossier les données recueillies. L'entretien téléphonique était semi-directif.

Pour chaque entretien téléphonique de synthèse, nous avons étudié :

- le temps écoulé depuis la prise en charge initiale et le nombre d'appel(s) nécessaire(s) avant d'obtenir une réponse ;
- l'existence ou non de récidive(s) de violences conjugales ;
- l'existence ou non d'une séparation depuis le dépôt de plainte. Si une séparation avait eu lieu, les démarches entreprises étaient décrites (divorce, déménagement...) ;
- les professionnels (sanitaires, sociaux, judiciaires, associatifs) à qui la victime avait fait appel depuis sa prise en charge à l'UMJ ;
- la situation professionnelle actuelle de la victime.

## **2.3. Analyse statistique**

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

Les réponses ont été étudiées selon une analyse de contenu, transversale, afin de permettre une meilleure lisibilité des résultats. Les pourcentages ont été calculés par rapport aux femmes répondantes à chaque question et non aux répondantes à l'étude, certains axes d'investigation ne concernant pas la totalité des participantes.

# RESULTATS

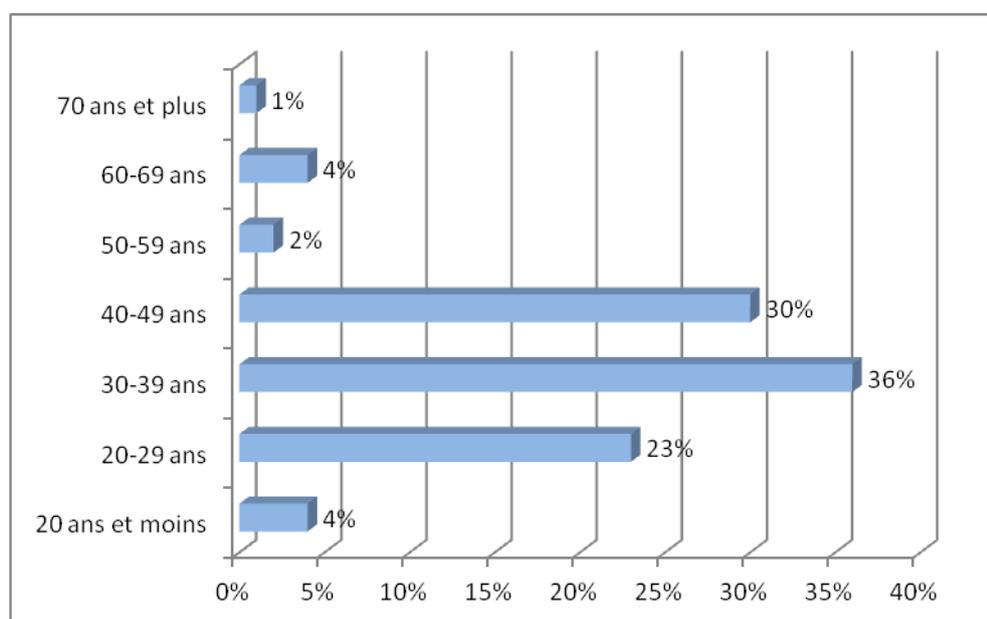
L'analyse a porté sur 84 femmes qui ont bénéficié d'une prise en charge complète à l'UMJ du service de médecine légale du CHU d'Angers, à savoir :

- l'accueil et l'entretien semi-directif avec l'IDE,
- l'examen médico-légal,
- l'évaluation du retentissement psychologique par la psychologue (si elle avait eu lieu),
- l'entretien téléphonique de synthèse.

## 1. Accueil IDE

L'âge moyen des victimes était de 36 ans ( $\pm 10$ ).

Deux tiers des femmes de notre population (66 %) avaient entre 30 et 49 ans. La répartition exacte des femmes en fonction de leurs âges est détaillée dans la figure 2.



**Figure 2 : Pyramide des âges des victimes**

Il s'agissait dans tous les cas de violences récidivantes, dont l'ancienneté était variable, allant de 1 à 300 mois pour une moyenne de 68 mois ( $\pm 73$ ).

Ces violences étaient uniquement de type physique dans 3,5 % des cas (3, n=84), uniquement de type psychologique/verbale dans 9,5 % des cas (8, n=84), et associées dans 87 % des cas

(73, n=84). Les violences conjugales d'ordre sexuel ne concernaient que 8 % des femmes (7, n=84) et étaient toujours associées aux autres types de violences conjugales (violences physiques et/ou psychologiques/verbales).

Dans 86 % des cas (72, n=84) l'auteur des violences conjugales était le conjoint actuel, et dans 14 % des cas (12, n=84) un ex-conjoint.

Il s'agissait pour 71 % d'entre elles (56, n=79) d'un premier dépôt de plainte. Dans 29 % des cas (23, n=79) les victimes avaient déjà porté plainte au moins une fois pour des faits de violences concernant le même partenaire ou ex-partenaire intime.

Soixante-quinze pour cent des femmes (63, n=84) déclaraient une vie commune avec l'auteur au moment des faits. Dans 37 % des cas (29, n=79), le bail du logement était au nom de la victime, dans 52 % des cas (41, n=79) il était aux deux noms et dans 11 % des cas (9, n=79) la victime vivait chez l'agresseur.

Au moment de la plainte, le statut matrimonial des victimes se répartissait de la façon suivante :

- 39 % (33, n=84) vivaient en concubinage,
- 37 % (31, n=84) étaient mariées,
- 13 % (11, n=84) étaient séparées ou divorcées,
- 7 % (6, n=84) vivaient en union libre,
- 4 % (3, n=84) étaient pacsées.

Dans 65,5 % des cas (55, n=84) les femmes déclaraient avoir un ou des enfants en commun avec l'auteur, dans 20,25 % des cas (17, n=84) ils étaient issus d'une autre union. Il n'y avait pas d'enfant dans le foyer dans 14,25 % des cas (12, n=84).

Dans 88 % des cas (60, n=68) les enfants étaient témoins de ces violences, et victimes collatérales (victimes d'agressions physiques et/ou psychologiques) dans 19 % des cas (13, n=68). A noter que ces notions ont évolué et que l'on tend désormais à considérer les enfants témoins de violences conjugales comme des victimes à part entière, ne serait-ce que pour la violence psychologique engendrée par de tels actes. Parmi ces femmes, cinq pour cent (4, n=84) étaient enceintes au moment des faits.

Soixante-trois pour cent des femmes (53, n=84) avaient un emploi, dont 9 % (5, n=53) avaient une activité commune avec l'auteur, 14 % (12, n=84) étaient au chômage et 23 % (19, n=84) étaient inactives (retraitées, femmes au foyer, étudiantes).

Parmi ces femmes, 12 % (10, n=84) déclaraient avoir été victimes de maltraitance pendant leur enfance, et 11 % (9, n=84) de viol ou d'agression sexuelle au cours de leur vie. Dix-huit pour cent (15, n=84) déclaraient avoir déjà été victimes de violences conjugales de la part d'un autre conjoint, parmi elles, 27 % (4, n=15) déclaraient également avoir été victimes de maltraitance infantile et/ou d'agression sexuelle. Au total, tous types de violences confondues (maltraitance, agression sexuelle/viol et violences conjugales) les victimes étaient 29 % (24, n=84) à avoir évoqué des antécédents de violences subies par elles-mêmes.

A noter que 4 % (3, n=84) des victimes étaient des majeures protégées (tutelle ou curatelle) et 4 % (3, n=84) étaient en situation irrégulière (« sans-papiers »).

## **2. Examen médico-légal**

L'analyse des rapports des médecins légistes a mis en évidence que ces violences entraînaient des lésions tégumentaires variées à type d'ecchymoses (62 %) et de dermabrasions (30 %), auxquelles pouvaient s'associer des hématomes (7 %) ou des plaies (7 %). Une atteinte de la face était présente dans 44 % des cas (37, n=84) et dans 8 % des cas (3, n=37) il existait une fracture des os propres du nez. Dans 31 % des cas (26, n=84), la durée d'ITT moyenne déterminée par le médecin légiste était de un jour ( $\pm 2$ ).

Soixante-neuf pour cent des certificats (58, n=84) faisaient état de l'impossibilité d'évaluer le jour même la durée d'ITT en rapport avec le retentissement psychologique, et mentionnaient la « *nécessité d'un avis spécialisé* ». Sept pour cent (6, n=84) mettaient en évidence un retentissement psychologique à type d'état de stress aigu et quatre pour cent (3, n=84) une anxiété sans retentissement psychologique. Dans 20 % des cas (17, n=84) le retentissement psychologique n'était pas évoqué dans le rapport médico-légal.

### **3. Evaluation du retentissement psychologique**

Trente pour cent des femmes (25, n=84) ont bénéficié d'une évaluation par la psychologue, et dans 92 % des cas (23, n=25) cette évaluation a eu lieu le jour de la prise en charge initiale. Parmi elles, une seule victime a bénéficié d'une deuxième évaluation psychologique à distance de la première (neuf jours après).

### **4. Entretien semi-directif réalisé par l'IDE**

L'analyse de l'entretien semi-directif a permis de mettre en évidence que 67 % des femmes (51, n=76) se déclaraient autonomes financièrement, 33 % (25, n=76) n'avaient pas de ressources financières propres.

De plus, 31 % d'entre elles (23, n=74) déclaraient être isolées (isolement social et/ou familial), contre 69 % (51, n=74) qui s'estimaient entourées.

Quatre-vingt-un pour cent des femmes (68, n=84) avaient un médecin traitant déclaré, parmi elles 66 % (45, n=68) s'étaient déjà confiées à lui.

Après explication du cycle des violences conjugales et de la relation d'emprise, l'évaluation a permis de mettre en évidence que 78 % (47, n=60) des femmes affirmaient se reconnaître dans ce cycle, contre 22 % (13, n=60) où l'on notait une absence de prise de conscience du cycle des violences conjugales.

Avant la prise en charge à l'UMJ, 80 % des femmes (67, n=84) avaient déjà fait appel à un ou plusieurs intervenants concernant la problématique des violences conjugales. En effet, 54 % d'entre elles (45, n=84) s'étaient confiées à leur médecin généraliste (figure 4), 46 % (39, n=84) avaient fait appel à une assistante sociale et 38 % (32, n=84) à un avocat (figure 5). Elles avaient contacté le CIDFF dans 28 % des cas (24, n=84) avant SOS Femmes (21 %) (figure 6) et 12 % d'entre elles (10, n=84) avaient entamé des recherches de logement (figure 7).

En fin d'entretien, l'IDE orientait la victime vers l'ADAVEM dans 94 % des cas (79, n=84) suivie de SOS femmes (76 %) et du CIDFF (73 %) (figure 6), puis l'assistante sociale et

l'avocat dans 62 % des cas (52, n=84) (figure 5), et enfin le psychologue dans 53 % des cas (45, n=84) (figure 4). Concernant les démarches relatives au lieu de vie, les femmes étaient incitées dans 18 % des cas (15, n=84) à rechercher un autre logement et dans 15 % (13, n=84) à bénéficier du contingent préfectoral (figure 7). A l'issue de leur prise en charge à l'UMJ, les victimes ont consulté, en plus du médecin légiste et de l'IDE 1,3 ( $\pm 0,91$ ) intervenants en moyenne (ADAVEM et/ou psychologue).

## 5. Entretien téléphonique de synthèse

En moyenne, l'entretien téléphonique a eu lieu 27 jours après la consultation initiale (étendue 2 - 120) et les femmes répondaient au bout de 1,6 ( $\pm 0,78$ ) appels.

Soixante-treize pour cent des femmes (61, n=84) déclaraient être séparées de l'auteur. Aucune femme séparée au moment de la plainte ne s'était remise en couple. L'évolution du statut marital des victimes suite à la prise en charge est détaillée dans le tableau I.

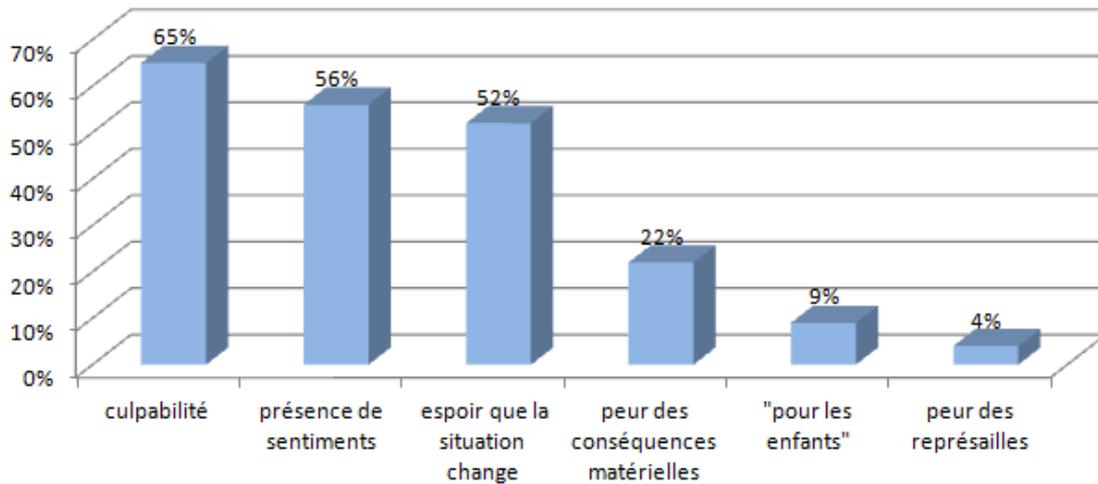
**Tableau I : Evolution du statut marital suite à la prise en charge à l'UMJ**

Statut matrimonial	Avant la prise en charge à l'UMJ (n=84)	Après la prise en charge à l'UMJ (n=84)
<b>Séparation/divorce</b>	13 % (n=11)	73 % (n=61)
<b>Concubinage</b>	39 % (n=33)	15 % (n=13)
<b>Mariage</b>	37 % (n=31)	6 % (n=5)
<b>PACS</b>	4 % (n=3)	1 % (n=1)
<b>Union libre</b>	7 % (n=6)	5 % (n=4)

A l'inverse, 27 % des victimes (23, n=84) avaient souhaité rester avec leur conjoint.

Parmi les motifs de « non séparation » rapportés par les victimes on retrouvait plusieurs justifications dans 70 % des cas (16, n=23). Seulement 8,5 % (2, n=23) des victimes avaient fait part d'un motif unique de poursuite d'une vie commune. Les données étaient manquantes

dans 21,5 % des cas (5, n=23). Les raisons de poursuivre une vie commune avec l'agresseur sont résumées dans la figure 3.

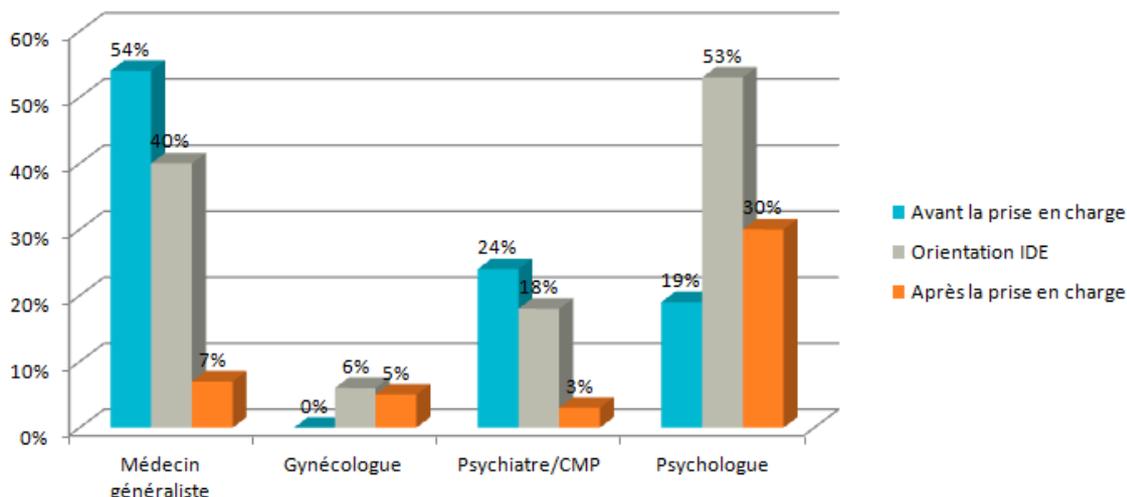


**Figure 3 : Raisons évoquées par les femmes justifiant l'absence de séparation depuis la prise en charge (plusieurs réponses possibles)**

Dans la majorité des cas (87 %) la situation professionnelle de la victime était restée inchangée. Cependant 7 % des femmes (4, n=53) déclaraient avoir perdu leur emploi, 4 % (2, n=53) étaient en arrêt de travail, et 2 % (1, n=53) déclaraient être en reconversion professionnelle depuis la prise en charge à l'UMJ.

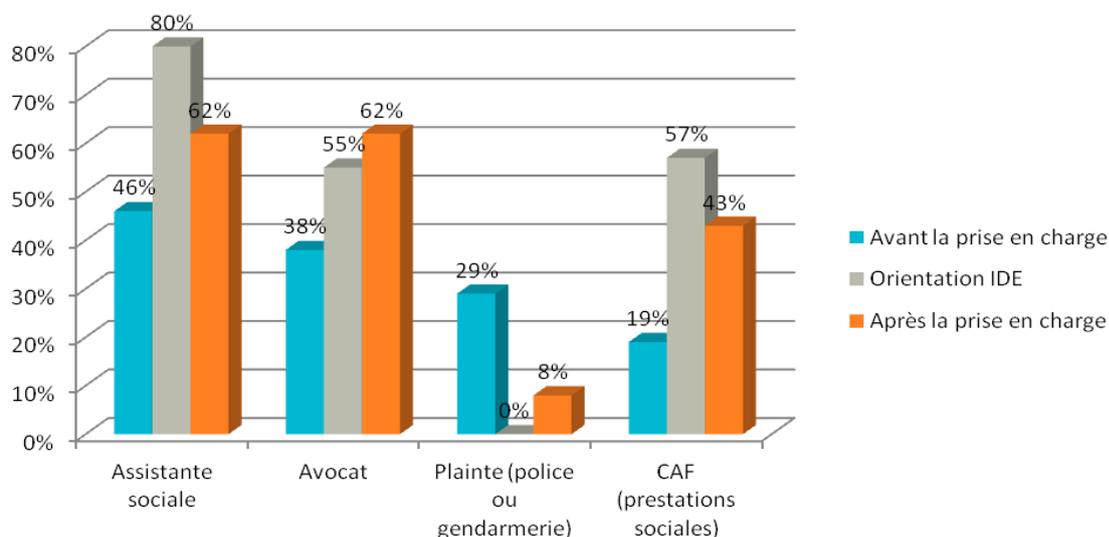
De nouveaux faits de violences étaient rapportés dans 37 % des cas (28, n=75) (les types de violences subies n'étaient pas détaillés au cours de l'entretien). Parmi elles, une femme sur quatre a de nouveau porté plainte (7, n=28). Dans 79 % des cas (22, n=28) ces nouveaux faits de violences ont eu lieu alors que la victime était séparée de l'auteur des faits.

Afin de permettre une meilleure lisibilité, la synthèse de toutes les démarches effectuées par les victimes depuis leur prise en charge à l'UMJ est résumée dans les figures 4, 5, 6, 7. Le classement est fait par types de professionnels et de démarches auxquels les victimes ont eu recours, à savoir : les professionnels de la santé, les professionnels socio-juridiques, les associations, et enfin les démarches entreprises pour changer de domicile.



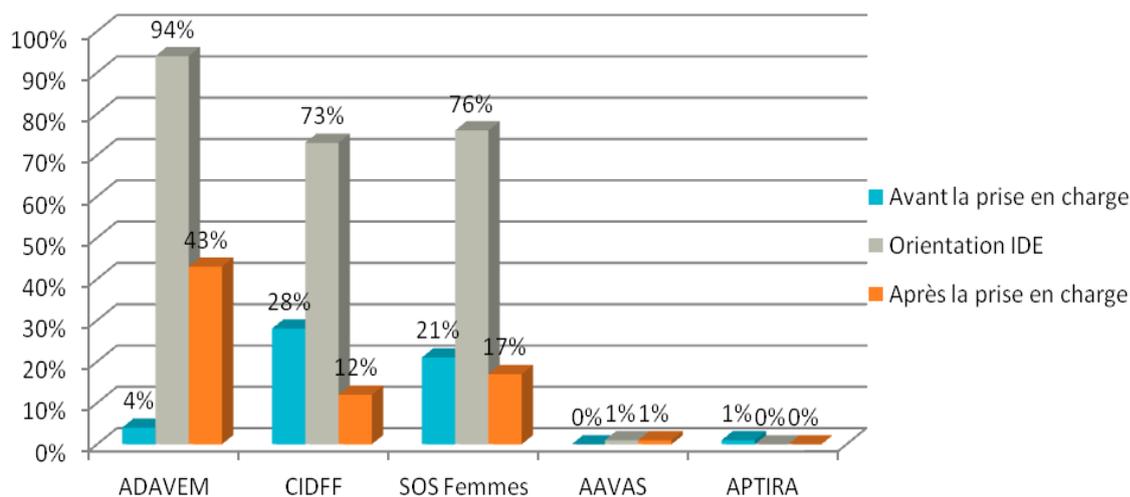
**Figure 4 : Evolution du pourcentage de recours aux professionnels de la santé**

Suite à leur prise en charge à l'UMJ, les victimes ont consulté le psychologue dans près d'un tiers des cas (30 % contre 19 %) et le gynécologue dans 5 % des cas (contre 0 %). Elles ont moins sollicité leur médecin généraliste (7 % contre 54 %) et le psychiatre/CMP (3 % contre 24 %).



**Figure 5 : Evolution du pourcentage de recours aux professionnels socio-juridiques**

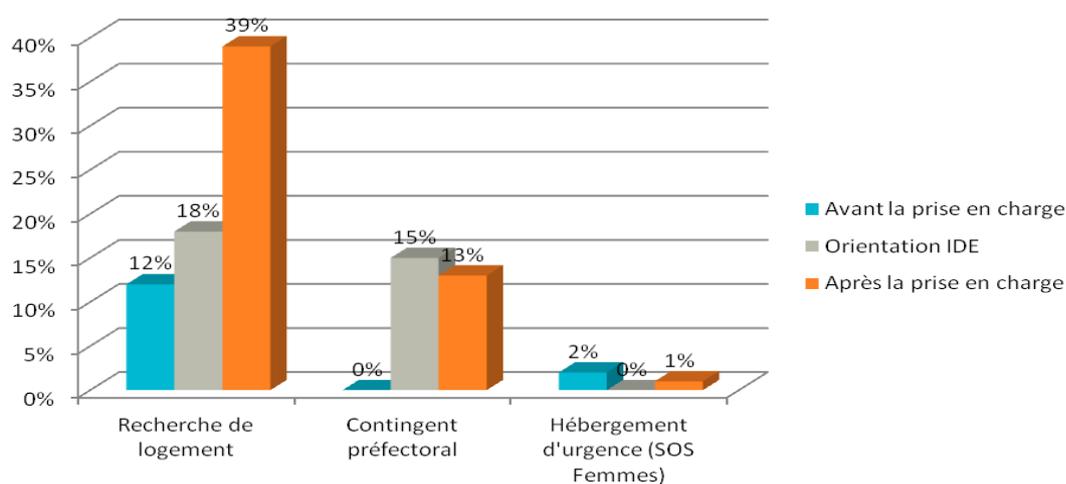
A l'issue de la prise en charge, les victimes ont plus fait appel à l'assistante sociale (62 % contre 46 %), à l'avocat (62 % contre 38 %) et à la CAF (43 % contre 19 %).



**Figure 6 : Evolution du pourcentage de recours aux associations**

A l'issue de la prise en charge, près de la moitié des femmes (43 % contre 4 %) avaient eu recours à l'ADADEM. Elles étaient moins nombreuses à avoir fait appel au CIDFF (12 % contre 28 %) et à SOS Femmes (17 % contre 21 %).

Au total, toutes associations confondues, 52 % des femmes (44, n=84) s'étaient tournées vers un ou plusieurs organismes (contre 39 % avant la prise en charge).



**Figure 7 : Evolution du pourcentage de recours en vue d'un changement de domicile**

A l'issue de la prise en charge, près de 40 % d'entre elles (39 %) ont effectué des démarches de recherche de logement et 13 % ont bénéficié du contingent préfectoral.

A noter que 4 % (3, n=84) des femmes ont retiré leur plainte depuis la prise en charge à l'UMJ. Parmi elles deux tiers (2, n=3) ne s'étaient pas séparés de l'auteur.

# **DISCUSSION**

Ce travail avait pour objectif de décrire, à partir des entretiens téléphoniques de synthèse réalisés par les IDE, les démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales, suite à leur prise en charge pluridisciplinaire à l'UMJ.

## **1. Données de la littérature**

La présence d'IDE, d'assistantes sociales et de psychologues au sein des UMJ n'a été rendue possible que très récemment, suite à la réforme de la médecine légale en 2010 [31]. Cette réforme a permis l'organisation d'une prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences (tous types confondus) à l'échelon national. Ces professionnels paramédicaux ne sont pas toujours formés à la prise en charge spécifique des victimes de violences conjugales et ont des rôles différents en fonction des UMJ. Dans ce contexte, le service de médecine légale du CHU d'Angers a voulu améliorer spécifiquement la prise en charge des victimes de violences conjugales en sensibilisant les IDE et psychologues de l'UMJ à cette problématique.

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature de données concernant spécifiquement les démarches entreprises par les victimes de violences conjugales (démarches médicales, sociales ou juridiques) à l'issue de ce type de prise en charge pluridisciplinaire. De plus, aucune donnée de la littérature ne fait état des démarches entreprises par les victimes à l'issue d'un dépôt de plainte, les données concernant principalement les victimes de violences conjugales en population générale [7, 35]. D'où l'intérêt de notre travail, bien qu'il présente de nombreuses limites qui découlent principalement de la population étudiée.

## **2. Limites de notre étude**

La population étudiée n'était pas représentative de la population générale puisque notre échantillon ne concernait que les femmes victimes de violences conjugales ayant déposé plainte, consultant dans un service de médecine légale et répondant à un entretien téléphonique à l'issue. Or, d'après les données de la littérature [11], seule une femme victime de violences conjugales sur quatre se rend au commissariat ou à la gendarmerie, et 14 %

seulement déposent plainte. Donc ces résultats ne sont pas extrapolables à la population générale et présentent d'ailleurs certaines différences qui sont les suivantes :

- contrairement aux victimes étudiées en population générale [35], la plupart des femmes de notre échantillon (78 %) affirmaient avoir pris conscience du cycle des violences conjugales [4] et s'y identifiaient. A noter que la majorité des victimes (donnée non calculable) n'avait jamais été informée des caractéristiques de ce cycle auparavant. Le dépôt de plainte ne pouvant nécessairement intervenir que suite à une prise de conscience par la victime de l'anormalité de sa situation de couple.
  - les femmes de notre étude ont dépassé un certain « seuil de tolérance » des violences et étaient plus avancées dans la répétition des cycles de violences conjugales décrit par Walker [4] (annexes 1 et 3) mais aussi dans l'escalade de ces violences (annexe 2). En effet, elles étaient plus nombreuses à déclarer des violences physiques (près de 90 % contre 70 % dans les données de la littérature [35] ), confirmées par les médecins légistes, puisque ces femmes présentaient des lésions tégumentaires ou des fractures objectivables au moment de l'examen dans 70 % des cas, la face étant atteinte dans près d'un cas sur deux.
  - les femmes de notre étude étaient, de façon intrinsèque, plus évoluées dans leur processus d'autonomisation à l'encontre du conjoint violent et donc plus à même de solliciter de l'aide et d'adhérer à une prise en charge globale, une fois le dépôt de plainte effectué. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour comprendre pourquoi les femmes de notre échantillon présentaient plus de facilités à s'extraire de leur situation que les femmes interrogées en population générale :
- *le statut économique* : la proportion de femmes ayant un emploi était plus élevée que dans la population générale et représentait près de deux tiers des victimes (63 %), elles étaient également deux fois plus nombreuses à bénéficier d'allocations chômage (14 %). En revanche, les femmes inactives ne représentaient que 23 % de notre population, contre un tiers en population générale [35]. Le fait d'être plus autonomes financièrement et socialement (avoir un emploi ou bénéficier d'allocations chômage) vis-à-vis de l'auteur, constitue un facteur

déterminant pour porter plainte (et donc intervient probablement dans l'émancipation et le départ éventuel du foyer familial violent à l'issue).

- *l'environnement familial et social*: les femmes de notre étude déclaraient également bénéficier d'un entourage aidant dans près de 70 % des cas contre 36 % en population générale [35]. Un étayage positif constitue un facteur renforçant la détermination de ces femmes à s'extraire de leur situation.
- *le recours aux professionnels*: les femmes de notre étude ont bénéficié d'une écoute et de conseils de professionnels sensibilisés à ces violences, qui les ont amenées à développer des stratégies de résilience et de reconstruction aboutissant au dépôt de plainte. Ainsi, la majorité des femmes de notre étude (80 %) avait déjà fait appel à un ou plusieurs intervenants compétents dans la problématique des violences conjugales (professionnels de la santé, socio-juridiques ou associations) versus 46 % dans la population générale [11]. Il semble qu'il existe une corrélation entre le fait de solliciter de l'aide et le fait de déposer plainte, puis d'adhérer à une prise en charge pluridisciplinaire par la suite.

## **2.1. Biais de mesure**

Le taux de révélation des violences sexuelles était sensiblement le même que dans la population générale (8 % contre 6,4 %) [35], cependant ces violences font encore l'objet de tabous [23], et peuvent être sous-estimées par les victimes. Par exemple le viol conjugal, pourtant reconnu par la loi depuis 1992 [24], est encore associé par de nombreuses femmes à la notion de « devoir conjugal » [36], ceci expose de fait une partie de notre travail, et des études en population générale, à un biais de mesure.

Le taux de révélation de violences antérieures subies par les victimes (maltraitance, agression sexuelle ou antécédent de violences conjugales de la part d'un autre conjoint) était presque trois fois plus élevé que dans la population générale (29 % contre 10 %) [35]. Elles étaient également cinq fois plus nombreuses (15 % contre 3 %) à déclarer avoir subi des violences conjugales de la part d'un ancien partenaire [35]. Ce taux élevé de révélations de violences subies par les femmes de notre étude peut s'expliquer par le fait que les victimes étaient

interrogées par des IDE sensibilisées au problème. Celles-ci ont pu induire un nombre de réponses positives plus important en interrogeant spécifiquement les femmes sur les violences conjugales subies antérieurement et les autres types de violences (maltraitance, agression sexuelle). Toutefois, ce fort taux ne peut s'expliquer par ce seul facteur, et nous pouvons nous demander si le dépôt de plainte systématique des femmes de notre étude a été influencé par le fait d'avoir déjà subi des antécédents de violences (maltraitance infantile, agression sexuelle, antécédent de violence conjugale).

De plus, notre travail présentait les limites d'une étude rétrospective, quantitative, basée en grande partie sur l'analyse de comptes rendus d'entretiens (téléphonique ou de visu) semi-dirigés associant des questions ouvertes et fermées.

Enfin, ce biais de mesure est renforcé car les comptes rendus d'entretiens IDE étaient « personne-dépendante » et remplis de façon plus exhaustive en 2015 qu'en 2013 (année de début de recueil des entretiens IDE).

## **2.2. Biais d'attrition**

Notre population de départ concernait 316 femmes, parmi elles, 82 % (258, n=316) avaient accepté d'être recontactées. Parmi les 258 victimes acceptant ce suivi, seuls 38 % (98, n=258) ont effectivement répondu à l'entretien téléphonique de synthèse et parmi elles, 14 dossiers n'ont pu être analysés. Nous avons donc 232 femmes perdues de vue (73 %) parmi les victimes prises en charge à l'UMJ suite à leur dépôt de plainte.

Nous pouvons faire l'hypothèse que ces victimes non répondantes étaient probablement encore dans un processus d'emprise (pouvant se manifester par la poursuite d'une vie de couple avec l'auteur, la persistance d'un isolement social, d'une dépendance financière, le retrait de leur plainte ...).

Il aurait été intéressant d'analyser les caractéristiques des victimes perdues de vue afin de les comparer aux femmes répondantes de notre étude.

### **3. Démarches entreprises par les victimes avant la prise en charge à l'UMJ**

#### **3.1. Principaux intervenants sollicités**

Ce travail a permis de mettre en évidence que la majorité des femmes de notre étude (80 %) avait déjà fait appel à un ou plusieurs intervenants dans la problématique des violences conjugales ; le plus sollicité était le médecin généraliste (54 % des cas), suivi de l'assistante sociale (46 %), des associations (39 %), et de l'avocat (38 %). Ces données sont plus de deux fois supérieures à celles des femmes victimes en population générale [11, 35] et témoignent de la priorité pour les victimes de notre étude de se mettre en sécurité par des moyens sociaux et juridiques (démarches de divorce, accès aux aides sociales...).

Parmi les associations, les femmes s'étaient tournées en premier lieu vers le CIDFF (28 %) ou vers SOS Femmes (21 %), ces pourcentages nous semblent relativement bas, compte tenu de l'ensemble des services offerts par ces dernières (annexes 4 et 5). Ce faible taux de recours à ces associations s'explique en grande partie car les femmes de notre étude avaient déjà des ressources (autonomie financière, entourage aidant, aide professionnelle personnalisée : avocat...). SOS Femmes et le CIDFF étant plutôt des associations de premier recours, s'adressant à un public de femmes plus isolées économiquement et socialement.

#### **3.2. Problématique du lieu de vie**

Au moment de la prise en charge, seulement 12 % des victimes avaient effectué des démarches en vue d'un changement de lieu de domicile (recherche de logement ou projet de s'installer temporairement chez un tiers). Ce faible pourcentage est probablement en lien avec le statut marital puisque 80 % d'entre elles étaient mariées, pacsées ou en concubinage, témoins d'un engagement stable *a priori*. D'autant que, dans plus de la moitié des cas (52 %) le bail du logement était aux deux noms (victime et agresseur), et dans 11% des cas la victime était hébergée par son agresseur. Ces démarches de changement de domicile nécessitent du temps mais ont aussi un coût financier. Cependant 67 % des femmes se déclaraient autonomes financièrement. L'argument financier ne peut donc à lui seul expliquer le peu de démarches entreprises par les victimes, et il faut alors tenir compte des souhaits des femmes en matière

de logement. En effet, d'après les données de la littérature [35], 57 % des victimes souhaitent partir du domicile conjugal, 18 % souhaitent le départ du partenaire violent et plus d'un cinquième des femmes (22,5 %) ne savent pas si elles souhaitent partir du domicile.

#### **4. Orientations proposées par les IDE lors de la prise en charge à l'UMJ**

##### **4.1. Orientations vers les associations**

Les femmes victimes de violences conjugales étaient principalement orientées vers l'ADAVEM (94 %), SOS Femmes (76 %) et le CIDFF (73 %) et une brochure était systématiquement distribuée aux victimes. Ces deux dernières associations étaient moins souvent proposées que l'ADAVEM car leurs permanences sont extérieures au CHU, et comme nous l'avons vu précédemment, près d'un tiers des femmes y avait déjà eu recours avant la prise en charge à l'UMJ. Ces deux associations sollicitées en première intention étaient déjà connues d'une partie des victimes, contrairement à l'ADAVEM.

##### **4.2. Orientations vers les professionnels de santé et sociaux**

Comme pour les associations, les IDE orientaient majoritairement les femmes vers l'assistante sociale (80 %) et la psychologue (53 %) de l'UMJ car les victimes étaient demandeuses d'une prise en charge sociale et présentaient des éléments de souffrance psychologique. Ces démarches étaient par ailleurs facilitées car ces professionnelles étaient directement accessibles au moment de la prise en charge.

Les femmes étaient orientées vers le médecin généraliste dans 40 % des cas pour poursuivre leur suivi, car comme nous l'avons vu précédemment, plus de la moitié des victimes (54 %) s'était déjà confiée à lui dans le cadre de cette problématique. En effet, d'après les données de la littérature [35], près du tiers des victimes de violences conjugales effectue des démarches auprès des services de santé. Le médecin généraliste étant le premier interlocuteur (53,6 %) des victimes, avant le psychiatre ou le psychologue (28 %) et les services hospitaliers (20 %). Le médecin généraliste a un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des femmes

victimes de violences conjugales. Les victimes souhaitent que leur médecin s'en préoccupe. D'après les résultats d'une méta-analyse de 2006 [37], les femmes souhaitent que le problème soit abordé de façon neutre, sans jugement par leur médecin. Qu'il puisse, du fait de ses connaissances, leur expliquer le cycle de ces violences (annexes 1, 2, 3), les déculpabiliser, les soutenir, et les orienter vers des structures d'aide spécialisées [38].

### **4.3. Orientations concernant le logement**

Dans 18 % des cas les IDE encourageaient les victimes à changer de logement et les avaient informées de la mesure de contingent préfectoral dans 15 % des cas. Ces modalités de logement étaient plus du ressort de l'assistante sociale et étaient donc plus approfondies avec cette dernière (annexe 7). De même, elles étaient encouragées à contacter la CAF dans 57 % des cas, ce point était également repris de façon plus détaillée avec l'assistante sociale.

## **5. Démarches effectuées par les victimes à l'issue de la prise en charge à l'UMJ**

### **5.1. Evolution du statut marital**

Plus de deux tiers des femmes de notre étude (73 %) déclaraient être séparées de l'auteur des faits au moment de l'entretien de synthèse, et aucune femme séparée au moment de la prise en charge ne s'était remise en couple. Plus de trois quarts des femmes mariées avaient déclenché une procédure de divorce, et plus de la moitié des femmes vivant en concubinage s'étaient séparées de l'auteur. Ce fort taux de séparation peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- *un biais d'attrition (cf. supra)* : notre population ne prend en compte que les femmes répondant à l'entretien téléphonique de synthèse, ces femmes sont probablement celles qui étaient déjà le plus avancées dans leur processus d'autonomisation vis-à-vis de l'agresseur. Il est probable que le pourcentage des femmes séparées parmi celles qui n'ont pas répondu (perdus de vue) soit moins important.

- *la précocité de l'évaluation téléphonique* : il est probable que dans notre échantillon certaines séparations ne soient que temporaires, le parcours des victimes de violences conjugales n'étant jamais linéaire et souvent émaillé de tentatives de séparation vaines [3, 4]. Cette séparation à un mois ne préjugerait pas de la pérennité de cette décision car certaines femmes victimes peuvent retourner vivre avec l'auteur ultérieurement.

## **5.2. Le cas des femmes qui ne se séparent pas**

Dans notre étude, 27 % des femmes ne s'étaient pas séparées de l'auteur des faits malgré les violences multiples et répétées, évoluant depuis 68 mois en moyenne et les démarches déjà engagées. Cette attitude « résignée » face aux violences a longtemps posé question et avait fait l'objet de théories explicatives simplistes, ultérieurement abandonnées, tel que le masochisme des femmes victimes (dénoncé par plusieurs auteurs, dont Caplan en 1984 [39] et infirmée par Khul en 1984 [40], par la publication d'une étude démontrant l'absence de lien entre les violences conjugales et les traits masochistes). En réalité la violence conjugale, dans sa dimension psychologique, s'inscrit comme un comportement d'emprise sur l'autre et dans sa dimension sociale, participe d'un système historiquement structuré dans lequel les hommes et les femmes occupent encore des positions inégalitaires [8].

Plusieurs facteurs se cumulent et sont à considérer pour comprendre pourquoi elles ne peuvent se résoudre à quitter le conjoint violent [41]. Comme dans la littérature [41], les raisons fréquemment rapportées étaient la culpabilité (65 %), la dépendance affective (56 %), l'espoir que la situation s'arrange (52 %), la garde des enfants (9 %), et la peur des représailles (4 %).

## **5.3. Evolution du statut professionnel**

Dans la majorité des cas (87 %) la situation professionnelle de la victime était restée inchangée. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec la relative autonomie financière des femmes de notre échantillon (67 % se déclaraient autonomes et 63 % avaient un emploi). Cependant près d'une femme sur dix a du réadapter sa vie professionnelle (arrêt de travail, perte d'emploi ou reconversion professionnelle) depuis la prise en charge.

#### **5.4. Evolution des recours auprès des professionnels de santé**

Le psychologue a été le professionnel paramédical le plus consulté par les victimes (30 %). Cette consultation a été facilitée par la présence de psychologues au sein même de l'UMJ et par l'entretien avec l'IDE qui aidait probablement les victimes à prendre conscience de la violence psychologique.

Le faible recours au médecin généraliste (7 % à l'issue de la prise en charge contre 54 % auparavant) s'explique, d'une part, par la précocité de l'entretien téléphonique qui avait lieu 27 jours après la prise en charge à l'UMJ (les femmes n'avaient pas eu le temps de consulter à nouveau leur médecin généraliste), d'autre part, par l'absence de transmission à ce dernier de leur passage. Au vu de ces résultats nous pensons que la rédaction d'un courrier au médecin généraliste, avec l'accord de la victime, résumant sa prise en charge à l'UMJ permettrait un meilleur travail de partenariat, en favorisant la communication « ville-hôpital ».

Enfin, des soins plus spécifiques ont été réalisés au cas par cas :

- le gynécologue a été plus consulté (5 % des femmes à l'issue de la prise en charge contre aucune auparavant). Ce pourcentage ne concernait pas forcément les victimes de violences conjugales sexuelles, puisque deux femmes victimes de ce type de violence sur sept ont été orientées, et se sont rendues chez un gynécologue. Ce résultat est à mettre en relation avec des besoins de soins spécifiques dont les victimes n'avaient pu bénéficier auparavant.
- le faible recours au psychiatre/CMP (3 %) s'explique en grande partie par un manque de temps (les délais de consultations sont longs), mais aussi car les femmes ont pu bénéficier d'un entretien avec la psychologue du service (30 %), permettant ainsi de désamorcer les situations urgentes.

#### **5.5. Evolution des recours auprès des professionnels socio-juridiques**

Ce sont les intervenants auxquels les victimes ont le plus fait appel, cela témoigne de l'urgence pour les victimes de se protéger de l'auteur au moyen de mesures juridiques (ordonnance de protection, éviction du conjoint violent du domicile...) et sociales.

Dans près de deux tiers des cas (62 %) les femmes ont contacté l'assistante sociale du service. Ce pourcentage élevé s'explique par l'accessibilité immédiate de l'assistante sociale lors de la prise en charge et par le besoin d'aides sociales dont relèvent les femmes de notre étude.

Cette nécessité de recourir aux prestations sociales est également confirmée par le fait que près d'une femme sur deux (43 %) contactait la CAF dans le mois suivant la prise en charge. En effet la CAF permet aux femmes qui en ont besoin d'accéder à diverses prestations sociales, notamment :

- les aides au logement : aide personnelle au logement (APL), allocation de logement familial (ALF), allocation de logement social (ALS) ;
- les aides concernant les enfants : allocations familiales ou prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- les aides pour la solidarité et l'insertion : revenu de solidarité active (RSA), prime d'activité.

Dans 62 % des cas les victimes ont contacté un avocat grâce aux juristes de l'ADAVEM, elles étaient deux fois plus qu'au moment de la prise en charge. Ce résultat est en rapport avec le nombre de séparations ultérieures par divorce (31 contre 5 au moment de l'appel, donc 26 femmes ont entamé une procédure de divorce). Mais aussi car la majorité des couples (65,5 %) avait des enfants en commun, l'avocat intervenant également dans les décisions concernant la garde des enfants.

Enfin, seulement 8 % des femmes ont de nouveau porté plainte pour des faits de violences conjugales, alors qu'elles étaient 37 % à déclarer avoir subi des récidives de violences. Ces résultats sont probablement en rapport avec le taux important de séparation dans notre échantillon, puisque 80 % des femmes ayant subi de nouveaux faits de violences étaient séparées de l'auteur, ces dernières ne jugeant peut-être pas utile de déposer plainte alors qu'elles ne vivaient plus avec l'auteur des faits. Or, depuis 1992 la violence par le conjoint ou concubin est reconnue comme un délit [24]. Et cette qualification de délit a été étendue par la loi du 4 avril 2006 du code civil à de nouveaux auteurs : anciens conjoints, anciens concubins et anciens pacsés [27]. Le fait de se séparer de l'auteur des violences ne disqualifie pas les faits de récidives de violences conjugales. C'est notre rôle de professionnels de rappeler que de tels actes sont punis par la loi et que les victimes doivent porter plainte.

## **5.6. Evolution des recours auprès des associations**

L'ADAVEM était sollicitée dans 43 % des cas suite à la prise en charge. C'est l'association la plus sollicitée par les victimes. Ce recours majeur à cette association peut s'expliquer car :

- les juristes sont directement accessibles à l'UMJ au moment de la prise en charge ;
- cette association est spécialisée dans l'aide aux victimes avec de nombreuses permanences dans le département, ce qui facilite l'accès par les victimes qui n'auraient pas pu rencontrer de juriste ou de psychologue le jour de la prise en charge ;
- elle propose des services adaptés aux attentes des femmes de notre étude (accompagnement aux audiences, information juridique, orientation vers un avocat...).

Le CIDFF et SOS femmes n'étaient sollicités que dans seulement 12 % et 17 % des cas, soit moins fréquemment qu'avant la prise en charge. Ce faible taux de recours à ces associations peut s'expliquer car :

- à la différence de l'ADAVEM, ces deux associations n'ont pas de permanence au sein de l'UMJ, ce qui entraîne une difficulté d'accessibilité supplémentaire pour ces femmes. De plus, l'orientation vers ces associations était principalement délivrée sous forme d'une plaquette ;
- la précocité de l'entretien téléphonique (moins d'un mois après la prise en charge), ne permettait pas aux femmes d'avoir le temps nécessaire pour y faire appel ;
- le CIDFF et SOS Femmes semblent plutôt être des associations de premier recours, car ce sont les femmes qui ne les avaient pas contactés auparavant qui y font appel ;
- les femmes de notre population, ayant déjà un avocat et un hébergement, n'avaient pas besoin de cette orientation spécifique (néanmoins ces associations étaient proposées par l'IDE dans le but de délivrer aux victimes une information exhaustive).

L'association d'aide aux victimes d'agressions sexuelles (AAVAS) et l'association pour la promotion et l'intégration dans la région angevine (APTIRA) ont été très peu sollicitées avant comme après la prise en charge à l'UMJ. En effet, ces associations dont les publics concernés sont les personnes de plus de 16 ans victimes d'abus sexuels pour l'AAVAS et les personnes d'origine étrangère pour l'APTIRA, ne sont pas spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences conjugales et n'intéressaient qu'une très faible proportion de femmes de notre étude (seules trois victimes de notre échantillon étaient en situation irrégulière).

Au total, toutes associations confondues, plus d'une femme sur deux (52 %) s'était tournée vers un ou plusieurs organismes, soit 13 points de plus qu'avant la prise en charge (39 %).

### **5.7. Evolution des recours concernant l'hébergement et le logement**

Suite à leur prise en charge, les femmes ont dans l'ensemble effectué des démarches de recherches de logement, via le contingent préfectoral par exemple (mesure prioritaire d'attribution des logements sociaux), ou d'hébergement (hébergement d'urgence via SOS Femmes par exemple) (annexe 7). Au total, suite à la prise en charge, près d'une femme sur deux a effectué des démarches dans le but de mettre un terme à sa cohabitation avec l'auteur.

En effet, elles étaient près de 40 % à avoir effectué des recherches de logement, soit près de 4 fois plus qu'au moment de la prise en charge.

De plus, 13 % des femmes de notre étude ont pu bénéficier, grâce à l'assistante sociale, de la mesure de contingent préfectoral, démarche dont elles n'avaient pas connaissance avant leur prise en charge et ce, dans un délai très court (un mois et demi en moyenne). Ce pourcentage reflète l'efficacité du dispositif et le fait que les bailleurs et travailleurs sociaux du Maine-et-Loire sont sensibilisés à la problématique des violences conjugales.

Enfin, l'hébergement d'urgence en CHRS, via l'association SOS Femmes reste stable par rapport au moment de la plainte (1 %), les femmes de notre étude ayant des autres solutions d'hébergement.

# CONCLUSION

Par cette analyse des démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales suite à leur prise en charge à l'UMJ, nous constatons que la région angevine a développé de nombreux moyens permettant de leur venir en aide (réseau associatif spécialisé, offres d'hébergement, extension de la formation et de la sensibilisation des professionnels sanitaires, sociaux et juridiques...). L'expérience de terrain des IDE de l'UMJ, fruit d'initiatives locales et d'une adaptation aux ressources et partenaires présents sur le territoire, démontre qu'il est possible d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, à condition de rendre ces ressources visibles aux yeux du grand public et de continuer à les organiser et les développer.

Les IDE de l'UMJ d'Angers ont un rôle essentiel d'écoute et d'orientation des victimes de violences conjugales engagées dans une démarche judiciaire. Elles permettent aux femmes qui ont déposé plainte de dépasser le phénomène de judiciarisation des violences conjugales, pourtant inhérent à cette problématique, vers une prise en charge plus globale en les réinscrivant dans une dynamique de soins, et en faisant reconnaître leurs droits et leurs besoins sur le plan social. Enfin, elles les informent de la présence de structures associatives dont elles ne connaissaient pas l'existence, et les mettent en relation avec plusieurs acteurs spécialisés dans la lutte contre les violences conjugales réunis dans une communauté de lieu (ADAVEM, psychologue, assistante sociale...). Au vu des résultats de cette étude, cette approche semble être une initiative efficace, permettant de faciliter l'accessibilité des victimes aux démarches à effectuer, en fonction de leurs besoins.

L'entretien téléphonique de synthèse réalisé à une date précise, choisie par les victimes, permet des conditions de dialogue favorables à une écoute attentive. De plus, le fait de recevoir cet appel chez elles, dans un environnement familier en l'absence de l'auteur de l'agression, peut être un facteur qui améliore la fiabilité dans la façon de relater leurs vécus. Toutefois, cet entretien de synthèse gagnerait à être réalisé à l'aide d'un guide d'entretiens, permettant une exhaustivité du recueil et des comparaisons entre entretiens, tout en conservant la liberté de parole nécessaire à cet échange.

Outre le travail d'orientation qu'effectuent les IDE auprès des femmes victimes, il semble important de veiller au suivi ultérieur de ces femmes, tant sur le plan médico-social que juridique. Une proposition d'extension des compétences des IDE pourrait être élargie à l'envoi systématique d'un courrier au médecin généraliste, résumant la prise en charge de la victime, avec son accord, et dans le respect du secret professionnel. Ce dernier pourrait ainsi poursuivre l'accompagnement et coordonner la prise en charge de sa patiente avec les autres acteurs impliqués.

Ainsi, dans l'optique d'améliorer ce travail de partenariat entre les principaux professionnels des Pays-de-la-Loire, l'UMJ d'Angers a créé un standard téléphonique à destination de ces professionnels, notamment les médecins généralistes : le SPIFEV (Service pour les professionnels d'information femmes et violences). En effet ces situations, parfois difficiles à gérer pour le médecin traitant, qui est souvent le premier interlocuteur de ces femmes, sont plus facilement envisagées dans le cadre d'un réseau où les propositions d'aides sont multiples. Les médecins généralistes peuvent ainsi bénéficier, via cette plateforme téléphonique, des conseils en temps réel des différents professionnels de l'UMJ (médecin légiste, IDE, assistante sociale...).

Au-delà de ce service local, les médecins généralistes peuvent bénéficier, sur le plan national, des conseils des professionnels du « 3919-violences femmes infos » et du site de la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) [42].

La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales nécessite de comprendre la problématique et les besoins spécifiques de chaque victime, dans le but de leur délivrer des conseils personnalisés et adaptés au cas par cas. Cette prise en charge ne peut se concevoir que dans un travail de partenariat et de coopération entre les différents professionnels (sanitaires, judiciaires, sociaux et associatifs).

# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. 2005, 34 p.
- [2] Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. Presse Med. 18 dec 2004 ; 33 (22): 1566-82.
- [3] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre délégué à la Santé 2001 ; 81 p.
- [4] Walker L. The Battered Woman. New York : Harper and Row 1979; 270 p.
- [5] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Violences d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239. Septembre 2011. [En ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/medacentre/factsheets/fs/fs239/fr/> (Consulté le 2 mai 2015).
- [6] WHO, World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effect of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013, 57 p.
- [7] Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, service des droits des femmes et de l'égalité : Les violences envers les femmes au quotidien. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, 2001, 240 p.
- [8] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, l'édition complète des chiffres-clés. 2015.
- [9] Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein de couple, année 2014 ; 33 p.
- [10] ONDRP, Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. DAV, Délégation aux victimes. Enquête Cadre de vie et sécurité 2010-2014 ; 49 p.
- [11] MIPROF, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes numéro 8 : Violences faites aux femmes : principales données. Novembre 2015.
- [12] Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002 Apr 13; 359: 1331-6.
- [13] WHO, World Health Organization. Violence against women, a priority health issue. 1997, 28 p.

- [14] Wisner C, Gilmer T, Saltzman L, Zink T. Intimate partner violence against women, do victims cost health plans more? *J Fam Pract.* 1999 ; 48 : 439-443.
- [15] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. 2012, 2 p.
- [16] MIPROF, Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes numéro 6 : Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. Mai 2015, 8 p.
- [17] Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007; 21 p. [En ligne]. Disponible sur <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/planviolences.pdf> (Consulté le 10 octobre 2015).
- [18] Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Secrétariat d'Etat à la solidarité. Deuxième plan global triennal 2008-2010 : douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes; 21 p. [En ligne]. Disponible sur [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_VL-2.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_VL-2.pdf) (Consulté le 12 juin 2015).
- [19] Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. Troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 : protection, prévention, solidarité ; 79 p. [En ligne]. Disponible sur <http://www.infofemmes.com/v2/modules/upload/upload/Plan-triennal-de-lutte-contre-les-violences/PLAN-de-LUTTE-contre-les-VIOLENCES-v12avr2011-vp.pdf> (Consulté le 12 juin 2015).
- [20] Ministère des droits des femmes. Quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 ; 44p. [En ligne]. Disponible sur [http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF\\_221120131.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf) (Consulté le 15 juillet 2015).
- [21] Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. (J.O. 10 juillet 2010).
- [22] Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. (J.O. 5 août 2014)
- [23] Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales, aide à la prise en charge des victimes en dix points. *Rev Prat Med Gen.* 2014 ; 28 (922) : 417-22.
- [24] Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 relative à la répression des crimes et délits contre les personnes. (J.O. 23 juillet 1992).
- [25] Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. (J.O. 27 mai 2004).
- [26] Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. (J.O. 13 décembre 2005).

- [27] Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. (J.O. 5 avril 2006).
- [28] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. (J.O. 7 mars 2007).
- [29] André S. La loi contre les violences faites aux femmes et intrafamiliales, les mesures de protection. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, le Cahier Juridique décembre 2010 ; 2686 : 41-45.
- [30] Loi n°2015-990 du 6 août 2015 - art. 86 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques. (J.O 6 août 2015).
- [31] Circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale (BOMJL n° 2011-01 du 31 janvier 2011).
- [32] DDCS de Maine-et-Loire (Direction Départementale de la Cohésion Sociale), Délégation départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Protocole de prévention et de lutte contre les violences envers les femmes en Maine-et-Loire 2013-2014. 122 p.
- [33] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Oct 2011. 66 p.
- [34] Becker E. L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008 ; 56 (1) : 21-26.
- [35] INHESJ (Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice), ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales). La criminalité en France : rapport annuel 2015. Nov 2015. 34 p.
- [36] Bécour B, Vasseur P, Chuc A, Renaud B. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. *Rev médecine et droit*. 2014 ; 127 : 89-95.
- [37] 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. *Arch Intern Med*. 2006 ; 166 : 22-37.
- [38] Stephan H, Mesthe P, Beheregaray A, Oustric S. Violences conjugales. Les victimes attendent du médecin qu'il aborde le sujet. *Rev Prat Med Gen*. 2012 ; 26 (882) : 428-29.
- [39] Caplan P. The myth of women's masochism. *Am psycho*. 1984 ; 39 : 130-39.
- [40] Kuhl A. Personality traits of abused women : masochism myth refused. *Victimology*. 1984 ; 9 (3-4) : 450-63.
- [41] Kabile J. « Pourquoi ne partent-elles pas ? » Les obstacles à la sortie de la situation de violence conjugale. *Pouvoirs dans la Caraïbe* 2012 ; 17. [En ligne]. Disponible sur <http://plc.revues.org/867> (Consulté le 20 avril 2015).

[42] Site de la MIPROF [Internet]. Disponible sur <http://femmes.gouv.fr/dossiers/actions-dispositifs-interministeriels/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/> (Consulté le 3 avril 2015)

[43] Buchaillet C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude comparative 6 ans après. Th D Méd, Angers; 2012

[44] Site du CIDFF du Maine-et-Loire [Internet]. Disponible sur <http://www.infofemmes.com/v2/p/Contact/cidff-du-maine-et-loire/2324> (Consulté le 25 octobre 2015)

[45] Site du CNIDFF [Internet]. Disponible sur [http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Nous-connaetre\\_3](http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Nous-connaetre_3) (Consulté le 25 octobre 2015).

[46] Site de SOS Femmes Angers [Internet]. Disponible sur <http://annuaire.action-sociale.org/?p=c-h-r-s--s-o-s--femmes-490539343&details=caracteristiques> (Consulté le 5 septembre 2015).

[47] Site de la FNSF [internet]. Disponible sur [http://www.solidaritefemmes.org/ewb\\_pages/f/federation.php](http://www.solidaritefemmes.org/ewb_pages/f/federation.php) (Consulté le 10 septembre 2015).

[48] Circulaire SDFE/DPS n° 2008-159 du 14 mai 2008 relative à la mise en place de « référents » pour les femmes victimes de violences au sein du couple (BO santé, protection sociale, solidarités n°2008/6 du 15 juillet 2008).

[49] Code du travail. Loi 74-955 du 19 novembre 1974, étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale (version à jour du 12 juin 2008).

[50] Site de l'ADAVEM 49 [Internet]. Disponible sur [http://www.angers.fr/associations/l-annuaire-des-associations/index.html?tx\\_dcdassos\\_associations\[associations\]](http://www.angers.fr/associations/l-annuaire-des-associations/index.html?tx_dcdassos_associations[associations]) (Consulté le 6 septembre 2015)

[51] Site de l'INAVEM [Internet]. Disponible sur <http://www.inavem.org/> (Consulté le 7 septembre 2015)

[52] Nieson N. Rapport ministériel sur le financement des associations d'aide aux victimes et la gouvernance de la politique nationale d'aide aux victimes. Juil 2013. 122 p.

[53] Secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle. Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des intervenants sociaux. 43 p.

[54] Préfecture de Maine-et-Loire. Le contingent préfectoral : signature de la convention de réservation de logements sociaux par l'Etat au profit des personnes prioritaires. 2014.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Diagramme de flux : méthode de sélection des dossiers .....	14
Figure 2 : Pyramide des âges des victimes .....	18
Figure 3 : Raisons évoquées par les femmes justifiant l'absence de séparation depuis la prise en charge (plusieurs réponses possibles) .....	23
Figure 4 : Evolution du pourcentage de recours aux professionnels de la santé .....	24
Figure 5 : Evolution du pourcentage de recours aux professionnels socio-juridiques .....	24
Figure 6 : Evolution du pourcentage de recours aux associations .....	25
Figure 7 : Evolution du pourcentage de recours en vue d'un changement de domicile .....	25

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Evolution du statut marital suite à la prise en charge à l'UMJ.....	22
---	----

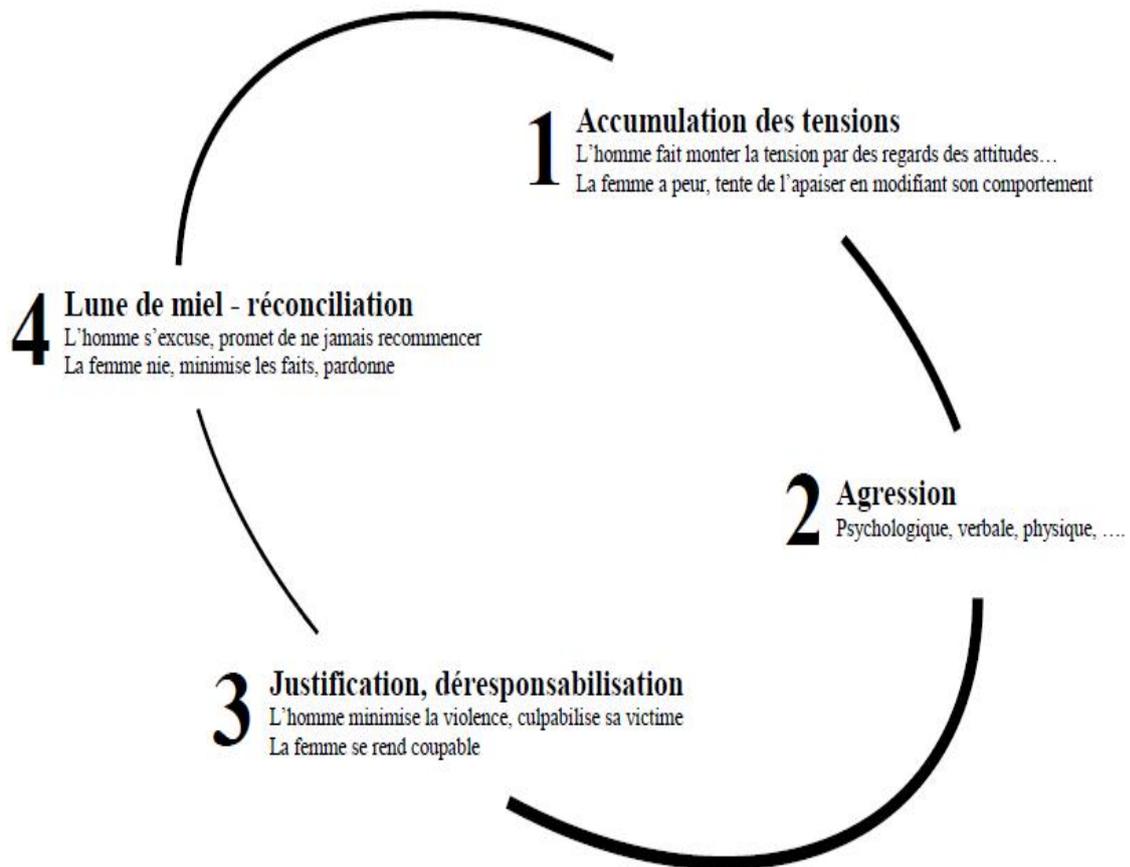
# **TABLE DES MATIERES**

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>13</b>
1. MATERIEL-POPULATION.....	13
2. METHODE.....	13
2.1. <i>Sélection des dossiers</i> .....	13
2.2. <i>Recueil des données</i> .....	15
2.2.1. Accueil IDE.....	15
2.2.2. Examen médico-légal.....	15
2.2.3. Evaluation du retentissement psychologique .....	15
2.2.4. Entretien semi-directif réalisé par l'IDE .....	16
2.2.5. Entretien téléphonique de synthèse.....	17
2.3. <i>Analyse statistique</i> .....	17
<b>RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
1. ACCUEIL IDE .....	18
2. EXAMEN MEDICO-LEGAL .....	20
3. EVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE .....	21
4. ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF REALISE PAR L'IDE .....	21
5. ENTRETIEN TELEPHONIQUE DE SYNTHESE.....	22
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
1. DONNEES DE LA LITTERATURE.....	26
2. LIMITES DE NOTRE ETUDE.....	26
2.1. <i>Biais de mesure</i> .....	28
2.2. <i>Biais d'attrition</i> .....	29
3. DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES VICTIMES AVANT LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ.....	30
3.1. <i>Principaux intervenants sollicités</i> .....	30
3.2. <i>Problématique du lieu de vie</i> .....	30
4. ORIENTATIONS PROPOSEES PAR LES IDE LORS DE LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ .....	31
4.1. <i>Orientations vers les associations</i> .....	31
4.2. <i>Orientations vers les professionnels de santé et sociaux</i> .....	31
4.3. <i>Orientations concernant le logement</i> .....	32
5. DEMARCHES EFFECTUEES PAR LES VICTIMES A L'ISSUE DE LA PRISE EN CHARGE A L'UMJ .....	32
5.1. <i>Evolution du statut marital</i> .....	32
5.2. <i>Le cas des femmes qui ne se séparent pas</i> .....	33
5.3. <i>Evolution du statut professionnel</i> .....	33
5.4. <i>Evolution des recours auprès des professionnels de santé</i> .....	34
5.5. <i>Evolution des recours auprès des professionnels socio-juridiques</i> .....	34
5.6. <i>Evolution des recours auprès des associations</i> .....	36
5.7. <i>Evolution des recours concernant l'hébergement et le logement</i> .....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>38</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>40</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>44</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>44</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXE 1 : CYCLE DES VIOLENCES CONJUGALES.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 2 : ESCALADE DES VIOLENCES CONJUGALES AU COURS DU TEMPS.....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE 3 : REPETITION DES CYCLES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE TEMPS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE 4 : LE CENTRE D'INFORMATION DES DROITS DES FEMMES ET DES FAMILLES DU MAINE-ET-LOIRE .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 5 : SOS FEMMES ANGERS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 6 : L'ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES ET DE MEDIATION DU MAINE- ET-LOIRE .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE 7 : AIDES AU LOGEMENT ET ROLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 8 : TRAME DE QUESTIONNAIRE IDE.....</b>	<b>58</b>

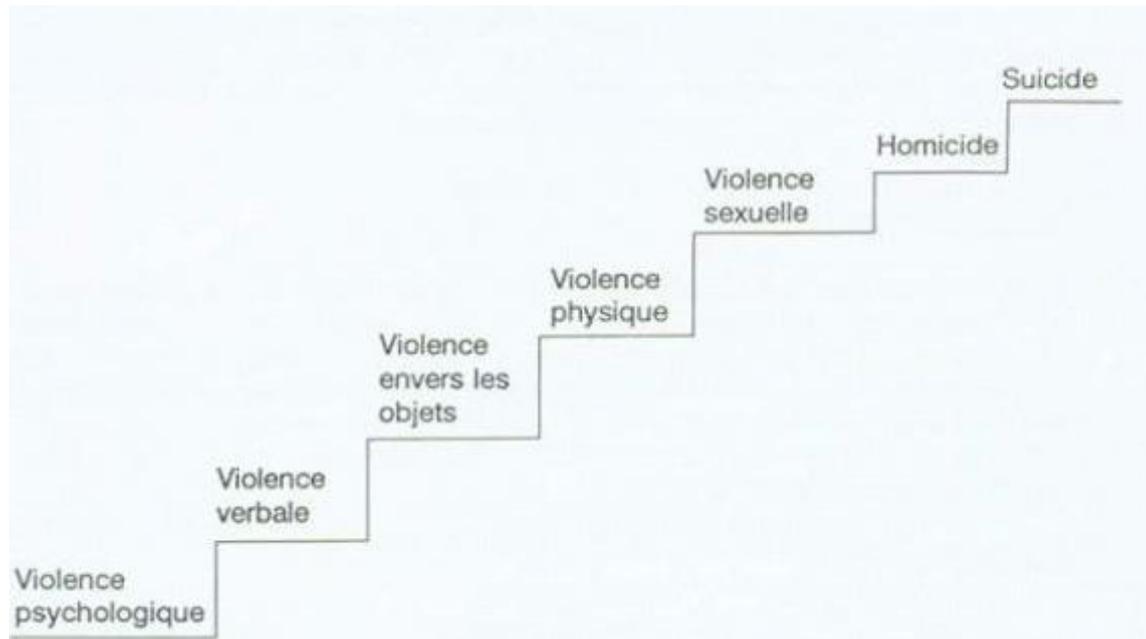
# Annexe 1 : Cycle des violences conjugales

Les différentes phases décrites par Walker [4] : l'accumulation de tensions conduisant à l'agression, puis la phase de justification et enfin la phase dite de « lune de miel ».



## **Annexe 2 : Escalade des violences conjugales au cours du temps**

Dans la majorité des cas, les violences conjugales se modifient, se cumulent et s'aggravent au cours du temps [43].



## Annexe 3 : Répétition des cycles de violences conjugales dans le temps

Les cycles se répètent dans le temps, au cours duquel on constate une diminution des périodes de répit (« lunes de miel ») au profit des épisodes de violences [43].



# **Annexe 4 : Le centre d'information des droits des femmes et des familles du Maine-et-Loire**

## **1. Historique et partenariats**

Le centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF) [44] est une association selon la loi 1901, à mission d'intérêt général, créée en janvier 1981. Il dépend du centre national d'information des droits des femmes et des familles (CNIDFF), qui comprend 114 centres en France et est membre de l'union régionale des CIDFF des Pays-de-la-Loire [45].

Le CIDFF est agréé depuis 1991 par le ministère des droits des femmes et de l'égalité et conventionné depuis 2005 par le ministère de la justice pour l'aide aux victimes d'infraction pénale à caractère sexiste et/ou intrafamilial.

## **2. Pilotage et moyens humains**

Cette association est composée, d'une part d'un conseil d'administration, d'autre part d'une équipe de sept permanents dont quatre juristes directement en lien avec les victimes.

## **3. Publics concernés**

Cette association s'adresse à un large public :

- au niveau individuel : les femmes et les jeunes filles, les membres des familles, les victimes d'infractions pénales et leur entourage (en particulier les témoins).
- au niveau collectif : les professionnels, les élus, les élèves, les étudiants, les parents, les adolescents et les adultes, etc...

## **4. Objectifs**

Sa mission principale est d'agir pour la mise en œuvre des droits des femmes et des familles, en favorisant l'autonomie des femmes victimes de violences et leur capacité à faire valoir leurs droits, en militant pour la mise en œuvre des dispositions légales sur les droits des femmes et des familles et en combattant les discriminations et les violences sexistes.

Afin de mener à bien cette mission, le CIDFF intervient selon trois axes :

- *information et orientation individuelle, confidentielle et gratuite* dans les domaines du droit civil, du droit pénal, de la lutte contre les violences sexistes, du droit du travail,

du droit social, des procédures judiciaires, du soutien à la parentalité, de l'exercice de la citoyenneté, de l'emploi et de l'insertion des femmes en difficulté ;

- accompagnement des victimes d'infractions à caractère sexiste et/ou familial dans le cadre d'un service juridique spécialisé et encadré par une juriste référente en victimologie : entretiens successifs fixés au rythme de la personne et en fonction de l'avancée de ses démarches juridiques ;
- sensibilisation et formations collectives sur le droit des femmes et des familles, la lutte contre les discriminations sexistes, le respect mutuel filles/garçons et l'égalité entre les hommes et les femmes (sessions de formation, journées de sensibilisation, forums, colloques, conférences-débats...).

## **5. Lieux d'accueil**

Le CIDFF siège au palais de justice d'Angers et a de nombreuses permanences dans le département (maison de la justice et du droit à Angers, tribunal de Saumur, Avrillé, Beaucouzé, Beaufort-en-Vallée, Chemillé, Montreuil-Juigné, Saint-Barthélemy-d'Anjou et Segré).

## **6. Coordonnées**

35 rue Saint-Exupéry. 49000 Angers

02.41.86.18.04

cidff49@orange.fr

# **Annexe 5 : SOS Femmes Angers**

## **1. Historique et partenariats**

SOS Femmes Angers est une association selon la loi 1901, à mission d'intérêt général, créée en 1985 [46]. Elle fait partie du réseau de la fédération nationale solidarité femme (FNSF) qui compte 64 associations membres. La FNSF gère la plateforme d'écoute nationale « 3919-violences femmes infos » [47].

Depuis 2008, SOS Femmes Angers est le « référent violences conjugales » du Maine-et-Loire [18, 48]. Elle est reconnue comme l'interlocuteur de proximité des femmes victimes de violences, pour garantir leur accompagnement et leur suivi global. Ce statut de référent a favorisé l'implantation de permanences sur Cholet, Saumur et Segré (2 jours par mois). Chaque année près de 300 femmes sont prises en charge par cette association.

Elle est financée grâce à des subventions d'organismes publics et d'institutions diverses (agences régionales de santé, conseil général, secrétariat aux droits des femmes, caisse primaire d'assurance maladie, mairie d'Angers, communes...).

## **2. Pilotage et moyens humains**

Cette association est composée, d'une part d'un conseil d'administration de huit membres, d'autre part d'une coordinatrice, une secrétaire et six travailleuses sociales (conseillères en économie sociale et familiale, éducatrices spécialisées) qui sont directement en contact avec les victimes.

## **3. Publics concernés**

Les publics concernés par cette association sont, par définition, les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants.

## **4. Objectif principal**

La lutte contre toutes les violences faites aux femmes, plus particulièrement dans le couple.

## **5. Services apportés**

- *Accueil, écoute, accompagnement des femmes*
  - Ecoute téléphonique anonyme et gratuite trois demi-journées par semaine.

- Accueil gratuit sur place, avec ou sans rendez-vous, du lundi au vendredi.
- Accompagnement par une série d’entretiens sans limitation de durée : la travailleuse sociale informe la femme de ses droits, l’accompagne dans ses démarches juridiques, administratives et sociales, et l’oriente vers les partenaires compétents (ADAVEM 49, CIDFF, planning familial...).

- ***Solutions d’hébergement***

SOS Femmes Angers est un centre d’hébergement et de réadaptation social (CHRS) [49] proposant:

- *des hébergements d’urgence, pour une mise en sécurité immédiate* : 12 places dans 4 studios avec partie collective et 1 appartement (durée : 5 jours renouvelables.) ;
- *des hébergements temporaires, pour la mise en œuvre d’un nouveau projet de vie*: 14 places réparties dans 4 appartements (durée : 2 mois renouvelables une fois.)

Ces logements permettent l’accueil des femmes et de leurs enfants, et sont loués à des bailleurs sociaux avec adresses tenues secrètes. Le financement du fonctionnement des CHRS est assuré par une dotation globale de l’Etat. Les femmes acquittent une participation financière à leurs frais d’hébergement sur la base d’un barème réglementaire tenant compte de leurs ressources.

- ***Sensibilisation, information et formation***

Rôle de sensibilisation, d’information et de formation destiné au grand public (conférences, débats, formations des étudiants...) et aux professionnels (justice, santé, travailleurs sociaux, police et gendarmerie...).

- ***Téléphone grand danger :***

SOS femmes devrait être responsable du déploiement du « téléphone grand danger » dans le Maine-et-Loire, en 2016 [20]. Ce téléphone est un dispositif de télé-protection, permettant à la victime d’alerter les autorités publiques et d’être géo-localisée (avec son accord), dès qu’elle se sent menacée. Quand les conditions sont réunies (absence de cohabitation entre la victime et l’auteur, homme faisant l’objet d’une interdiction judiciaire d’entrer en contact avec la victime...), c’est le procureur qui décide ou non d’attribuer ce téléphone.

## **6. Coordonnées**

35, rue Saint-Exupéry. 49000 Angers

02.41.87.97.22

sos.femmes.angers@orange.fr

# **Annexe 6 : L'association d'aide aux victimes et de médiation du Maine-et-Loire**

## **1. Historique et partenariats**

L'association d'aide aux victimes et de médiation du Maine-et-Loire (ADAVEM 49) est une association selon la loi 1901, créée en 1989, à mission d'intérêt général [50]. Elle est affiliée à l'institut national d'aide aux victimes (INAVEM) qui regroupe 150 services en France. L'INAVEM, créé en 1986, s'est constitué en fédération nationale des associations d'aide aux victimes à la faveur du changement des statuts de l'association en juin 2004 [51]. L'objet de la fédération est de promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. L'INAVEM est membre fondateur de Victim Support Europe, et à ce titre, a beaucoup œuvré pour l'adoption de la directive européenne du 25 octobre 2012 sur les normes minimales pour les victimes. Le réseau INAVEM anime les bureaux d'aide aux victimes (BAV) au sein des tribunaux de grande instance (TGI).

L'ADAVEM 49 reçoit des financements nationaux des différents ministères (ministère de la justice, de l'intérieur, des droits des femmes, des affaires sociales et de la santé, de l'éducation nationale et du fonds interministériel de prévention de la délinquance), des collectivités locales et territoriales et du fond social européen [52].

## **2. Pilotage et moyens humains**

Elle est composée de juristes et de psychologues cliniciens.

Les juristes permettent :

- de renseigner les victimes sur l'organisation judiciaire, le dépôt de plainte et ses suites, la possibilité de se constituer partie civile, les procédures et mécanismes d'indemnisation ;
- d'accompagner la victime aux audiences de jugement et la préparer aux expertises ;
- d'orienter les victimes vers d'autres services spécialisés : avocats, assurances ou services médico-psychologiques.

Les psychologues sont sensibilisés à la victimologie et au psychotraumatisme et proposent un soutien psychologique aux victimes durant toutes leurs démarches.

### **3. Publics concernés**

Elle reçoit toute personne (homme, femme, enfant) qui s'estime victime d'une infraction pénale, qu'elle ait déposé plainte ou non.

### **4. Objectifs**

Elle a comme missions principales :

- la reconnaissance de la victime et de ses droits,
- l'apaisement des conflits,
- la lutte contre l'isolement des victimes et la diminution du sentiment d'insécurité.

Sa finalité est d'améliorer le parcours de la victime d'infraction pénale et permettre une meilleure connaissance du rôle et des compétences de chaque acteur du dispositif.

### **5. Lieux d'accueil**

L'ADAVEM 49 siège au BAV du palais de justice d'Angers.

Ses membres réalisent, du lundi au vendredi, une permanence téléphonique et des entretiens sur rendez-vous gratuitement.

Depuis 2011, l'ADAVEM 49 a également une permanence au sein de l'UMJ du service de médecine légale, composée de juristes, tous les matins du lundi au vendredi.

Elle réalise par ailleurs des permanences dans tout le Maine-et-Loire :

- Cholet : Palais de justice et CH lors des consultations de médecine légale,
- Saumur : Palais de justice et CH lors des consultations de médecine légale,
- Segré : Sous-préfecture.

### **6. Coordonnées**

Palais de justice, place du général Leclerc. 49000 Angers

02.41.20.51.26

adavem49@gmail.com

# **Annexe 7 : Aides au logement et rôle de l'assistante sociale**

L'assistante sociale s'occupe du projet de vie de la victime et de son avenir en terme d'hébergement, de logement, de dispositifs de couverture santé (ACS, CMU...), des aides financières allouées par la CAF, et du mode de garde des enfants [53].

Concernant le lieu de vie il faut distinguer l'hébergement du logement.

## **1. Mesures d'hébergement**

L'hébergement concerne les mesures urgentes d'accueil, pour une mise en sécurité immédiate (en attendant que le juge aux affaires familiales statue sur l'ordonnance de protection, par exemple).

Parmi ces mesures d'hébergement urgentes, sont proposés :

- l'hébergement chez une tierce personne (ami, famille, collègue) ;
- les solutions d'hébergement d'urgence proposées par SOS Femmes ;
- le 115 (lorsque les capacités d'hébergement d'urgence via SOS Femmes sont dépassées), afin que les femmes puissent bénéficier du dispositif de nuitées d'hôtel gratuites mis en place par la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) depuis janvier 2015.

## **2. Mesures de logement : le cas spécifique du contingent préfectoral**

Concernant les mesures de logements sociaux, la victime peut bénéficier du caractère prioritaire du contingent préfectoral [54] défini par la loi n°90-449 du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement, et dont l'application a été rendue obligatoire dans tous les départements par le décret du 15 février 2011 relatif à la procédure d'attribution des logements sociaux et du droit au logement opposable.

Cette mesure de contingent préfectoral est un droit de réservation au profit du préfet sur les logements des organismes HLM en contrepartie de la participation de l'Etat au financement de leur parc. Ce contingent doit permettre au représentant de l'Etat de proposer aux organismes HLM l'attribution prioritaire de ces logements aux femmes victimes de violences conjugales.

Ainsi, lorsque les critères sont réunis (difficultés financières et/ou sociales), un document de saisine pour le contingent préfectoral est rédigé par l'assistante sociale avec la victime. Cette demande permet d'accélérer la procédure d'accessibilité aux logements sociaux. Ce document est ensuite adressé au service de la DDCS qui gère le contingent préfectoral, ainsi que la fiche d'évaluation sociale. Le dossier est ensuite transmis aux bailleurs sociaux dont l'obligation est de présenter un logement en adéquation avec la situation de la victime dans un délai maximal de quatre mois.

Dans le Maine-et-Loire cette procédure de relogement est rapide, et dure en moyenne un mois et demi. D'après les dernières données de la DDCS on estime en 2015 que 111 victimes de violences conjugales ont été relogées via ce dispositif, parmi elles, 52 demandes émanaient des travailleurs sociaux et 59 de demandes directes des victimes auprès de leur bailleur social.

# Annexe 8 : Trame de questionnaire IDE



## UNITE MEDICO JUDICIAIRE - ACCUEIL INFIRMIER

DATE : EFFECTUE PAR : MEDECIN LEGISTE :

---

NOM - PRENOM : Date de naissance :

Adresse et Téléphone

Médecin traitant :

Situation familiale : Célibataire  Marié/Pacsé  Concubinage  Divorcé  Séparé

Enfants : oui  non  Si oui, nombre et âge :

Profession - Activité actuelle : Difficulté/souffrance au travail

Arrêt de travail: oui  non

Sécurité Sociale : oui  non  Mutuelle oui  non

Mesures de Protection Juridique : oui  non  Si oui, Curatelle  Tutelle

---

Date, Heure et Lieu de l'agression :

Type de l'agression : VC  CB  AT  AVP  AGS  Autre

Caractéristiques : Physique  Sexuelle  Verbale  Psychologique  Autre :

Mode d'agression : Ponctuelle/Unique  Répété/Chronique

Auteur(s) de l'infraction : Inconnu  Conjoint(e)  Ami(e) / Relation  Autre :

Dépôt de plainte : Gendarmerie  Police  Lieu

Consultation(s) médicale (s) - Démarches avant plainte OPJ : oui  non

Documents joints : CR à récupérer

---

Circonstances de l'agression :

---

Information de la procédure pénale / ITT oui  non

---

PROPOSITION D'ORIENTATION UMJ :

IDE UMJ  ACCUEIL PSYCHOLOGIQUE  ASSISTANTE SOCIALE  ADAVEM

---

---

ATCD médico - chirurgicaux :

Traitement en cours :

---

ATCD Psychiatrique :

---

Evènement traumatique vécu : oui  non  ne sait pas

---

**PROPOSITION D'ORIENTATION POST UMJ**

ADAVEM  SOS FEMMES  CIDFF  AAVAS  PLANNING FAMILIAL  MDA

ASSISTANTE SOCIALE DE SECTEUR

MEDECIN GENERALISTE

AUTRE :

**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**

RÉSUMÉ

**Contexte** : la violence conjugale est un problème majeur de santé publique. Si la compréhension de ses mécanismes ne cesse de croître, peu d'investigations mettent en lumière les démarches entreprises par les femmes victimes qui portent plainte.

**Objectif** : décrire les démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales, ayant déposé plainte, suite à leur prise en charge à l'UMJ du CHU d'Angers.

**Méthode** : étude rétrospective de 84 dossiers de femmes victimes de violences conjugales, basée sur l'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés par des infirmières et de certificats médico-légaux.

**Résultats** : 80 % des femmes de l'étude avaient déjà fait appel à un ou plusieurs intervenants concernant les violences conjugales, dont leur médecin généraliste dans la majorité des cas (54 %). A l'issue de la prise en charge à l'UMJ, 62 % des victimes ont contacté l'assistante sociale, 43 % ont bénéficié des allocations de la CAF et 13 % du contingent préfectoral. L'ADAVEM était l'association la plus sollicitée (43 %) suivie du CIDFF (21 %) et de SOS femmes (18 %). Dans 62 % des cas les femmes ont contacté un avocat grâce aux juristes de l'ADAVEM. Le psychologue a été le professionnel paramédical le plus consulté (30 %). Ces démarches avaient encouragé les femmes dans leur processus d'autonomisation, comme en témoigne le taux de séparation (73 %) au moment de l'entretien téléphonique de synthèse.

**Conclusion** : Cette prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée au sein de l'UMJ a permis aux victimes de lever un frein à l'accessibilité des professionnels et de bénéficier d'aides socio-juridiques et associatives. La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales nécessite un travail de partenariat et de coopération entre les différents professionnels (sanitaires, judiciaires, sociaux et associatifs).

**Mots-clés** : IDE, violences conjugales, femmes, travail en réseau, dépôt de plainte, UMJ

**Steps taken by women victims of domestic violence after their support at Angers UMJ: retrospective study of 84 victims**

ABSTRACT

**Context** : domestic violence is a major public health problem. If the understanding of its mechanisms grows more and more, not many investigations highlight the steps taken by women victims who lodged a complaint.

**Objective** : to describe the steps taken by women victims of domestic violence who lodged a complaint, following their support at Angers UMJ.

**Method** : retrospective study of 84 cases of women victims of domestic violence, based on the analysis of semi-structured interviews by nurses and medical-legal certificates.

**Results** : 80 % of women in our study had already seen one, or more professionals concerning domestic violence, and the general practitioner was their first contact (54 %). After the support at UMJ, 62 % of victims contacted the social worker, 43 % received allowances from the CAF and 13 % of the prefectural contingent. The ADAVEM was the most sought association by the victims (43 %) followed by CIDFF (21 %) and SOS Femmes (18 %). In 62 % of women have contacted a lawyer thanks to jurists of ADAVEM. The psychologist was the most viewed paramedic (30 %). These steps had encouraged women in their empowerment process as evidenced by the separation rate (73 %) at the time of the telephone interview summary.

**Conclusion** : multidisciplinary and personalized care in the UMJ allowed victims to lift a barrier and gave them access to professionals, associations and social-legal benefits. Taking care of women victims of domestic violence requires a working partnership, and cooperation between different professionals (health, judicial, social and associative).

**Keywords** : nurse, domestic violence, women, working partnership, lodge a complaint, UMJ