



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais
Etude prospective - UMJ de Boulogne-sur-Mer

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 2018 à 18h00
au Pôle Formation

Par Pauline LEFEBVRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Docteur CALAFIORE

Monsieur le Docteur SICOT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur CHOCHOIS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Liste des abréviations..... | 7 |
| I. RESUME | 8 |
| II. INTRODUCTION | 10 |
| III. CONTEXTE | 11 |
| A. Définition de la violence | 11 |
| B. Les différentes formes de violence | 13 |
| 1. La violence physique | 13 |
| a) Définition | 13 |
| b) Cadre légal | 13 |
| c) Epidémiologie en France | 15 |
| 2. La violence morale..... | 15 |
| a) Définition | 15 |
| b) Cadre légal | 16 |
| c) Epidémiologie en France | 16 |
| 3. La violence sexuelle | 17 |
| a) Le viol..... | 17 |
| (1) <i>Définition</i> | 17 |
| (2) <i>Cadre légal</i> | 17 |
| (3) <i>Epidémiologie en France</i> | 18 |
| b) Les autres violences sexuelles | 19 |
| (1) <i>Définition</i> | 19 |
| (2) <i>Cadre légal</i> | 19 |
| (3) <i>Epidémiologie en France</i> | 20 |
| C. Données épidémiologiques disponibles en France | 21 |
| D. Lutte contre les violences faites aux femmes : historique | 23 |
| 1. A l'échelle mondiale | 23 |
| 2. A l'échelle nationale | 24 |
| E. Contexte de l'étude..... | 26 |
| 1. A l'échelle régionale et départementale | 26 |
| 2. L'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de Boulogne-sur-Mer | 27 |
| IV. MATERIELS ET METHODE..... | 29 |
| A. Type d'étude | 29 |
| B. Population | 29 |
| C. Description du questionnaire | 30 |
| D. Recueil de données | 31 |
| E. Ethique | 31 |

| | |
|---|-----------|
| F. Analyses statistiques | 32 |
| V. RESULTATS | 33 |
| A. Résultats relatifs au premier volet du questionnaire | 33 |
| 1. Caractéristiques des victimes | 33 |
| a) Age | 33 |
| b) Nationalité | 34 |
| c) Lieu de vie | 34 |
| d) Niveau d'études | 35 |
| e) Activité professionnelle | 35 |
| f) Statut conjugal | 36 |
| g) Nombre d'enfants | 37 |
| h) Antécédents de violence | 38 |
| 2. Caractéristiques des auteurs de violences | 38 |
| a) Sexe | 38 |
| b) Lien avec la victime | 39 |
| 3. Circonstances | 40 |
| a) Séparation/Divorce | 40 |
| b) Consommation de substances | 40 |
| 4. Consultation du médecin généraliste | 41 |
| B. Résultats relatifs au deuxième volet du questionnaire | 42 |
| 1. Types de violence | 42 |
| a) Violences physiques | 42 |
| b) Violences morales | 43 |
| c) Violences sexuelles | 43 |
| 2. Délai de consultation à l'UMJ | 43 |
| 3. Conséquences des violences | 44 |
| a) Arrêt de travail | 44 |
| b) Incapacité Totale de Travail | 45 |
| c) Retentissement psychologique | 46 |
| d) Intérêt d'un rendez-vous avec une association d'Aide aux Victimes et d'Information Judiciaire (AVIJ) | 46 |
| VI. DISCUSSION | 47 |
| A. Profil des victimes | 47 |
| 1. Age | 47 |
| 2. Contexte familial | 49 |
| 3. Nationalité | 49 |
| 4. Origine géographique | 50 |
| 5. Niveau d'études et profession | 51 |
| B. Caractéristique des auteurs | 52 |
| 1. Sexe | 52 |
| 2. Lien avec la victime | 52 |
| C. Formes de violence | 54 |
| D. Consommation de substances | 55 |
| E. Conséquences des violences | 56 |
| 1. Retentissement psychologique | 56 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Retentissement économique..... | 57 |
| 3. Retentissement physique..... | 58 |
| F. Consultation du médecin généraliste..... | 58 |
| G. Forces et faiblesses de l'étude | 60 |
| 1. Limites de l'étude..... | 60 |
| a) Biais de sélection..... | 60 |
| b) Biais d'information | 61 |
| c) Puissance de l'étude et validité externe | 61 |
| 2. Forces de l'étude | 62 |
| VII. CONCLUSION..... | 63 |
| VIII. BIBLIOGRAPHIE | 65 |
| IX. ANNEXES | 69 |

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| FIGURE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES ENQUETES DE VICTIMATION MENEES EN FRANCE | 22 |
| FIGURE 2 : LES ARRONDISSEMENTS DU PAS-DE-CALAIS ET LEURS CHEFS-LIEUX (54) | 27 |
| FIGURE 3 : REPARTITION DES DIFFERENTES ACTIVITES AU SEIN DE L'UMJ DE BOULOGNE-SUR-MER | 28 |
| FIGURE 4 : AGE DES VICTIMES..... | 33 |
| FIGURE 5 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES VICTIMES | 34 |
| FIGURE 6 : NIVEAUX D'ETUDES DES VICTIMES..... | 35 |
| FIGURE 7 : ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES VICTIMES..... | 36 |
| FIGURE 8 : NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME | 37 |
| FIGURE 9 : SEXE DES AGRESSEURS | 38 |
| FIGURE 10 : LIEN ENTRE VICTIMES ET AUTEURS DE VIOLENCES..... | 39 |
| FIGURE 11 : CIRCONSTANCES DES VIOLENCES, CONSOMMATION DE SUBSTANCES..... | 40 |
| FIGURE 12 : CONSULTATION D'UN MEDECIN GENERALISTE PAR LES VICTIMES..... | 41 |
| FIGURE 13: REPARTITION DES DIFFERENTS TYPES DE VIOLENCES PHYSIQUES..... | 42 |
| FIGURE 14 : DELAI ENTRE LES FAITS ET LA CONSULTATION A L'UMJ (EN JOURS)..... | 44 |
| FIGURE 15 : DUREE D'ITT FIXEE PAR LE MEDECIN LEGISTE A L'ISSUE DE LA CONSULTATION..... | 45 |

Liste des abréviations

ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France

AVIJ : Aide aux Victimes et Information Judiciaire

CH : Centre Hospitalier

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSF : Contexte de la Sexualité en France

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

EVS : Evènements de Vie et Santé

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale

ONU : Organisation des Nations Unies

ONVF : Observatoire National des Violences faites aux Femmes

UE : Union Européenne

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VIRAGE : Violences et rapports de genre

I. Résumé

Contexte : Les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique majeur, et sont rencontrées quotidiennement en médecine légale. Les études qui ont été menées à ce sujet concernent la population générale féminine, et ne s'attachent pas spécifiquement aux femmes consultant dans les unités médico-judiciaires (UMJ). L'objectif principal de ce travail était de définir les caractéristiques des violences faites à ces femmes, d'en décrire leurs victimes et leurs auteurs. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs conséquences et de connaître le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes.

Matériels et Méthode : Cette étude a été menée du 1^{er} septembre au 30 novembre 2017, auprès des femmes qui consultaient à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer ou une de ses trois antennes (situées dans le Pas-de-Calais), dans le but d'obtenir un certificat médical de coups et blessures. Ont été exclues les victimes mineures et celles consultant pour des violences involontaires. Un questionnaire anonyme était rempli par les femmes accueillies en consultation et par les médecins légistes les ayant reçues.

Résultats : Au total, 95 femmes ont été incluses dans cette étude. L'âge moyen des victimes était de 36 ans. La moitié d'entre-elles n'avaient pas d'activité professionnelle. Plus de 90% des femmes connaissaient leur(s) agresseur(s), il(s) étai(en)t de sexe masculin dans environ trois quarts des cas. Plus de 60% des victimes déclaraient que l'auteur des violences était leur concubin, ancien ou actuel. Dans 30% des cas, les violences survenaient dans un contexte de séparation. Elles étaient principalement physiques (n = 77) et psychologiques (n= 51). Six femmes alléguaient des violences

sexuelles. Seul un tiers des femmes avait consulté un médecin généraliste pour ce motif. Les médecins légistes notaient un retentissement psychologique chez 41 victimes et 68 femmes avaient une Incapacité Totale de Travail (ITT) supérieure ou égale à un jour.

Discussion et Conclusion : Les violences subies par les femmes qui consultent à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer sont en majorité le fait d'auteur(s) connu(s) et de sexe masculin. Il s'agit souvent du conjoint, ancien ou actuel. A l'avenir, il serait intéressant de mener une analyse statistique afin de rechercher des facteurs protecteurs ou de risque de violences chez ces victimes.

II. Introduction

La violence est une notion complexe qui peut prendre différentes formes. Elle concerne potentiellement chacun d'entre nous, mais elle touche préférentiellement les femmes. Selon les estimations mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près d'une femme sur trois indique avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie (1). Les chiffres sur le sujet sont probablement sous-estimés, car peu de victimes prennent la parole, notamment dans certains pays où la femme n'a aucun pouvoir d'expression (1,2). Lorsqu'elles décident de sortir du silence, différents interlocuteurs sont disponibles : professionnels du domaine de la santé, du social ou de la justice, associations d'aide aux victimes, ou encore entourage familial et amical. Le médecin n'est pas toujours la première personne vers qui les victimes se tournent pour en parler (2,3). Les violences faites aux femmes constituent une problématique de santé publique, puisqu'elles ont des conséquences physiques, psychologiques, économiques ou encore sociales et il arrive parfois qu'elles mènent au décès de la victime (par suicide ou homicide) (4). Les études de grande ampleur réalisées sur les violences exclusivement faites aux femmes ont été menées il y a une dizaine d'années (5,6). Les travaux les plus récents traitaient spécifiquement des violences sexuelles (7–9). Dans ce travail, nous nous sommes intéressés précisément aux femmes qui sont sorties du silence et qui ont entrepris de consulter un médecin légiste, en vue d'établir un certificat de coups et blessures.

L'objectif principal de cette étude était de définir les caractéristiques des violences faites à ces femmes afin d'en décrire leurs types, leurs circonstances, leurs victimes et leurs auteurs. Les objectifs secondaires étant d'évaluer leurs conséquences et de connaître la place du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes et d'envisager l'intérêt d'une étude plus importante en termes d'exhaustivité.

III. Contexte

A. Définition de la violence

Le mot « *violence* » vient du latin « *violentia* » qui signifie « *un caractère emporté et impétueux* » ou encore « *une force brutale* » (10). La violence peut être individuelle, dirigée vers autrui ou vers soi-même. Elle peut aussi s'exercer au sein d'un groupe, d'un Etat ou d'une culture. C'est une notion complexe, qui ne se limite pas simplement aux coups portés. Peuvent être caractérisés de « violents » : une attitude, une action mais aussi une pensée, un propos, une personne (la réduisant ainsi à la violence des actes qu'elle commet) ou encore un événement (météorologique, par exemple). Définir la violence implique de prendre en considération l'ensemble de ces aspects. Il s'agit en outre d'une notion subjective. En effet, si certains actes sont considérés comme violents de façon consensuelle ; selon l'époque, la culture, la législation ou la religion, un comportement peut être considéré comme violent ou non (11).

L'OMS a réuni plusieurs de ces composantes et a défini la violence de la façon suivante : « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (12). On nuancera cette définition en précisant que l'on peut distinguer la violence volontaire de la violence involontaire à travers la notion d'intentionnalité ; l'auteur ayant, dans le premier cas, délibérément cherché à porter atteinte à l'autre. Au sein de ce travail, le terme « *violence* » sera employé au sens de « *violence volontaire* », les violences involontaires n'étant pas l'objet de l'étude.

Dans la législation française, la violence est définie au sens large, sans préjuger de son caractère volontaire ou non. En effet, en droit pénal, la violence se caractérise par « *une atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne* » (13). En droit civil, c'est « *l'acte délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime, un trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour sa personne ou pour ses biens* » (14). Plusieurs formes de violence peuvent être distinguées, bien qu'elles soient fréquemment associées : les violences physiques, les violences morales et les violences sexuelles.

B. Les différentes formes de violence

1. La violence physique

a) Définition

La violence physique constitue une atteinte à l'intégrité corporelle par un contact physique direct (coup, gifle, morsure, striction, empoignade...) ou indirect (par l'utilisation d'un objet contondant, d'une arme blanche, d'une arme à feu...) (15). Elle peut entraîner des conséquences physiques (plaies, contusions, fractures...), mais aussi psychologiques (état de stress aigu ou état de stress post-traumatique consécutifs à une agression, par exemple).

b) Cadre légal

Les violences physiques, plus communément appelées « *coups et blessures volontaires* », sont passibles de sanctions tant sur le plan civil que pénal. Dans le cadre pénal, les conséquences varient en fonction de la durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT) et de la présence éventuelle d'une circonstance aggravante. L'ITT, au sens pénal du terme, correspond à la durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer les gestes de la vie courante. Elle est proposée par le médecin, et reflète les violences subies. L'ITT permet au magistrat d'apprécier la gravité de leurs conséquences et peut ainsi contribuer à qualifier une infraction (16).

Les coups et blessures volontaires constituent une contravention de classe 5 s'ils ont entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours. Celle-ci sera alors traitée par le Tribunal de Police et passible d'une amende pouvant atteindre 1 500 €. En l'absence d'ITT, il s'agira d'une contravention de classe 4 passible de 750 € d'amende (17). Le délai de prescription pour les contraventions est fixé à un an (18). Si l'ITT est strictement supérieure à 8 jours, l'infraction constitue un délit, relevant du Tribunal Correctionnel et passible d'une peine de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende (19). Dans ce cas, le délai de prescription est porté à 6 ans (20).

Par ailleurs, il existe des circonstances aggravantes, qui alourdissent potentiellement la peine encourue. Elles peuvent être en rapport avec l'état de la victime, celui de l'auteur ou avec les circonstances des violences :

- Concernant la victime : vulnérabilité (âge, état de santé), mineur(e) de quinze ans, agent de police ou gendarme ;
- Concernant l'auteur : partenaire (ancien ou actuel), multiples agresseurs ;
- Concernant les circonstances : motif raciste ou homophobe, utilisation d'une arme, violences au sein d'un établissement scolaire (21).

D'autre part, la victime peut, sur le plan civil, obtenir des dommages et intérêts, dont le montant dépendra des préjudices corporels, moraux et/ou matériels subis (22).

c) Epidémiologie en France

Selon l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), 18 % des femmes déclarent avoir subi au moins une violence physique au cours de leur vie et 3 % au cours de l'année écoulée (23). L'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) révélait en 2016 que chaque année, en moyenne, 1,5 % des femmes déclaraient avoir subi des violences physiques en dehors du ménage. C'était le cas pour seulement 1,2 % des hommes. Les femmes étaient près de deux fois plus nombreuses à déclarer des violences au sein du ménage (1,1 %) que les hommes (0,6%)(3).

2. La violence morale

a) Définition

Il s'agit des violences psychologiques, qui peuvent prendre plusieurs formes. D'abord, les violences verbales, qui sont les violences « qui s'entendent ». Les propos peuvent être violents par leur forme (haussements du ton, cris...) ou par leur contenu (insultes, menaces...). Elles peuvent aussi prendre la forme de comportements, d'actes, d'attitudes de contrôle, d'autorité ou de mépris qui entraînent la dévalorisation, l'humiliation, voire la privation de liberté de la victime (24).

Le retentissement psychologique est variable en fonction du ressenti subjectif de celle-ci, et peut prendre la forme de troubles anxieux (anxiété généralisée, crises d'angoisse, troubles obsessionnels compulsifs...), de troubles du sommeil (cauchemars, insomnies...) ou de l'humeur (épisode dépressif, par exemple). Il peut mener à des comportements addictifs (toxicomanie, troubles du comportement alimentaire...) ou au suicide (25).

b) Cadre légal

Les violences psychologiques et physiques sont sanctionnées en France de la même manière, réunies sous le terme commun d' « *atteinte volontaire à l'intégrité de la personne* ». Là encore, c'est bien la violence subie, reflétée par l'ITT en droit pénal et l'estimation du préjudice en droit civil, qui est prise en compte. De même, les circonstances aggravantes sont identiques à celles des violences physiques volontaires, détaillées précédemment (17–21).

c) Epidémiologie en France

Les insultes sont les agressions les plus fréquentes dans l'espace public (elles représentent 13,2 % des violences au sein de cette sphère). Dans les autres cadres de vie (au sein du ménage et dans les milieux scolaire ou professionnel), ce sont les atteintes psychologiques qui prédominent, constituant 16,7 % des violences au travail et près de 25 % des violences conjugales (2).

3. La violence sexuelle

a) Le viol

(1) *Définition*

D'un point de vue juridique, constitue un viol tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (26). Sont considérés comme des viols les actes de pénétration vaginale mais aussi anale ou buccale, que ce soit par un sexe, un doigt ou un objet. La contrainte sous-entend l'existence de pressions physiques ou morales, la menace peut être le fait d'annoncer des représailles en cas de refus de la victime et la surprise suppose que cette dernière ne soit pas en capacité de donner son consentement. L'absence de consentement constitue un axe central dans cette définition (27,28).

(2) *Cadre légal*

Le viol est un crime, jugé en Cour d'Assises, passible d'une peine de 15 ans d'emprisonnement (pouvant atteindre 20 ans en cas de circonstances aggravantes, voire 30 ans s'il a entraîné la mort) (26,29,30).

Les circonstances aggravantes diffèrent légèrement de celles des violences physiques et psychologiques. Elles concernent :

- La victime : âge inférieur à quinze ans, prostitution, vulnérabilité manifeste ou connue de l'auteur (grossesse, âge, état de santé) ;
- L'auteur : viol conjugal, personne ayant autorité, ascendant, multiples auteurs ou complices, état d'ivresse manifeste ou prise de produits stupéfiants ;
- Les circonstances : menace ou usage d'une arme, contact par un réseau social, violence en concours ;
- Les conséquences : mutilation ou infirmité permanente (31).

Comme pour tous les crimes, la victime dispose d'un délai de 20 ans pour déposer plainte (32). Si elle était mineure au moment des faits, elle peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, soit jusqu'à l'âge de 38 ans (33).

(3) *Epidémiologie en France*

Les victimes de viols sont en grande majorité de sexe féminin (34). Parmi toutes les femmes interrogées au cours de l'enquête Violences et Rapports de Genres (VIRAGE), 0,3% déclaraient avoir subi un viol ou une tentative de viol au moins une fois au cours de l'année (contre 0,01 % des hommes) et 6,2 % au cours de la vie (7). L'ENVEFF retrouvait des résultats comparables : 0,5% sur les 12 derniers mois, et 8,4% au cours de la vie. Avec 15,9 millions de femmes âgées de 20 à 59 ans vivant en France métropolitaine, l'estimation s'élève à environ 50 000 femmes à avoir subi au moins un viol dans l'année (6).

b) Les autres violences sexuelles

(1) *Définition*

Les violences sexuelles regroupent à la fois les violences physiques (attouchements...) et morales (harcèlement, exhibition...) dès lors qu'elles prennent un caractère sexuel. Elles concernent autant les gestes, les propos et les attitudes que les actes. Le Code Pénal intègre la violence dans sa définition de l'agression sexuelle : « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » (35). Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à autrui, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Le fait d'user de toute forme de pression grave dans le but d'obtenir un acte de nature sexuelle, au profit de l'auteur des faits ou d'un tiers, est assimilé à du harcèlement, même s'il n'est pas répété (36).

(2) *Cadre légal*

Toutes les agressions sexuelles non qualifiées de viols (donc sans pénétration) constituent un délit, dont le délai de prescription est de 6 ans, à l'exception de deux situations : si la victime était âgée de moins de quinze ans au moment des faits, elle peut alors porter plainte jusqu'à ses 38 ans ; si elle avait entre 15 et 18 ans au moment des faits, elle peut porter plainte jusqu'à ses 28 ans. (20)

Les agressions sexuelles impliquant un contact physique entre l'auteur et la victime (attouchements) sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. La peine peut être portée à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende si la prise de contact a eu lieu sur un réseau social, si elle est exercée sur un(e) prostitué(e) ou en cas de violences sexuelles conjugales. Elle peut atteindre 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende pour toutes les autres circonstances aggravantes, identiques à celles du viol et détaillées précédemment (37).

Le harcèlement sexuel est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende, et jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis sur une personne avec une vulnérabilité apparente ou connue de l'auteur (âge, état de santé, grossesse, précarité économique ou sociale), sur un(e) mineur(e) de quinze ans, ou par plusieurs auteurs ou complices (36). Le délai de prescription se compte à partir des derniers faits de harcèlement, néanmoins les actes commis antérieurement seront également pris en compte par la justice.

Enfin, l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende (38).

(3) *Epidémiologie en France*

Plus de 15 % des femmes âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir subi une forme d'agression sexuelle (autre qu'un viol ou tentative de viol) au cours de leur vie, et 3,2% au cours de 12 derniers mois (contre 1,1 % des hommes) (7). L'enquête CSF en 2008 et l'ENVEFF en 2000 apportaient déjà des statistiques similaires (2,39).

C. Données épidémiologiques disponibles en France

La quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) a recommandé la collecte de statistiques précises concernant les violences faites aux femmes comme premier temps d'une action de lutte contre celles-ci (23,40). En France, à cette époque, les données statistiques sur les violences provenaient principalement de deux sources : les institutions (Ministère de l'Intérieur et de la Défense, Ministère de la Justice) et les associations d'aide aux victimes (41–43). Elles permettaient de recenser les données concernant les personnes qui s'adressaient à elles, mais pas celles de la population générale, c'est pourquoi des enquêtes de victimation ont été lancées. Il s'agit d'études statistiques réalisées auprès d'un échantillon de la population, au cours desquelles les personnes sont interrogées sur les crimes et délits dont elles ont été victimes (44).

L'ENVEFF est la première enquête de victimation réalisée à l'échelle nationale. Elle a été menée auprès de 6 970 femmes résidant en métropole (hors collectivités), sélectionnées de manière aléatoire et contactées par téléphone entre mars et juillet 2000 (6). Antérieurement, l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France), réalisée en 1992 (5) et plus récemment l'enquête VIRAGE (7), ont permis d'obtenir des données statistiques qui portaient plus précisément sur les violences sexuelles. L'enquête Evénements de Vie et Santé (EVS) a été menée entre novembre 2005 et février 2006 auprès de 10 000 personnes, à l'initiative du Ministère de la Santé et en collaboration avec l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Elle avait pour objectif de détecter les événements de vie ayant une influence sur la santé, dont les violences sexuelles (25).

En 2006, l'enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France) portait sur la sexualité dans son ensemble. Elle enregistrait les violences sexuelles mais ne recensait pas les autres formes de violence. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'hommes et de femmes âgés de 18 à 69 ans et résidant en métropole (hors institution) (39). En outre, l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP) a été chargé de fournir des statistiques sexuées, conduisant à une enquête de victimation en 2010 intitulée Cadre de Vie et Sécurité (CVS), réalisée par l'INSEE. Elle recense et décrit les faits de délinquance (violences mais aussi vols) dont les ménages et leurs membres ont pu être victimes dans les deux années précédant l'enquête (en distinguant les faits survenus au sein et en dehors du ménage). Elle est menée au premier trimestre de chaque année auprès d'environ 25 500 ménages résidant en France métropolitaine, et compte environ 16 000 répondants. Ce rythme annuel permet d'établir une chronologie et une tendance des différents indicateurs (3). La figure 1 est un tableau comparatif de ces différentes enquêtes de victimation.

| Enquêtes | Années | Population | | |
|---------------|-------------|-------------|--------|--------|
| | | Âges | Femmes | Hommes |
| ACSF | 1992 | 18 - 69 ans | 2 178 | 2 642 |
| ENVEFF | 2000 | 20 - 59 ans | 6 970 | 0 |
| CSF | 2005 - 2006 | 18 - 69 ans | 6 824 | 5 540 |
| EVS | 2005 - 2006 | 18 - 75 ans | 5 625 | 4 328 |
| CVS | 2010 à 2015 | 18 - 75 ans | 47 872 | 37 529 |
| VIRAGE | 2015 | 20 - 69 ns | 15 556 | 11 712 |

Figure 1 : Tableau récapitulatif des principales enquêtes de victimation menées en France

D. Lutte contre les violences faites aux femmes : historique

1. A l'échelle mondiale

La question des violences faites aux femmes a émergé lors de la deuxième Conférence Mondiale sur les femmes de Copenhague, en Juillet 1980 (45). Depuis, les grands organismes internationaux ont formulé des recommandations et mis en place des plans d'action pour tenter d'éradiquer ce phénomène. En 1993, l'assemblée générale de l'ONU (Organisation des Nations Unies) adopte la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, dont la définition est devenue une référence pour la majorité des organismes internationaux : « *Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* »(46). Celle-ci a mené à la création de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, qui a lieu chaque année le 25 Novembre. En 1995, la plate-forme d'action de Pékin est adoptée à l'issue de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, invitant les gouvernements à mener des actions pour prévenir et éliminer les violences envers les femmes (40).

Enfin, trois traités internationaux ont complété ce cadre juridique mondial : la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará, 1994) (47) ; le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adopté en 2003 par l'Union africaine (48) ; et enfin la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul, 2011). Cette dernière, entrée en vigueur en 2014, renforce la reconnaissance des violences faites aux femmes en tant que violation des droits humains et demande aux États d'ériger en infraction pénale les diverses formes de violence à l'égard des femmes (49).

2. A l'échelle nationale

Avant les années 1980, la notion de « *violence à l'égard des femmes* » se limitait aux violences conjugales, intra-familiales et sexuelles. L'ampleur prise par les mouvements féministes ayant émergé au cours des années 1970 a permis de faire évoluer les états d'esprit durant la décennie suivante (23). En 1997, le Conseil de l'Europe et le Parlement européen ont mené une campagne pour faire de 1999, l'année de « *tolérance zéro* » des violences envers les femmes. Sous l'impulsion de l'Union Européenne (UE), la France porte cette démarche pour se conformer aux recommandations internationales, à travers le service des Droits des femmes, au sein du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (6).

Dans les années 2000, une politique spécifique de lutte contre les violences faites aux femmes se développe et mène à l'adoption de deux plans triennaux : « *10 mesures pour l'autonomie des femmes* » de 2005 à 2007, et « *12 objectifs pour combattre les violences faites aux femmes* » de 2008 à 2010 (50). En particulier, ces plans prévoyaient que des places d'hébergement soient accessibles aux femmes victimes de violence, notamment en les identifiant comme public prioritaire pour accéder aux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Dans la même optique, la circulaire du 8 mars 2017 reprenait la loi du 31 mai 1990 relative au droit au logement, et permettait aux femmes victimes de violence de devenir prioritaires dans l'attribution de logements sociaux (51). En 2012, la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences (MIPROF) est créée. Elle a un rôle d'observatoire national sur les violences faites aux femmes, mais également de création d'outils de formation pour les professionnels (52).

Parallèlement, des campagnes d'information et de prévention sont menées auprès du grand public et des professionnels exposés à ce phénomène (dans les domaines de la santé, de l'éducation nationale et du social, par exemple) dans le but de les sensibiliser au dépistage et à l'orientation des victimes (52). Par ailleurs, le numéro d'appel unique 3919 « Violences femmes info », est créé en 2007 dans le but d'écouter, d'informer et d'orienter les femmes victimes de violence ainsi que les témoins de violences faites aux femmes, de façon anonyme. Géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), il était initialement spécialisé dans le champ des violences au sein du couple (« Violences conjugales info »). Il a été élargi depuis 2014 à tous les types de violences.

Enfin, et pour la seconde fois, le label « Grande cause nationale » a été attribué le 16 avril 2018 à la FNSF, regroupant des associations luttant contre les violences faites aux femmes. Ce label leur permettra de diffuser gracieusement leur campagne de communication et d'information sur les radios et les télévisions publiques durant l'année 2018 (53).

E. Contexte de l'étude

1. A l'échelle régionale et départementale

Ce travail se déroule dans le Pas-de-Calais, département situé dans la région des Hauts-de-France, qui est la 3^{ème} région à concentrer le plus d'appels vers le 3919 après l'Île de France et l'Auvergne-Rhône-Alpes (9% des appels en 2016) (43). Le département du Pas-de-Calais est divisé en sept arrondissements, représentés sur la figure 2. Selon l'INSEE, au 1^{er} Janvier 2017, l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer comptait 164 091 habitants, celui de Calais 161 726 habitants, celui de Saint-Omer 132 444 habitants et enfin l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer comptait 115 626 habitants. (54)

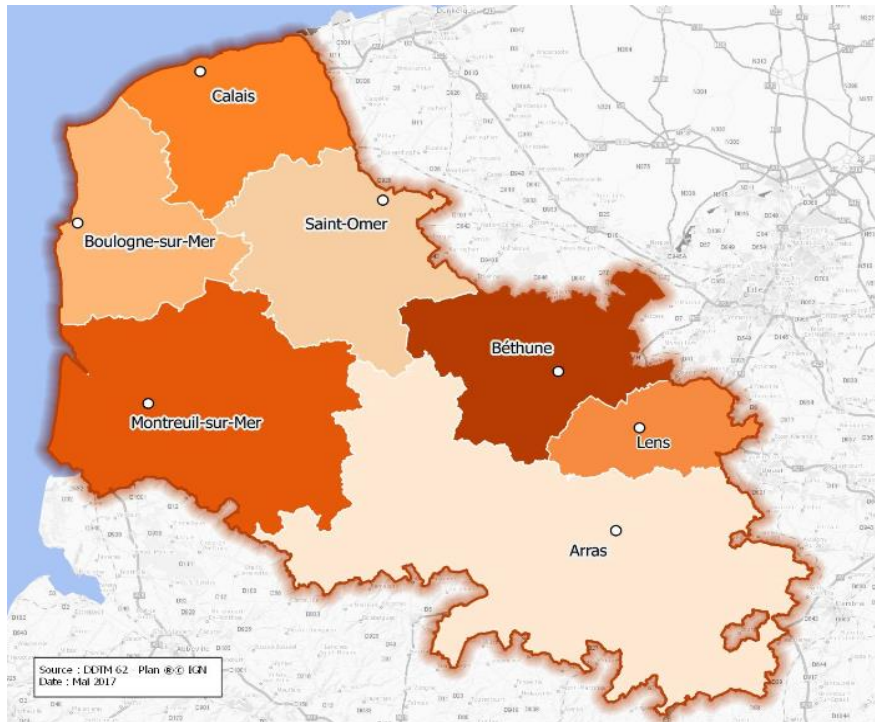


Figure 2: Les arrondissements du Pas-de-Calais et leurs chefs-lieux (54)

2. L'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de Boulogne-sur-Mer

L'UMJ est un service du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, où travaillent sept praticiens hospitaliers pratiquant la médecine légale. L'activité de l'unité couvre les secteurs des arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Calais, Montreuil-sur-Mer et Saint-Omer et prend plusieurs formes :

- Les consultations, durant lesquelles les patients sont reçus par un médecin légiste et examinés à leur demande ou sur réquisition judiciaire en vue d'établir un certificat médical descriptif de coups et blessures ainsi qu'une ITT. Les consultations ont lieu sur place ou dans l'une des antennes de l'UMJ situées dans les CH de Calais, Montreuil-sur-Mer et Helfaut (près de Saint-Omer) ; au domicile des patients ou encore dans les commissariats et gendarmeries des différents secteurs ;

- La prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle ;
- Les prélèvements biologiques de patients à la demande des autorités judiciaires ;
- Les examens des individus placés en garde à vue, afin d'établir leur compatibilité avec celle-ci et évaluer l'éventuelle indication de soins médicaux (à leur demande) ;
- Les levées de corps sur les secteurs cités précédemment, les examens de corps à visée médico-légale et les scanners post-mortem.

Au cours de l'année 2017, l'UMJ dénombrait un total de 5993 actes dont 57% de consultations en vue d'établir une ITT (figure 3).

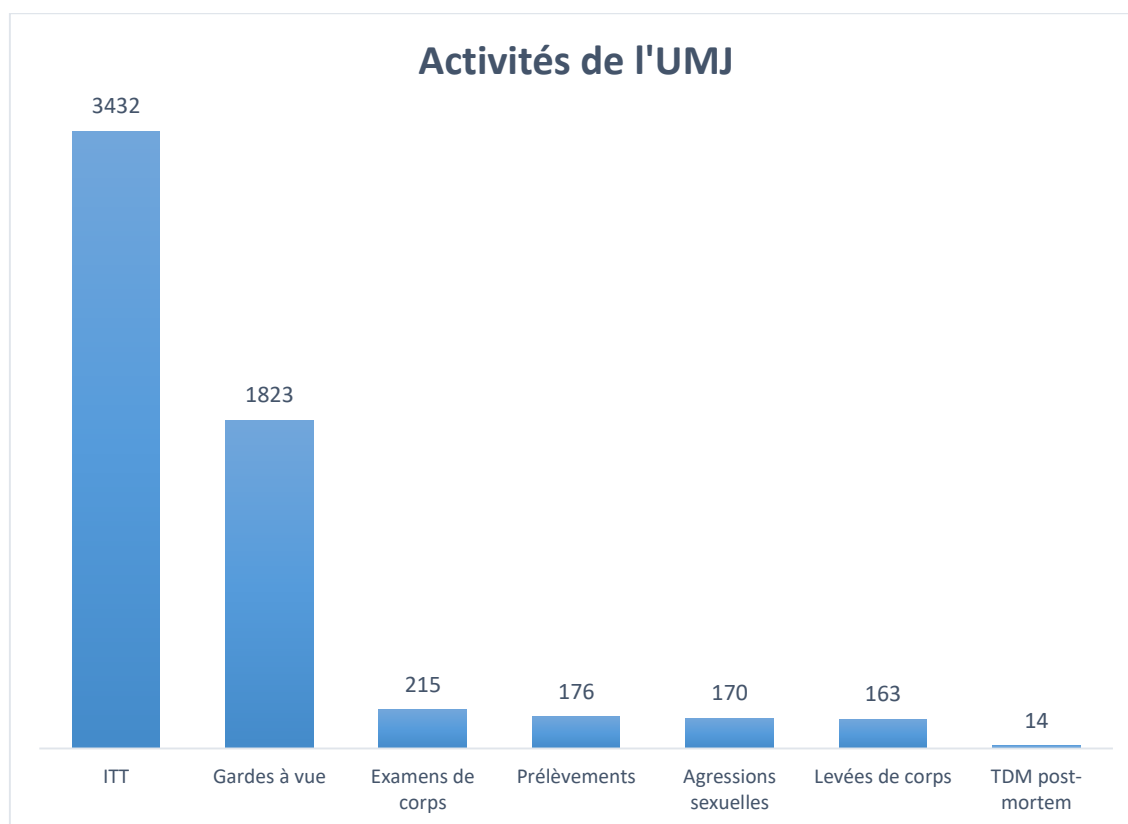


Figure 3: Répartition des différentes activités au sein de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer

IV. Matériels et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, prospective et monocentrique.

B. Population

Ce travail a été mené dans le département du Pas-de-Calais. Etaient incluses toutes les femmes qui consultaient à l'UMJ du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer ou dans une des antennes du service, situées au Centre Hospitalier de Calais, au Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer (à Rang-du-Fliers) et au Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (à Helfaut). Les femmes éligibles étaient celles qui étaient majeures au moment de l'étude, et qui consultaient un médecin légiste en vue de faire établir un certificat médical de coups et blessures pour des violences volontaires, entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2017, avec ou sans réquisition judiciaire. Il n'y avait pas d'âge maximal défini. Etaient exclues les femmes consultant en vue d'établir un certificat pour des violences involontaires (accidents) et les mineures.

C. Description du questionnaire

Dans le cadre de ce travail, en l'absence d'étude similaire réalisée antérieurement dans un service de médecine légale, un questionnaire a été créé de novo puis relu et validé par le Docteur CHOCHOIS, médecin légiste et chef de service à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer et par l'équipe du Département d'Information Médicale au CH de Boulogne-sur-Mer. Chaque femme se voyait remettre à son arrivée un premier volet du questionnaire anonyme (auto-questionnaire, *annexe 1*) par une secrétaire d'accueil et le remplissait en salle d'attente. Ce premier volet, constitué d'une feuille recto-verso, comportait 12 questions, portant sur :

- La victime : son âge, sa nationalité, son origine géographique, son niveau d'études, son activité professionnelle, son statut conjugal et familial, ses antécédents de violences subies ;
- L'auteur des violences : son sexe, son lien avec la victime ;
- Les circonstances des violences : séparation, consommation de médicaments psychotropes, d'alcool, de stupéfiants ;
- Le recours éventuel à un médecin généraliste pour ces violences, et dans le cas contraire, les raisons pour lesquelles elles ne l'ont pas consulté.

Une fois complété, ce premier volet du questionnaire était remis directement par l'intéressée au médecin légiste la recevant en consultation. A la fin de la consultation, le deuxième volet du questionnaire (*annexe 2*) était complété par le médecin légiste ayant reçu l'intéressée et établi le certificat médical descriptif de coups et blessures. Il était numéroté et directement annexé au premier volet afin de conserver à la fois l'appariement des données et l'anonymat.

Les informations recueillies sur le deuxième volet portaient sur :

- Le type de violences : physique, psychologique, sexuelle ou autre ;
- Le délai entre les faits et la consultation à l'UMJ ;
- Les conséquences des violences : durée d'ITT, arrêt de travail, retentissement psychologique ;
- L'intérêt d'un éventuel recours à un psychologue ou une association d' Aide aux Victimes et Information Judiciaire (AVIJ).

D. Recueil de données

Les questionnaires vierges ont été distribués aux secrétaires accueillant les victimes à l'UMJ du CH de Boulogne-sur-Mer et aux médecins légistes consultant aux Centres Hospitaliers de Boulogne-sur-Mer, Calais, Montreuil-sur-Mer et Helfaut afin qu'ils puissent les délivrer aux femmes consultant dans toutes les antennes. Après avoir collecté l'ensemble des questionnaires, les données étaient colligées à l'aide du logiciel Excel® (2016, version Windows).

E. Ethique

L'étude a été présentée à Monsieur DEWILDE, correspondant local de la CNIL au CH de Boulogne-sur-Mer. Aucune demande d'enregistrement auprès de la CNIL n'était finalement nécessaire puisque les questionnaires étaient strictement anonymes et ne comportaient pas de données permettant d'identifier les participantes (ils n'étaient pas datés, par exemple).

Le Comité de Protection des Personnes a également été sollicité, mais il apparaissait que cette étude n'entraîne pas dans le champ des recherches impliquant la personne humaine au sens de l'article R.1121-1 du code de la santé publique (55). Par conséquent, elle ne relevait pas d'un avis auprès du CPP.

F. Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le logiciel Excel® (2016, version Windows). L'analyse descriptive comprend des variables quantitatives (âge, durée d'ITT, délai entre les faits et la consultation...). Ces variables sont exprimées avec les paramètres de position (moyenne, médiane, quartile et écart-type) ou en représentation graphique. Elle comprend également des variables qualitatives (sexe de la victime et de l'auteur, profession, statut conjugal et familial, type de violences...), exprimées en valeur absolue et en pourcentage.

V. Résultats

Au total, 95 questionnaires ont été recueillis au cours des 3 mois de l'étude. Sur cette période, 377 femmes de tous âges avaient consulté à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer ou une de ses antennes. Elles étaient 114 en septembre, 130 en octobre et 133 en novembre de l'année 2017. Le taux de participation atteignait donc 25%.

A. Résultats relatifs au premier volet du questionnaire

1. Caractéristiques des victimes

a) Age

Les femmes incluses dans cette étude étaient âgées de 18 à 70 ans, avec une médiane à 35 ans. La moyenne d'âge était de 36 ans, avec un écart-type de 14 ans (figure 4)

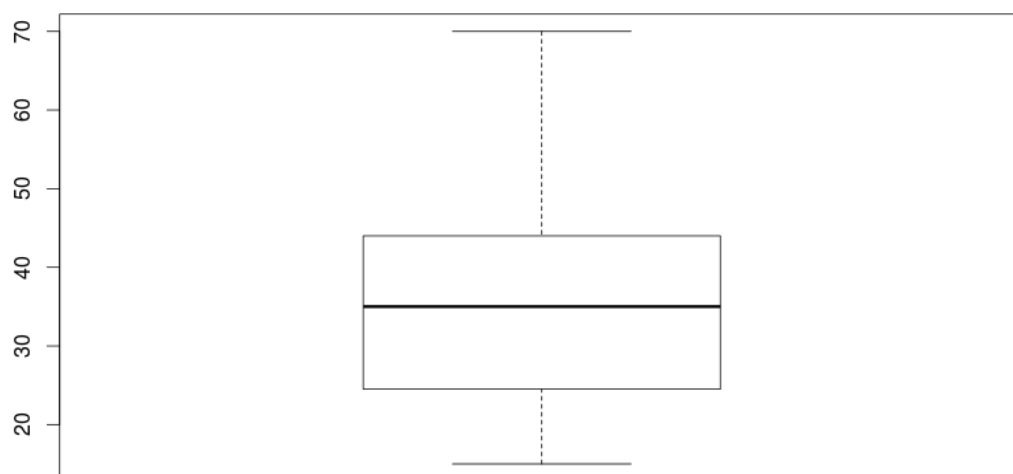


Figure 4: Age des victimes

b) Nationalité

Quatre-vingt-douze femmes étaient de nationalité française et 3 femmes étaient de nationalité étrangère, dont 2 originaires d'un pays situé en dehors de l'Union Européenne.

c) Lieu de vie

La figure 5 présente la répartition géographique de domiciliation des victimes qui ont participé à l'étude (par code postal). Les cercles représentés sur cette carte du Nord-Pas-de-Calais sont d'autant plus grands que l'effectif des victimes est important. Les centres de consultation gérés par l'UMJ de Boulogne-sur-Mer sont désignés par les flèches oranges.

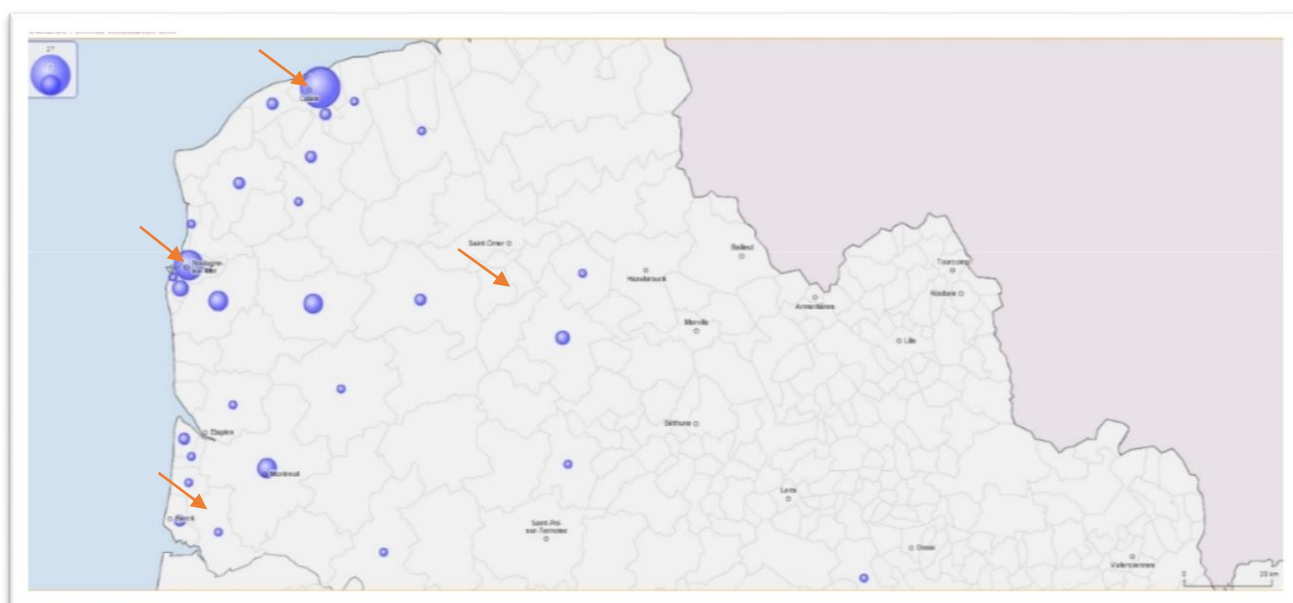


Figure 5 : Répartition géographique des victimes

d) Niveau d'études

Au total, un peu plus d'un tiers des victimes déclaraient avoir un niveau d'études au moins équivalent au baccalauréat. Parmi elles, moins de la moitié avaient un niveau d'études supérieur. La majorité des femmes avec un niveau inférieur au baccalauréat avait un niveau « CAP ou BEP » (figure 6).

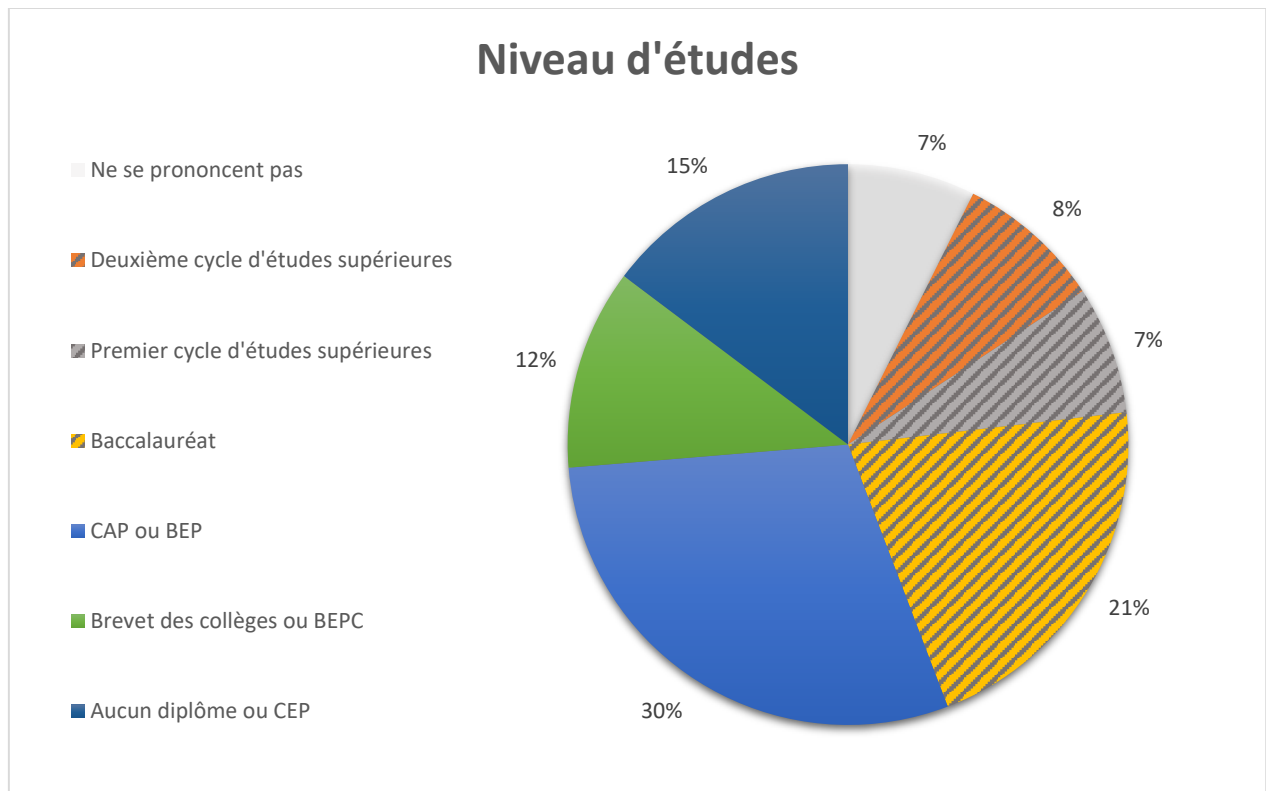


Figure 6 : Niveaux d'études des victimes

e) Activité professionnelle

Parmi les 92 femmes ayant répondu à cette question, la moitié n'exerçait pas d'activité professionnelle. La plupart d'entre-elles étaient femmes au foyer ou au chômage. Les étudiantes et les retraitées étaient également représentées. Trois femmes ne se sont pas prononcées (figure 7).

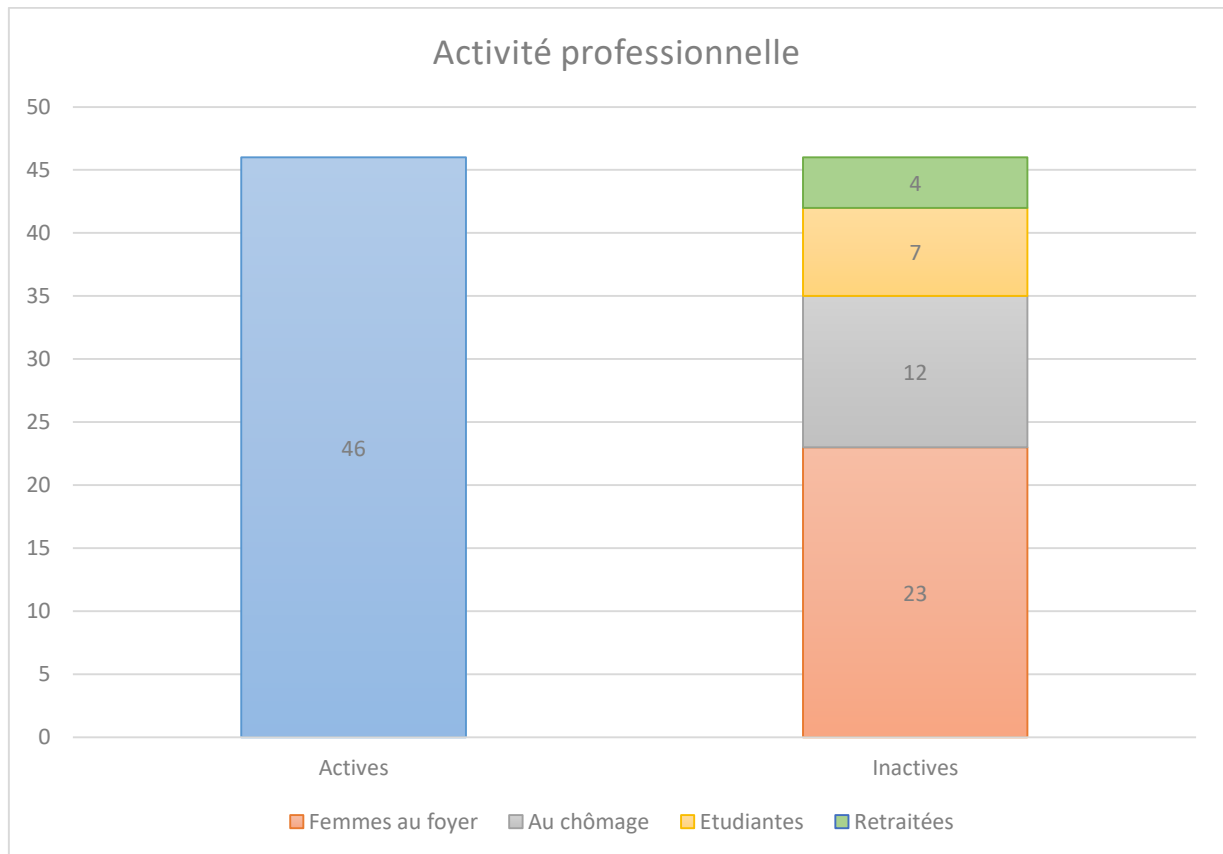


Figure 7 : Activité professionnelle des victimes

f) Statut conjugal

Trente-et-une femmes déclaraient être célibataires, 24 mariées et 9 en concubinage. Seize déclaraient être en cours de séparation ou en avoir le projet, 12 l'étaient effectivement. Une victime était veuve et 2 n'ont pas répondu. Au total, 47 victimes déclaraient vivre seules et 39 en couple, dont un couple homosexuel. Neuf femmes n'ont pas répondu à cette question.

g) Nombre d'enfants

Au total, 88 victimes ont renseigné cette information. Vingt-deux d'entre-elles n'en avaient pas, soit 66 femmes ayant un ou plusieurs enfant(s) :

- 23 d'entre-elles en avaient un ;
- 20 femmes avaient 2 enfants ;
- 14 femmes avaient 3 enfants ;
- 2 femmes en avaient 4 ou plus (figure 8).

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,66 (écart-type à 1,44).

Concernant les enfants à charge, 50 personnes en déclaraient un ou plusieurs. 19 femmes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les femmes vivant en famille, 10 appartenaient à une famille recomposée. Ce n'était pas le cas pour 33 d'entre-elles.

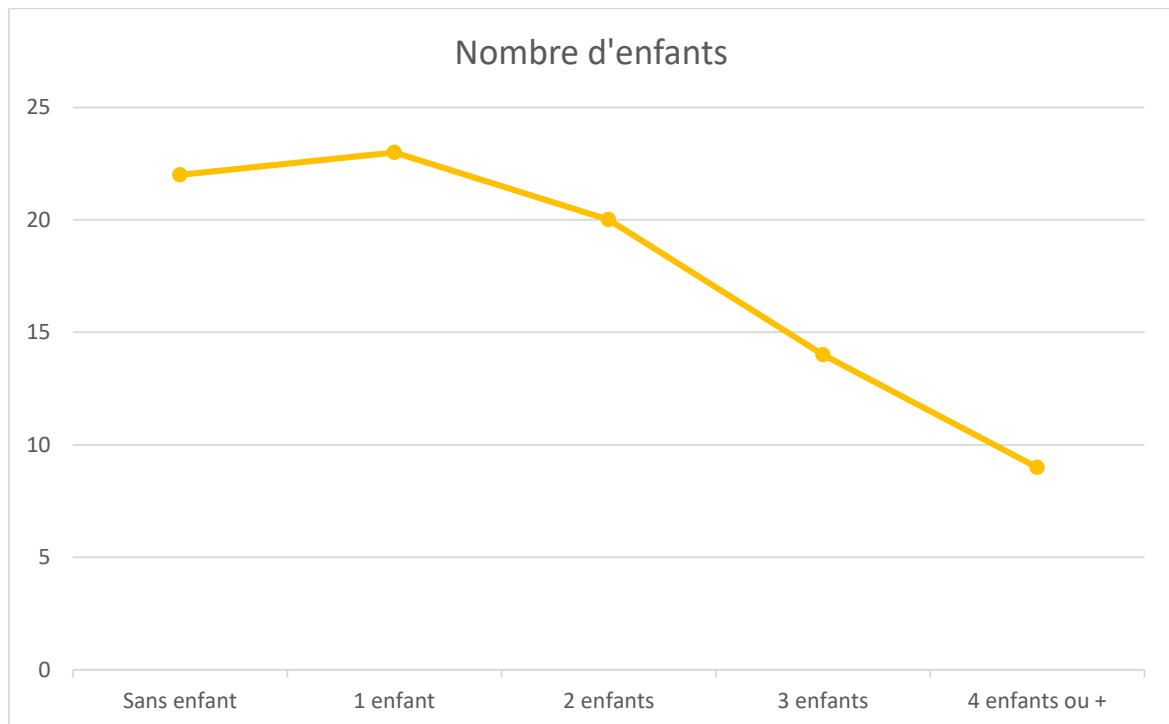


Figure 8 : Nombre d'enfants par femme

h) Antécédents de violence

Plus de la moitié des femmes (n = 49) déclarait avoir déjà subi des violences auparavant (contre 46 victimes pour lesquelles il s'agissait d'un premier épisode).

2. Caractéristiques des auteurs de violences

a) Sexe

Dans près de trois quarts des cas, le ou les agresseur(s) étai(en)t de sexe masculin (figure 9).

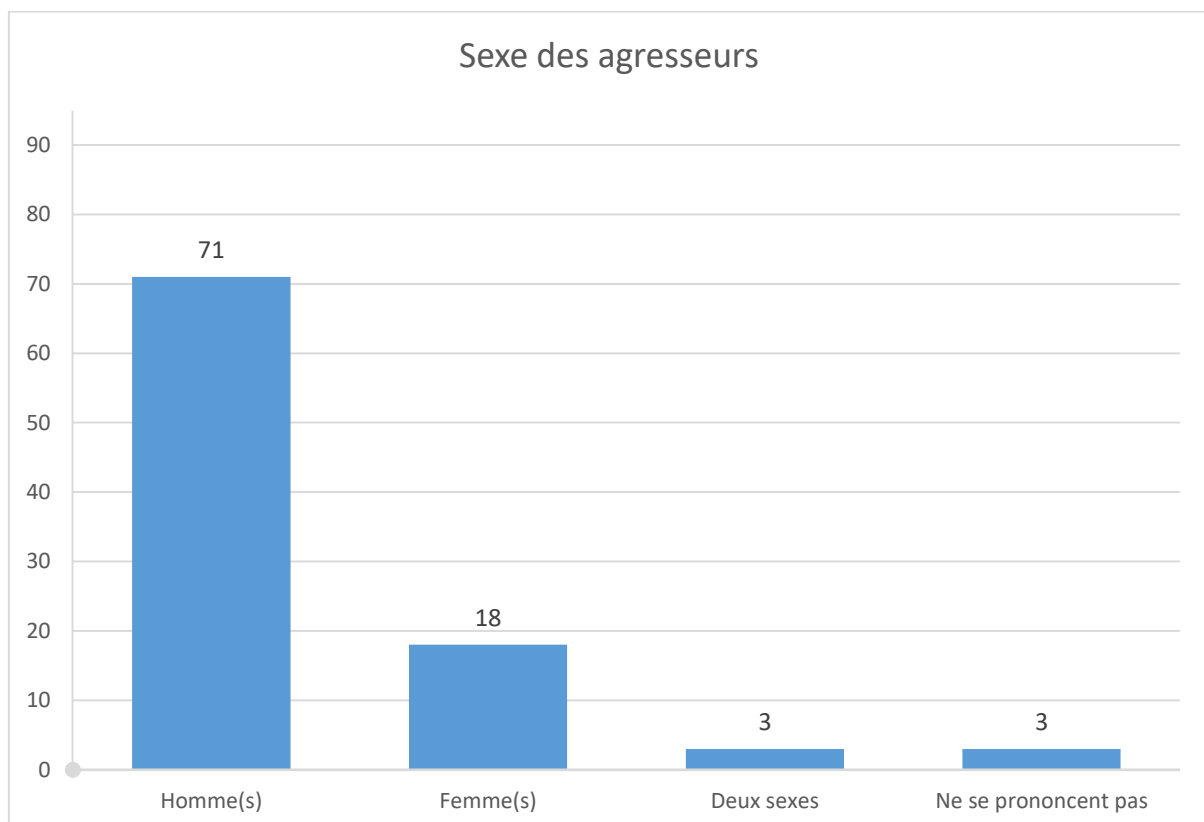


Figure 9 : Sexe des agresseurs

b) Lien avec la victime

Plus de 90% des femmes connaissaient leur(s) agresseur(s). Il s'agissait pour plus de trois quarts d'entre-elles d'un ou plusieurs membre(s) de leur entourage familial. Parmi les agresseurs appartenant au cercle familial, la majorité (plus de 60%) était constitué du partenaire actuel ou ancien.

Par ailleurs, moins de 10% des victimes déclaraient que leur(s) agresseur(s) faisai(en)t partie de leur entourage professionnel (figure 10).

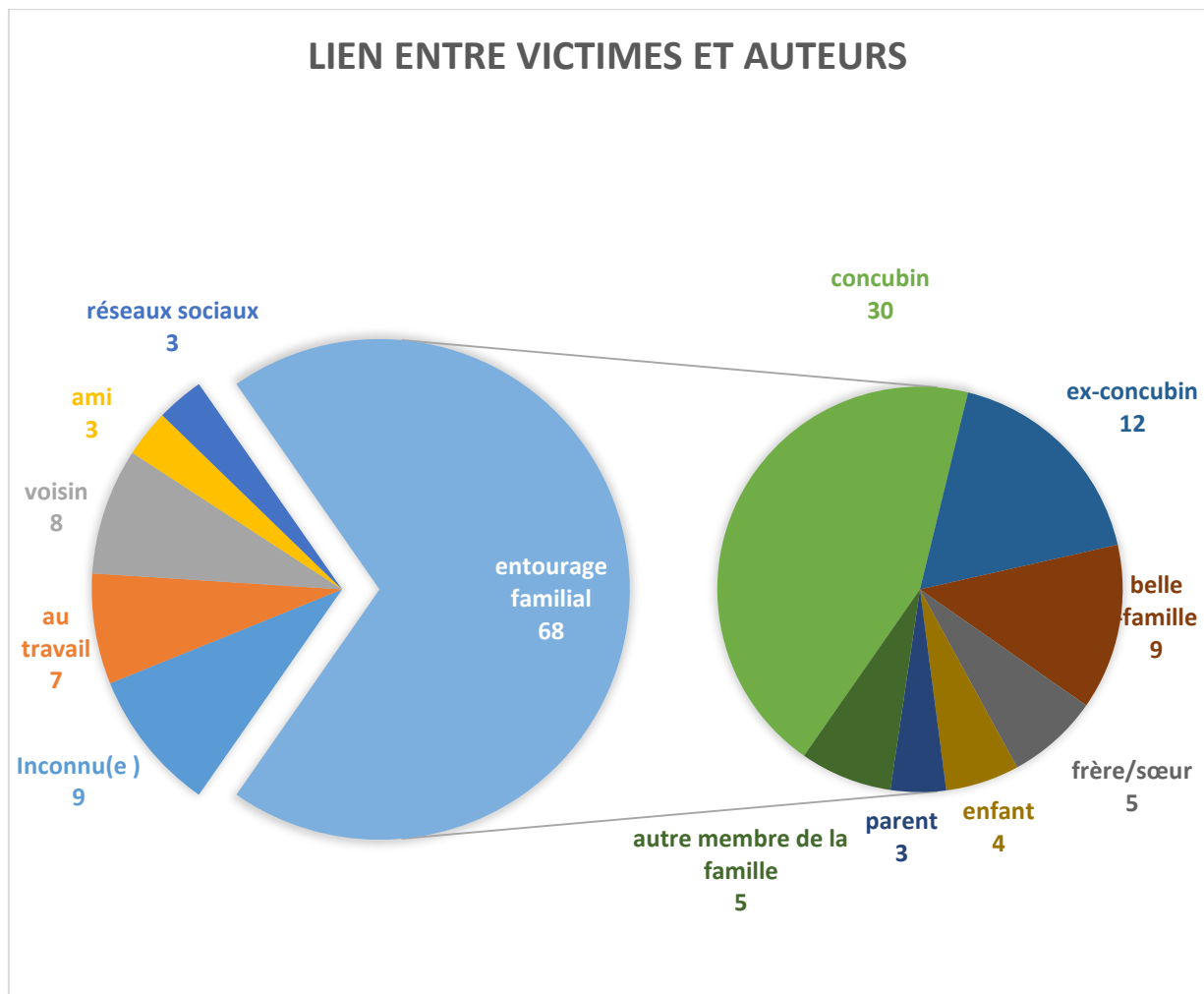


Figure 10 : Lien entre victimes et auteurs de violences

3. Circonstances

a) Séparation/Divorce

Vingt-quatre femmes sur les 80 qui se sont prononcées (soit 30%) ont affirmé que les violences pour lesquelles elles consultaient avaient lieu dans un contexte de séparation ou de divorce.

b) Consommation de substances

La consommation d'alcool, de stupéfiants ou de plusieurs substances étaient majoritairement attribuées aux auteurs de violences, par les femmes interrogées. Treize d'entre-elles déclaraient prendre un traitement psychotrope (figure 11).

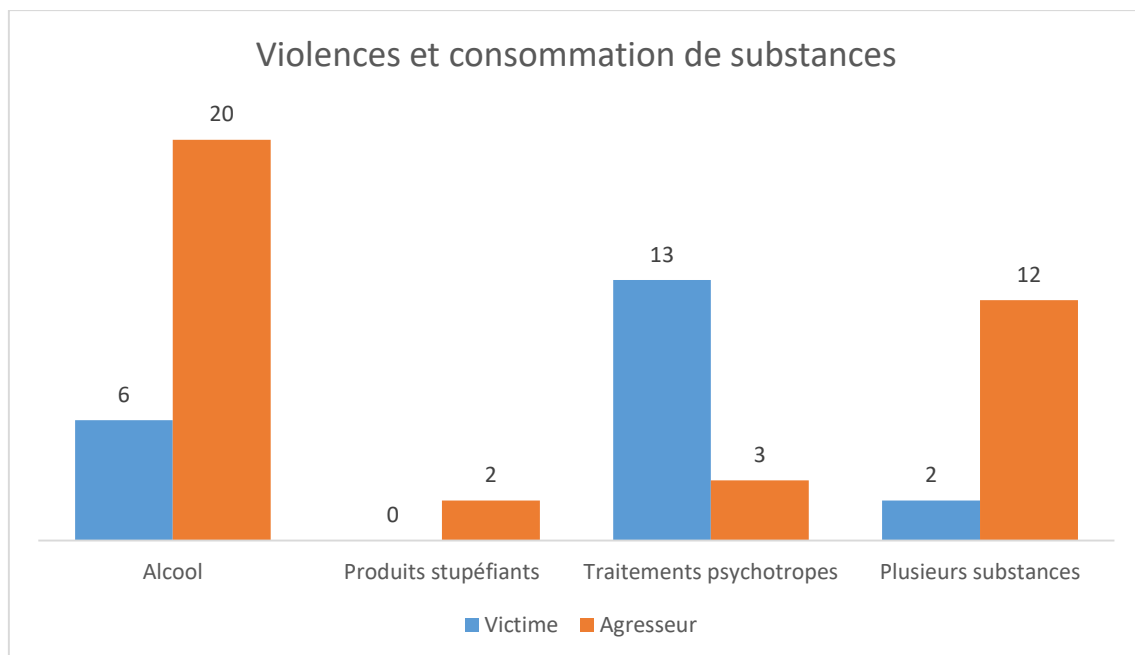


Figure 11 : Circonstances des violences, consommation de substances

4. Consultation du médecin généraliste

Un tiers des victimes avait effectivement consulté un médecin généraliste pour les faits de violence. Les raisons principales alléguées par les femmes n'ayant pas consulté leur médecin était un sentiment de honte ou de culpabilité (25%) et l'orientation directe à l'UMJ par un autre service (21%). Enfin, 20% des femmes pensaient que cela ne faisait pas partie des rôles du médecin (figure 12).

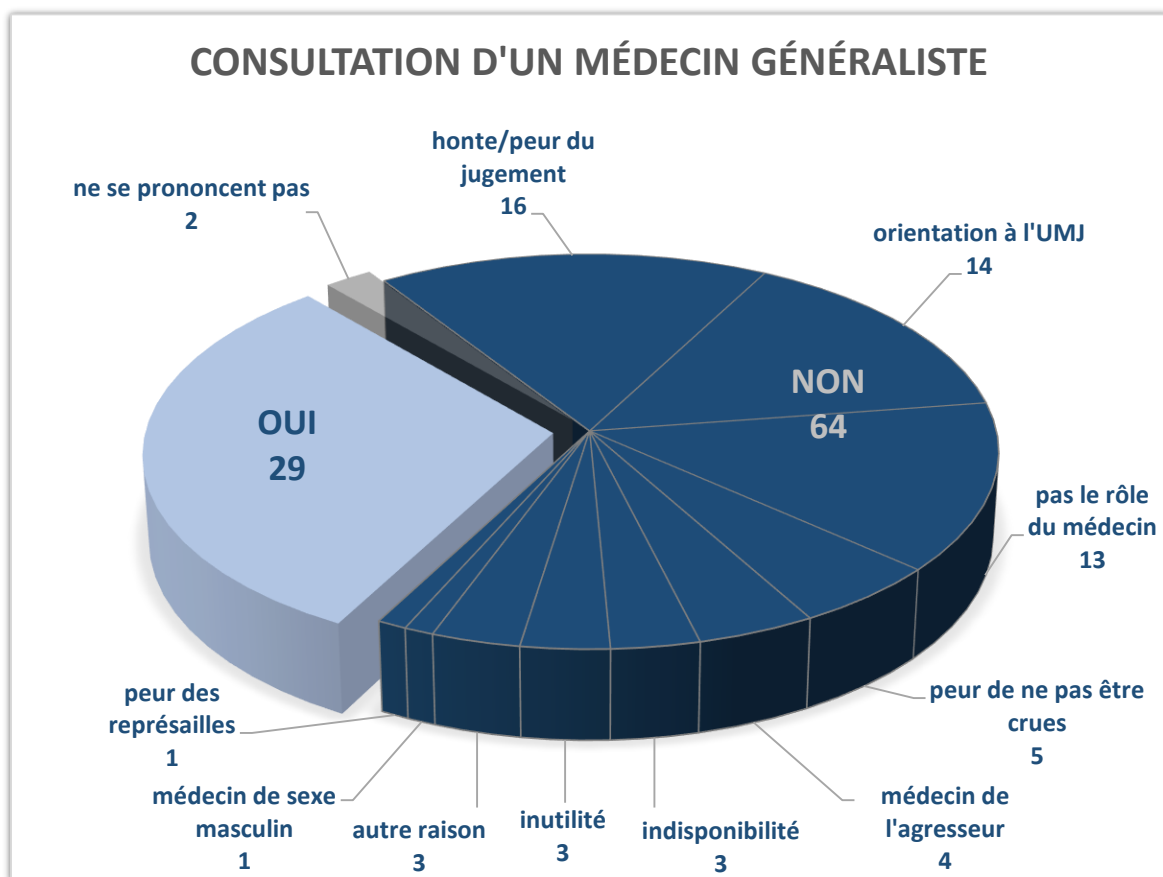


Figure 12 : Consultation d'un médecin généraliste par les victimes

B. Résultats relatifs au deuxième volet du questionnaire

1. Types de violence

a) Violences physiques

Soixante-dix-sept femmes avaient été victimes de violences physiques, soit plus de trois-quarts des personnes interrogées (figure 13). Au total, 14 femmes ont été victimes de plusieurs formes de violences physiques.

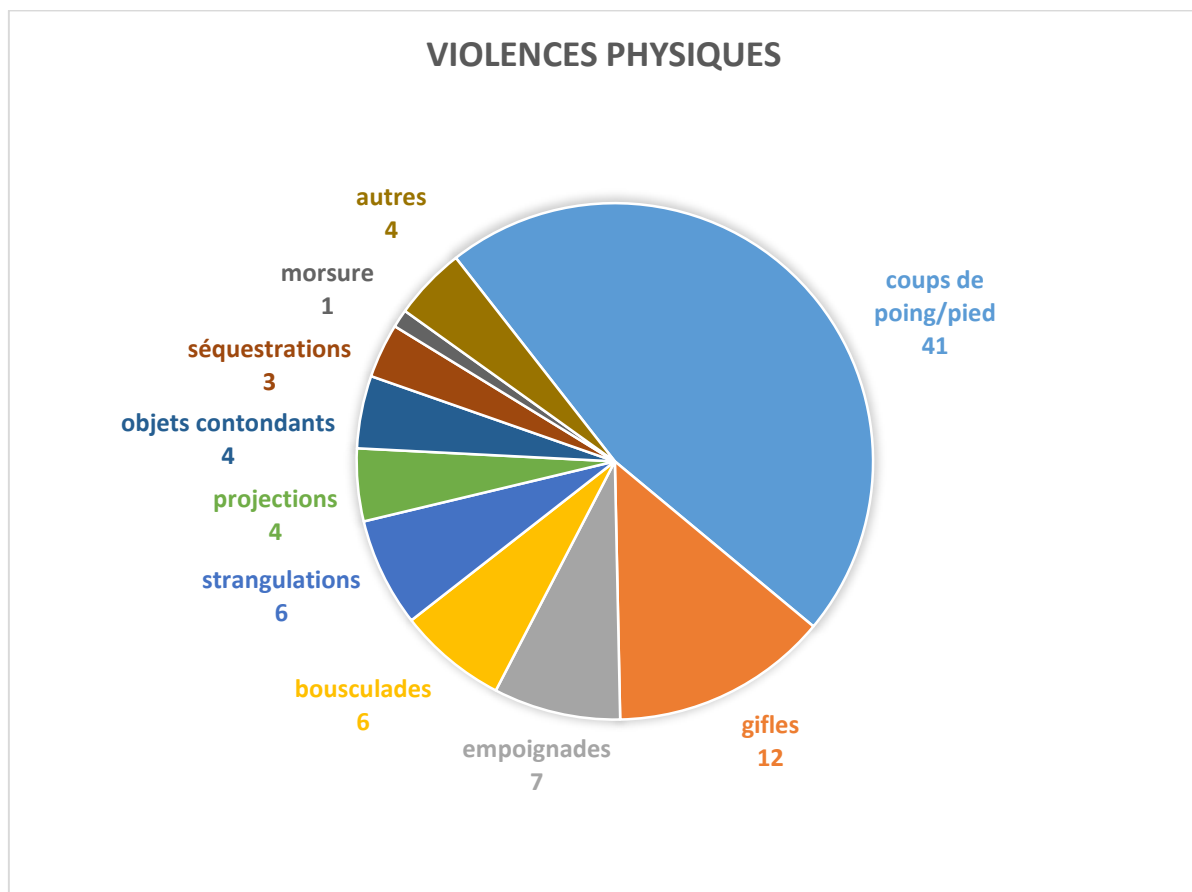


Figure 13: répartition des différents types de violences physiques

b) Violences morales

Parmi toutes les victimes interrogées, 51 auraient subi des violences psychologiques. Le harcèlement concernait 20 femmes. Vingt-six victimes avaient été menacées et 40 insultées. Onze femmes avaient subi une humiliation et 4 femmes du chantage. Deux femmes avaient été victimes d'isolement. Au total, plus d'un quart des femmes interrogées (n = 27) avaient subi plusieurs formes de violences psychologiques.

c) Violences sexuelles

Six femmes sur les 95 incluses dans l'étude avaient subi des violences sexuelles. Aucun autre type de violence n'a été rapporté.

2. Délai de consultation à l'UMJ

Le délai moyen entre les faits et la consultation en médecine légale était de 55 jours, avec un écart-type à 252 jours. Les consultations les plus précoces avaient lieu le jour-même et la plus tardive 6 ans après les faits. La médiane était de 4 jours, avec un 1^{er} quartile à 3 jours et un 3^{ème} quartile à 9,25 jours. La figure 14 présente ces résultats sans les valeurs aberrantes, afin qu'elle soit plus lisible.

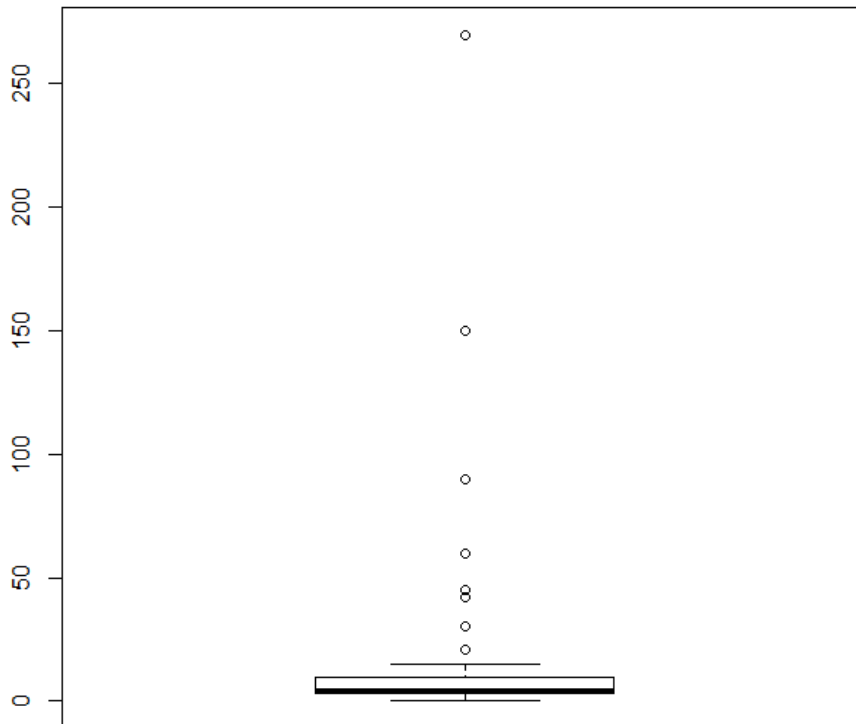


Figure 14 : délai entre les faits et la consultation à l'UMJ (en jours)

3. Conséquences des violences

a) Arrêt de travail

Parmi les femmes qui avaient une activité professionnelle (n = 46), 7 femmes ont bénéficié d'un arrêt de travail, soit environ 15%.

b) Incapacité Totale de Travail

Sur les 80 durées d'ITT renseignées par les médecins légistes lors de cette étude, il apparait que :

- 20 femmes n'avaient pas d'ITT ;
- 57 femmes avaient une ITT inférieure à 8 jours ;
- 11 femmes avaient une ITT supérieure à 8 jours (figure 15).

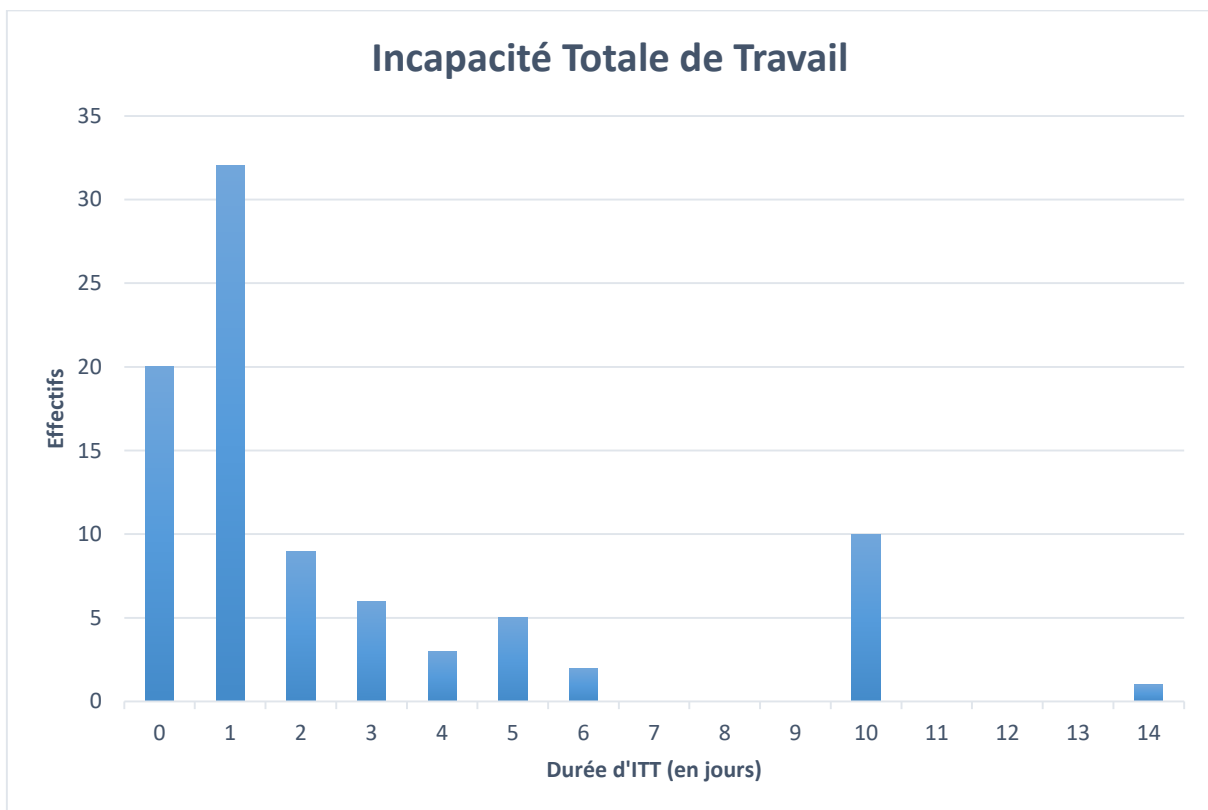


Figure 15 : Durée d'ITT fixée par le médecin légiste à l'issue de la consultation

c) Retentissement psychologique

Les médecins légistes ayant participé à l'étude ont déclaré que plus de deux tiers des victimes (n = 65) présentaient un retentissement psychologique au moment de la consultation, tel que détaillé dans le questionnaire. Ainsi, 41 victimes souffraient d'anxiété, 40 de troubles du sommeil récents et 3 de troubles de l'appétit. Vingt femmes ont pleuré lors de la consultation et 3 femmes bénéficiaient d'un traitement psychotrope. Au total, environ un tiers des victimes (n = 30) manifestaient plusieurs symptômes. Selon les médecins légistes, une prise en charge psychologique était indiquée pour 41 des femmes incluses dans cette étude, dont 34 se sont vu proposer un rendez-vous avec un(e) psychologue par le médecin à l'issue de la consultation (19 réponses étant manquantes pour ce dernier item).

d) Intérêt d'un rendez-vous avec une association d'Aide aux Victimes et d'Information Judiciaire (AVIJ)

Dans l'idéal, selon les médecins légistes, 16 femmes auraient dû bénéficier d'un rendez-vous AVIJ (10 questionnaires étaient laissés sans réponse pour cet item).

VI. Discussion

A. Profil des victimes

1. Age

Les femmes victimes de violences qui consultaient à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer ou une de ses antennes étaient en moyenne plus jeunes (36 ans) que l'ensemble des femmes dans le département du Pas-de-Calais (la majorité étant âgée de 40 à 59 ans, en 2017) (56). Ce résultat est concordant avec les données issues des études d'ampleur nationale, qui concluent que les femmes jeunes déclarent plus de violences que leurs aînées, quelle que soit la nature de celles-ci (7,43,57).

La plupart des enquêtes de victimation retrouvait même une majorité de victimes encore plus jeunes, comme dans l'ENVEFF où elles étaient âgées de 20 à 24 ans (57) ou dans l'enquête CVS où les victimes avaient moins de 30 ans (3). En ce qui concerne les violences sexuelles, elles étaient même deux fois plus nombreuses dans le groupe des 20 – 34 ans que dans celui des 35 – 49 ans (7). Cette différence d'âge entre notre étude et celles de la littérature peut s'expliquer par le fait que, dans notre travail, les victimes sont déjà dans une démarche de poursuite judiciaire. En effet, l'objet de la consultation est l'établissement d'un certificat médical dans le cadre médico-légal, généralement en vue d'un dépôt de plainte ou lorsque la plainte a déjà été déposée. Cela implique d'avoir initié un processus de reconnaissance en tant que victimes.

Cela transparait lorsque l'on s'intéresse aux délais entre les faits et la consultation à l'UMJ qui atteint jusqu'à 6 ans dans notre étude, ou lorsqu'on observe l'âge moyen des femmes victimes de violences conjugales ayant recours au 3919, qui atteint quasiment 40 ans (43). Les femmes interrogées au cours des enquêtes de victimation se trouvent dans une position plus passive, qui les amène parfois à révéler des violences pour la première fois (23).

Par ailleurs, l'impulsion nécessaire pour entamer une prise en charge médico-légale peut être favorisée par la répétition des violences dans le temps, ce qui expliquerait le fait que l'âge des victimes soit ici supérieur à celui retrouvé dans les enquêtes réalisées en population générale. Dans notre étude, plus de la moitié des femmes déclarait avoir déjà subi des violences auparavant. Cela correspond aux données publiées antérieurement notamment par l'enquête VIRAGE, qui montrait que, pour plus de la moitié des femmes déclarant avoir subi des violences sexuelles, les violences étaient répétées (7). Ce taux augmente considérablement lorsqu'il s'agit de violences intrafamiliales avec, dans ce cas, 65% des femmes qui indiquent une répétition des violences (3).

2. Contexte familial

Face à la proportion importante de femmes victimes de violences intrafamiliales (71%) et le nombre de victimes ayant des enfants, la question de la place des enfants au sein de ces violences se pose. Ils sont de potentielles victimes : soit directes, soit indirectes (en étant témoins de scènes violentes). Dans l'étude menée par la FNSF auprès de femmes victimes de violences conjugales, 92% d'entre-elles alléguaient une exposition de leurs enfants aux violences et 22% affirmaient qu'ils étaient victimes de maltraitances directes (43).

3. Nationalité

La question de la nationalité des victimes était motivée par la recherche d'une surreprésentation des populations étrangères en situation irrégulière, notamment dans la région calaisienne. Finalement, la quasi-totalité des femmes était de nationalité française et seules deux victimes étaient originaires d'un pays étranger en dehors de l'UE, sans que nous puissions connaître le statut administratif de ces femmes. Dans les faits, la population de migrants à Calais est estimée entre 500 et 1000, ce qui représente environ 0,6% de la population de l'arrondissement de Calais (58,59,56). L'enquête menée par l'association FNSF révélait que les femmes de nationalité étrangère déclaraient subir proportionnellement plus de violences physiques conjugales (22,8 %) que celles de nationalité française (15,3 %) (43). Nous nous attendions donc à retrouver une part plus importante de femmes d'origine étrangère dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par la courte durée de l'étude et donc le faible nombre de sujets inclus, qui constitue une des limites de ce travail.

4. Origine géographique

La majorité des femmes qui consultaient à l'UMJ venaient des communes de Boulogne-sur-Mer, Calais et leurs environs (sur un périmètre d'environ 50 kilomètres). Premièrement, probablement parce que Calais et Boulogne-sur-Mer sont les deux plus grandes villes du Pas-de-Calais, avec respectivement 73 636 et 43 070 habitants.

L'autre hypothèse pouvant être formulée est celle de la proximité géographique des différents sites de consultation (qui sont, pour rappel, situés dans les centres hospitaliers des différents chefs-lieux), qui sont plus facilement accessibles lorsque l'on habite en zone urbaine. Pour tester cette hypothèse, nous pourrions par exemple nous intéresser au nombre de femmes qui avaient un rendez-vous programmé à l'UMJ mais qui ne s'y sont pas rendues.

Les victimes habitant à Saint-Omer sont peu nombreuses. Pourtant, les médecins légistes de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer réalisent des consultations au Centre Hospitalier d'Helfaut. La présence de secrétaires à l'accueil de l'UMJ à Boulogne-sur-Mer (et non dans les autres centres) peut expliquer le nombre plus important de femmes ayant rempli les questionnaires dans ce centre.

Enfin, certaines enquêtes de victimation menées en population générale ont montré que le taux de victimes de violences verbales et physiques est effectivement plus important dans les zones urbaines que dans les zones rurales, notamment chez les sujets jeunes (3,6,25).

5. Niveau d'études et profession

Trente-six pourcent des femmes déclaraient avoir un niveau d'études au moins équivalent au baccalauréat dans notre étude. Ce taux est cohérent avec les statistiques départementales puisque l'INSEE dénombrait 35% des femmes titulaires du baccalauréat dans le Pas-de-Calais (60). En population générale elles sont plus nombreuses à n'avoir aucun diplôme (44% contre 27% dans notre étude) (60). Il est peu probable que les femmes n'ayant aucun diplôme soient moins victimes de violences que les autres.

Les femmes avec un niveau d'études supérieur réalisent peut-être plus de démarches pour dénoncer les violences que les autres. Cette hypothèse peut être étayée par les résultats de l'enquête VIRAGE, qui montraient que les femmes exerçant une profession nécessitant un niveau d'études supérieures déclaraient plus d'agressions sexuelles que les autres (7). Soit parce qu'elles ont davantage accès à une information sur les recours possibles, soit parce qu'elles parviennent plus facilement à détecter ce qui appartient à la sphère des violences (notamment en cas de violences verbales et psychologiques, qui sont les plus difficiles à détecter) (61).

La moitié des femmes de l'étude n'exerçait pas d'activité professionnelle et les trois quarts des femmes inactives étaient femmes au foyer ou au chômage. Cela correspond aux données d'autres études où l'on observe que les étudiants et autres inactifs (hors retraités) se distinguent nettement des autres catégories sociales. Par exemple, parmi les femmes se disant victimes de violences au sein du ménage, le taux de femmes au foyer est trois fois plus élevé que chez les ouvrières (3).

Le taux de chômage dans notre étude était comparable à celui observé dans la population générale du Pas-de-Calais, qui compte 12% de femmes au chômage (60). Ces chiffres peuvent être en rapport avec la proportion importante de violences intrafamiliales dans notre étude, puisque les femmes restant au foyer sont plus à risque d'être exposées aux auteurs de violences. Par ailleurs, les femmes victimes de violences conjugales se voient parfois interdire de travailler par leur concubin (43).

B. Caractéristique des auteurs

1. Sexe

Pour près de trois quarts des femmes incluses dans notre étude, le ou les agresseur(s) étai(en)t de sexe masculin (n = 71), ce qui est cohérent avec les résultats des autres enquêtes, et en particulier en cas de violences sexuelles où le taux d'agresseurs masculins peut atteindre 92% (3,7). L'enquête VIRAGE révélait que 99% des violences sexuelles commises dans le cadre conjugal sont commises par des hommes (7).

2. Lien avec la victime

Cette répétition des violences intrafamiliales peut donc être liée à une exposition prolongée des victimes face aux agresseurs. Ici, plus de 9 femmes sur 10 déclaraient connaître le ou les auteur(s) des violences. Dans la littérature, les statistiques étaient approximativement les mêmes, notamment chez les victimes d'agressions sexuelles, avec moins de 12% de violeurs inconnus (3,57).

Le seul résultat discordant est celui de CVS, qui retrouvait une proportion plus élevée d'auteurs inconnus dans les violences exercées sur les hommes et les femmes en dehors du ménage (51 %) (3).

Les agresseurs issus de l'entourage professionnel de la victime (supérieur hiérarchique, client, collègue...) sont ici peu représentés avec un taux inférieur à 10%, alors que la moitié des femmes interrogées avaient un emploi. L'enquête CVS révélait effectivement que les violences au travail concernaient moins de 15 % des victimes, hommes et femmes confondus (3). D'une part, on peut imaginer qu'il existe une peur de dénoncer ce type de violences par crainte d'un retentissement sur le plan professionnel, par exemple la perte de son emploi. D'autre part, les études montrent que les agressions physiques représentent une part minime dans la sphère professionnelle (moins de 1% selon ENVEFF), en faveur des violences verbales (8,5%) et psychologiques (16,7%), qui ne laissent pas de traces sur le corps et donc pour lesquelles les patientes n'établissent pas forcément de certificat de coups et blessures (bien que le retentissement psychologique des violences soit pris en compte dans l'évaluation de l'ITT) (6,16).

Dans notre étude, pour plus de 7 cas sur 10, les auteurs font partie de l'entourage familial de la victime, au sens large (comprenant également la belle-famille). Dans plus de 60% des cas il s'agissait du conjoint ou de l'ex-conjoint. L'enquête CVS retrouvait des statistiques similaires puisque parmi les violences subies au sein du ménage, le conjoint était désigné par la victime dans 59% des cas de violences physiques et 61% des cas de violences sexuelles (3).

Les rapports sexuels forcés étaient dans presque un tiers de cas perpétrés par le concubin (3). Egalement, presque tous les appels (96,6%) pris en charge par « Violences femmes info » concernaient des violences commises par un homme sur sa compagne (43).

Moins de la moitié des femmes incluses dans notre étude vivait en couple (45 %). Or, parmi les circonstances menant à l'escalade des violences, la rupture est évoquée par 30% des femmes ayant répondu à l'enquête. Ce résultat correspond aux données relevées dans la littérature, avec 31% des femmes victimes de violences conjugales déclarant se trouver dans une situation de séparation ou divorce et 35% des homicides conjugaux perpétrés par des hommes ont comme mobile un refus de séparation (43,4).

C. Formes de violence

La majorité des violences représentées dans notre étude sont des violences physiques. Elles concernent plus de trois quarts des victimes consultant à l'UMJ. Ce résultat est discordant avec la plupart des enquêtes de victimation, qui retrouvait une majorité de violences psychologiques, quelle que soit la sphère dans laquelle elles étaient perpétrées (3,7,25,57). Cette discordance peut s'expliquer par le fait que les victimes de violences physiques soient plus fréquemment dans une démarche de plainte que les victimes de violences psychologiques, comme le révèle l'enquête CVS : 26% des victimes de violences physiques en dehors du ménage déposent plainte, contre 8% pour les injures et seulement 2% pour les menaces (3).

Par ailleurs, les violences morales peuvent être plus difficiles à détecter que les violences physiques (61). Ainsi certaines victimes peuvent ne pas avoir conscience de subir des violences psychologiques. D'autre part, les victimes de violences psychologiques consultent possiblement moins en médecine légale afin de faire établir un certificat médical de coups et blessures, pourtant la description de l'état psychique de la victime fait partie de l'examen médico-légal (16).

Concernant les violences sexuelles, elles sont peu représentées dans notre étude, ce qui est concordant avec les autres enquêtes (7,39,57). Cela laisse penser que ce type de violence serait effectivement le moins fréquent, mais aussi le moins déclaré, avec 8% des victimes de violences sexuelles déposant plainte (3). En moyenne, au cours des trois mois de l'étude, 539 plaintes ont été enregistrées par le Ministère de l'Intérieur pour « coups et blessures criminels » contre 32 plaintes pour viols et agressions sexuelles (41). Enfin, rappelons qu'au sein des violences sexuelles se trouvent les violences verbales, qui représentent une majeure partie des violences sexuelles dans l'espace public, mais pour lesquelles les victimes portent peu souvent plainte (7).

D. Consommation de substances

Notre enquête met en évidence une donnée intéressante au sujet des circonstances des violences : selon les femmes ayant répondu à l'enquête, la consommation d'alcool, de stupéfiants ou de plusieurs substances au moment des faits concernait plus souvent les agresseurs que les victimes. Cette tendance existait déjà dans d'autres études, notamment en cas de violences physiques, où 34 % des victimes déclaraient que l'auteur était sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool au cours de l'agression (3). Ce chiffre s'élève à 59 % dans le cas des violences sexuelles (3).

En revanche, les femmes déclaraient plus souvent une consommation de traitements psychotropes que les auteurs de violences. La méthodologie de l'enquête ne permet pas de savoir si cette consommation est antérieure aux faits ou si elle est apparue secondairement. Il serait également intéressant de savoir si ces traitements étaient prescrits par un médecin ou consommés en automédication, dans le cadre de l'évaluation du rôle du médecin dans la prise en charge de ces patientes.

E. Conséquences des violences

1. Retentissement psychologique

Concernant le retentissement psychologique mis en évidence par les médecins légistes au cours de leurs entretiens avec les participantes, il concernait plus de deux tiers des victimes. La majorité d'entre-elles souffraient d'anxiété et de troubles du sommeil récent. Cette symptomatologie peut être évocatrice d'un état de stress aigu ou d'une état de stress post-traumatique, selon sa durée (62). Dans les enquêtes de victimation, le retentissement psychologique et l'usage de traitements psychotropes concernait plus des trois quarts des victimes, et majoritairement en cas de violences répétées (63). L'enquête EVS montrait une surconsommation de traitements psychotropes chez les femmes victimes de violences par des auteurs connus par rapport à celles qui n'étaient pas victimes ou qui étaient victimes d'auteurs inconnus (25).

Dans notre enquête, les médecins légistes posaient l'indication d'une consultation avec un(e) psychologue dans 41 cas. Une étude menée en 2014 montrait l'intérêt d'une prise en charge psychologique dans le cadre de la prise en charge médico-légale pour la prévention et le soin des syndromes psycho traumatiques (64).

2. Retentissement économique

Concernant les conséquences économiques, 17% des victimes ayant contacté le 3919 déclaraient avoir une situation résidentielle précaire au moment de l'appel, et 144 femmes avaient été exclues de leur domicile par leur(s) agresseur(s) en 2016 (43). Dans notre étude, 15% des femmes ayant une activité professionnelle ont obtenu un arrêt de travail. Ce résultat peut être sous-estimé par le fait que peu de victimes aient consulté leur médecin généraliste (moins d'un tiers), et donc potentiellement bénéficié d'un certificat d'arrêt de travail.

Par ailleurs, dans certaines situations, l'arrêt de travail n'est pas toujours souhaitable. Le travail peut être préservé dans le but de maintenir les liens sociaux de la victime ou pour éviter qu'elle soit confrontée aux auteurs des violences lorsqu'elles sont perpétrées au sein du ménage (ce qui concerne la majorité de notre population). Les raisons peuvent également être financières. En effet, 6% des appelantes au 3919 alléguaient une situation économique précaire (surendettement, dépendance financière...) (43)

3. Retentissement physique

Le retentissement physique des violences a été évalué par l'estimation d'une durée d'ITT dans ce travail. Dans notre étude, La majorité des femmes avaient une ITT au sens pénal du terme (n = 68). Cela ne signifie pas que les 20 femmes n'ayant pas d'ITT n'ont subi aucune conséquence. En effet, un stigmate cutané (une plaie, une ecchymose...) sans retentissement fonctionnel n'entraînera pas forcément d'ITT en revanche, elle peut entraîner un retentissement dans d'autres domaines (psychologique, esthétique, relationnel...).

F. Consultation du médecin généraliste

Le premier interlocuteur vers qui les femmes se tournent est le médecin généraliste et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de viols (3,6). Il peut être consulté par la victime dans le cadre d'une demande de soins, mais aussi dans une démarche médico-judiciaire. Cela peut être expliqué par sa place de médecin en soins primaires (celui qui est consulté en première intention dans de parcours de soins) et son rôle de conseil et d'orientation pour les patients (65). On remarque que les femmes plus âgées (de 50 à 69 ans) se tournent préférentiellement vers les services de santé alors que les plus jeunes font majoritairement des démarches auprès des services de police et de gendarmerie (3). Dans cette étude, nous avons interrogé les femmes afin de savoir si elles avaient consulté un médecin généraliste. Seule une minorité de femmes avait effectivement consulté pour ce motif (moins d'un tiers). Elles sont donc moins nombreuses que celles ayant fait la démarche d'appeler le 3919, puisqu'elles étaient près d'une victime sur 2 à avoir consulté un médecin généraliste (43).

Dans notre étude, celles qui n'avaient pas consulté donnaient majoritairement comme motif un sentiment de honte ou de culpabilité ou déclaraient avoir peur de ne pas être crues. Cette réponse paraît cohérente avec les mécanismes psychiques mis en place chez les victimes de violences, à savoir les croyances négatives à propos de soi, les distorsions cognitives sur les conséquences du traumatisme (ici de l'agression) menant la victime à se culpabiliser ou encore un état émotionnel négatif persistant (honte, colère, culpabilité...) (66).

Une des victimes déclarait craindre des représailles et quatre autres disaient ne pas avoir consulté car il était le médecin traitant de l'auteur des violences. Pourtant, celui-ci est tenu au secret médical. Cela implique que personne (y compris l'agresseur) ne puisse être informé de l'existence ou du contenu de cette consultation (67–69).

Enfin, trois femmes trouvaient cela inutile, ou déclaraient que ce n'était pas le rôle du médecin généraliste. Ces réponses peuvent être mises en rapport avec les résultats d'une étude qualitative menée auprès de douze médecins généralistes, qui avait mis en évidence pour certains d'entre eux un sentiment d'impuissance voire une certaine inutilité dans ce contexte (70).

G. Forces et faiblesses de l'étude

1. Limites de l'étude

a) Biais de sélection

Seules les femmes victimes de violences consultant à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer sont concernées par cette étude. Cependant, la littérature montre que toutes les victimes ne consultent pas, ce qui représente un biais de sélection dans notre étude (3, 39, 41). En effet, les victimes sont généralement orientées vers l'UMJ lorsqu'elles souhaitent déposer une plainte contre l'auteur des faits, or comme le montre l'enquête CVS, elles sont peu nombreuses à le faire. Sur toutes les victimes de violences conjugales, seulement 29% s'étaient rendues au commissariat ou à la gendarmerie et 16% avaient effectivement déposé plainte (3). Par ailleurs, seulement 10% des victimes de violences sexuelles avaient eu un certificat médical avec détermination de l'ITT. Au cours des 3 mois de l'étude (de septembre à novembre 2017), dans les commissariats et les gendarmeries du Pas-de-Calais, environ 1695 plaintes ont été enregistrées pour coups et blessures volontaires, 134 pour viols et 208 pour d'autres agressions sexuelles (quels que soient le sexe et l'âge des victimes)(41). Les enquêtes de victimation montrent qu'une partie importante des victimes taisent les violences qu'elles subissent, comme le soulignait par exemple l'enquête CSF, dans laquelle près de la moitié des femmes se déclarant victimes de violences sexuelles révélaient ces faits pour la première fois (39).

De même, en population générale, le nombre d'individus qui n'ont pas conscience d'être victimes de violence est difficile à estimer. Ainsi, le choix de limiter l'étude aux violences faites aux femmes dans le cadre de l'UMJ constitue un facteur limitant car cela implique une prise de conscience des violences subies par les victimes, voire une décision de procédure judiciaire.

b) Biais d'information

Ce biais est lié au fait que la passation du questionnaire n'ait pas été standardisée. De même, les médecins n'ont pas été formés au remplissage du questionnaire avant l'étude. Par conséquent, il peut exister une hétérogénéité dans les réponses, ce qui entraîne un biais d'information. Par ailleurs, les violences représentent un thème sensible et, bien qu'elles aient déjà entrepris des démarches pour sortir du silence, les victimes répondant à l'auto-questionnaire peuvent surestimer ou sous-estimer certains indicateurs et entraîner ainsi un biais de prévarication.

c) Puissance de l'étude et validité externe

Le taux de participation à l'étude est faible (25%). L'absence de participation était rarement liée à un refus de la part des victimes, mais plus souvent à une omission de la remise du questionnaire à son arrivée. Egalement, les femmes décédées n'ont pas été incluses dans l'étude. Il aurait été intéressant d'inclure les homicides concernant des victimes féminines dans ce travail, mais la méthodologie employée (basée sur un auto-questionnaire des victimes) ne le permettait pas.

La durée de l'étude est courte (trois mois), ce qui a un retentissement péjoratif sur la puissance, et donc sur la validité externe de cette étude.

Enfin, l'effectif était trop faible ($n = 95$) pour pouvoir réaliser une analyse statistique univariée, en vue de mesurer une association entre deux caractéristiques, par exemple entre le type de violences et le sexe de l'auteur ou entre l'origine géographique des victimes et le délai de consultation à l'UMJ.

Ainsi, ce travail peut être considérée comme une étude de faisabilité afin de poursuivre secondairement la recherche dans ce domaine.

2. Forces de l'étude

Une des forces de cette étude réside dans le fait qu'elle soit prospective, ce qui limite le nombre de données manquantes lors du recueil. Par ailleurs, l'interrogatoire est réalisé par auto-questionnaire avant la consultation et il est anonyme, ce qui permet de réduire le risque de biais de prévarication. Enfin, elle a été menée dans quatre villes du Pas-de-Calais, ce qui augmente la représentativité de l'échantillon par rapport à la population féminine de ce département et améliore ainsi la validité externe de l'étude.

VII. Conclusion

Les femmes subissent davantage de violences que les hommes, quelle que soit la sphère étudiée. Les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique majeur, par les conséquences physiques, psychologiques, économiques et sociales qu'elles entraînent.

Cette étude a montré qu'elles étaient dans la majorité des cas, perpétrées par un ou plusieurs hommes, issus du cercle familial, le plus souvent par le concubin (ancien ou actuel), comme le révélaient déjà plusieurs enquêtes de victimation.

Les victimes de cette étude avaient subi toutes formes d'agressions (physiques, psychologiques, sexuelles), mais elles consultaient à l'UMJ principalement pour des violences physiques, alors que l'on connaît l'ampleur des violences morales, qui ne sont pas toujours révélées par les victimes. Le retentissement psychologique était fréquent chez ces femmes, la prise de traitements psychotropes concernait plus souvent les victimes que les auteurs. Ces constats soulignent l'importance d'une proposition de prise en charge psychologique adaptée en UMJ, afin prévenir et traiter les psycho traumatismes.

Enfin, peu de victimes avaient consulté leur médecin généraliste pour ce motif. Il paraît pourtant être un interlocuteur privilégié aux vues de son rôle en soins primaires. Les raisons de cette absence de consultation témoignent, dans certains cas, de distorsions cognitives et émotionnelles pouvant être consécutives au traumatisme de l'agression, mais aussi de craintes qui sont parfois partagées par les médecins eux-mêmes.

Il serait intéressant de poursuivre l'étude afin d'obtenir un effectif plus grand et ainsi pouvoir réaliser une étude analytique. L'objectif serait de mettre en évidence la présence de facteurs protecteurs ou de facteurs de risque de violences chez ces femmes. La question de l'intérêt d'un dépistage systématique des violences, ou ciblé pourrait alors être de nouveau soulevée, notamment dans le domaine de la médecine générale.

VIII. Bibliographie

1. OMS | Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes. WHO. 2013;
2. Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Violences envers les femmes : démarches et recours des victimes. Les apports de l'enquête ENVEFF. Archives de politique criminelle. 2002;(24):123-46.
3. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité ». 2017.
4. Délégation aux victimes du ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2016
5. Leridon H, B M. L'enquête ACSF : présentation générale. Population. 1993;48(5):1197-204.
6. Maryse Jaspard, L'équipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Ined - Institut national d'études démographiques. janv 2001.
7. Hamel C, Debauche A, Brown E. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Ined - Institut national d'études démographiques. nov 2016;
8. Bécour B, Vasseur P, Chuc A, Renaud B. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. 31 juill 2014;
9. Tourneur T. Agressions sexuelles dans la région lilloise: étude descriptive rétrospective sur 3 ans [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé;
10. Dictionnaire culturel en langue française. Paris, France: Dictionnaires Le Robert; 2005.
11. Lévy A. Penser la violence. Nouvelle revue de psychosociologie. 1 oct 2006;no 2(2):67-89.
12. OMS | Violence [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
13. Code pénal | Legifrance. Pénal.
14. Baumann A, Braudo S. Violence - Définition. Dictionnaire Juridique.
15. Direction de l'information légale et administrative M chargé de la justice. Coups et blessures [Internet]. Service-Public.fr. 2017.
16. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. 2011
17. Code pénal - Article 131-13. Code pénal.
18. Code de procédure pénale - Article 9. Code de procédure pénale.
19. Code pénal - Article 222-11. Code pénal.
20. Code de procédure pénale - Article 8. Code de procédure pénale.
21. Code pénal - Article 222-8. Code pénal.
22. Code de procédure pénale - Article 420-1. Code de procédure pénale.
23. Jaspard M. Les violences contre les femmes. La Découverte; 2011. 131 p.

24. Casalis M-F, Morbois C. La violence masculine à l'encontre des femmes adsp n° 31 - Maltraitements. adsp. 2000;(31):42-51.
25. Beck F, Cavalin C, Maillochon F, =Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. Violences et santé en France : état des lieux. Paris: La documentation française; 2010.
26. Code pénal - Article 222-23. Code pénal.
27. Direction de l'information légale et administrative M chargé de la justice. Viol d'une personne majeure. Service-Public.fr. 2018.
28. Beauthier J-P. Traité de médecine légale. De Boeck; 2011
29. Code pénal - Article 222-25. Code pénal.
30. Code pénal - Article 222-26. Code pénal.
31. Code pénal - Article 222-24. Code pénal.
32. Code de procédure pénale - Article 7. Code de procédure pénale.
33. Code de procédure pénale - Article 9-1. Code de procédure pénale.
34. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. Revue de médecine légale. 1 août 2014;5(2):62-9.
35. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
36. Code pénal - Article 222-33. Code pénal.
37. Code pénal - Article 222-30. Code pénal.
38. Code pénal - Article 222-32. Code pénal.
39. N. Bajos, Michel Bozon, équipe CSF, n° 445. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et Sociétés. mai 2008
40. Department of public information. Fourth World Conference on Women. Women's conference. 1997.
41. Ministère de l'Intérieur. Chiffres départementaux mensuels relatifs aux crimes et délits enregistrés par les services de police et de gendarmerie depuis janvier 1996 [Internet]. Data.gouv.fr. 2018
42. ONDRP. Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015. 2016 mars].
43. FNSF. Analyse globale des données issues des appels au « 3919 » - 2016. Europe; 2017.
44. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. Pouvoirs dans la Caraïbe. 2012;(17):43-59.
45. United States nited States. Report of the United States Delegation to the World Conference on the UN Decade for Women, Equality, Development and Peace, Copenhagen, Denmark, July 14-30, 1980 / prepared by the Office of the U.S. Secretariat for the World Conference of the UN Decade for Women, 1980. 1981;

46. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women - UN Documents: Gathering a body of global agreements. 1993.
47. Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme. juin 9, 1994.
48. Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique. juill 11, 2003.
49. Council of Europe. Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence and explanatory report. Istanbul, Turkey: Council of Europe; 2012. 150 p.
50. Lux M-G, Horel C, Ribeiro M, Rostand C, Mouchard P, Vienne P. Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes - 10 mesures pour l'autonomie des femmes. France: Secrétariat d'Etat à la solidarité : Ministère de la justice : Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales; 2008 juill p. 215p.
51. Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement.
52. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes.
53. Premier ministre. Attribution du label Grande cause nationale 2018 [Internet]. 2018 avr.
54. Préfecture du Pas-de-Calais. Cartes sur les données administratives. www.pas-de-calais.gouv.fr. 2017.
55. Code de la santé publique - Article L1121-1. Code de la santé publique.
56. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2018 - Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2018]. 2018 janv.
57. Jaspard M. Les violences envers les femmes en France : contexte, résultats et impact de l'enquête Enveff1. In: Féminismes II : 2005 : des femmes et du politique. Paris: Éditions de la Bibliothèque publique d'information; 2014]. p. 28-37. (Paroles en réseau).
58. Méde MN (Directeur d'études MSF-Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires/Crash) et Corinne Torre (Chef de mission. Médecins sans frontières : « Calais est devenue une cage de zoo ». Le Monde. 16 juin 2017
59. Avenue HRW| 350 F. « C'est comme vivre en enfer » | Abus policiers à Calais contre les migrants, enfants et adultes. 2017 juill p. 47p.
60. INSEE. Structure de la population active de 25 à 54 ans selon la catégorie socioprofessionnelle, selon le niveau de diplôme, selon le sexe ou le secteur d'activité (1968 à 2014).
61. Doherty D, Berglund D. La violence psychologique: un document de travail [Internet]. Canada; 2012 juill
62. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 août 2009;57(4):267-74.
63. Saurel Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. 2005. 36-7 p.
64. Kouadio-Zaffaroni CA, Guillet-May F, Colas B, Martrille L. Enjeux symboliques et thérapeutiques de la rencontre du psychique et du judiciaire en médecine légale. sept 2014

65. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002;52.
66. Milchman MS. Forensic implications of changes in DSM-5 criteria for responses to trauma and stress. *International Journal of Law and Psychiatry*. nov 2016;49(Part B):163-82.
67. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins - Article 4
68. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
69. Code de la sécurité sociale - Article L162-2. Code de la sécurité sociale.
70. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;(92):75-81.

IX. Annexes

Annexe 1 : Page recto du premier volet (auto-questionnaire), destiné aux victimes

N°2

| | |
|------------------------------|--|
| QUESTIONNAIRE ANONYME | |
|------------------------------|--|

Epidémiologie des violences faites aux femmes. Thèse Pauline Lefebvre

Ce formulaire est strictement anonyme, les résultats du questionnaire seront utilisés pour une étude sur les violences faites aux femmes.

1. Quel est votre âge ? :

2. Votre nationalité :

Française Autre (Union Européenne) Autre hors UE (précisez)

3. Votre code postal :

4. Votre niveau d'études :

Aucun diplôme ou CEP
Brevet des collèges ou BEPC
CAP ou BEP
Baccalauréat
Enseignement supérieur :
→ 1^{er} cycle
→ 2^{ème} ou 3^{ème} cycle

5. Votre emploi actuel :

Si vous n'avez pas d'emploi, vous êtes :

Au chômage
Elève, étudiante ou stagiaire non rémunérée
Femme au foyer
Retraitée ou en pré-retraite
Autre (précisez)

6. Votre statut conjugal :

Célibataire En couple

Précisez :

Vie maritale Séparation effective Séparation en cours /projet

7. Vous vivez :

Seule En couple
→ Avec un homme
→ Avec une femme
→ Je ne souhaite pas répondre

Sans enfant Avec enfant(s)
Combien d'enfant(s) avez-vous ?
Combien sont à votre charge ?

8. Si vous vivez en famille, s'agit-il d'une famille recomposée ?
Oui Non

Annexe 2 : Page verso du premier volet (auto-questionnaire), destiné aux victimes

N°2

9. Concernant le(s) auteur(s) des violences (plusieurs réponses possibles) :

Son/leur sexe homme(s) femme(s)

Le(s) connaissez-vous ? Oui non

Si oui, quel est votre lien ?

Familial Oui Non

Concubin(e) Frère/sœur Autres
Parent Enfant

Professionnel Oui Non

Collègue Client(e) Autres
Supérieur hiérarchique

Rencontre via les réseaux sociaux/sites de rencontres (Facebook, Tinder...)

Autres (précisez) :

10. Etait-ce la première fois que vous subissiez des violences ?

Oui Non

11. Dans quel(s) contexte(s) ont eu lieu les violences ?

Séparation/Divorce Oui Non

MOI L'AGRESSEUR

Prise de médicaments psychotropes

(antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères...)

Consommation d'alcool

Consommation de substances illicites

Autre contexte (précisez) :

12. Avez-vous consulté votre médecin généraliste pour ce motif ?

Oui Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?:

Peur d'être jugée, sentiment de honte Peur que l'on ne me croie pas

Cela me gêne car c'est un homme Il soigne aussi mon agresseur

Cela me gêne car c'est une femme Je pense que ce n'est pas son rôle

Il ne m'en a jamais parlé Autre (précisez) :

Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions, veuillez donner ce formulaire au médecin qui vous accueillera en consultation.

Annexe 3 : Deuxième volet du questionnaire, destiné aux médecins légistes

Questionnaire N°

QUESTIONNAIRE ANONYME

Epidémiologie des violences faites aux femmes.
Thèse Pauline Lefebvre

Partie à remplir par le médecin :

1. Type(s) de violence (plusieurs choix possibles) :

Physiques

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Coup de poing | <input type="checkbox"/> | Morsure | <input type="checkbox"/> | Objet contondant | <input type="checkbox"/> | Séquestration | <input type="checkbox"/> |
| Coup de pied | <input type="checkbox"/> | Brûlure | <input type="checkbox"/> | Par arme blanche | <input type="checkbox"/> | Autres (précisez) : | |
| Gifle | <input type="checkbox"/> | Strangulation | <input type="checkbox"/> | Par arme à feu | <input type="checkbox"/> | | |

Morales

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Harcèlement | <input type="checkbox"/> | Chantage | <input type="checkbox"/> | Isolement social | <input type="checkbox"/> |
| Insultes | <input type="checkbox"/> | Menaces/Intimidation | <input type="checkbox"/> | Humiliation | <input type="checkbox"/> |
| Autres (précisez) : | | | | | |

Sexuelles

Autres (précisez) :

2. Délai moyen entre les faits et la consultation à l'UMJ :

3. Arrêt de travail :

- Oui Non

4. ITT : jours

5. Existe-t-il un retentissement psychologique chez la patiente ?

- Oui Non

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trouble du sommeil récent | <input type="checkbox"/> | Trouble anxieux | <input type="checkbox"/> | Cauchemars/Reviviscences | <input type="checkbox"/> |
| Pleurs lors de l'entretien | <input type="checkbox"/> | Prise de psychotropes | <input type="checkbox"/> | Stratégies d'évitement | <input type="checkbox"/> |

6. Dans l'idéal, la patiente devrait-elle bénéficier :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| D'une prise en charge par un psychologue ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| → Si oui, avez-vous proposé un RDV avec le/la psychologue ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| D'une prise en charge par une association d'AVIJ ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Un grand merci pour votre contribution à ce travail, Pauline Lefebvre.

AUTEUR : LEFEBVRE Pauline

Date de Soutenance : 27 Juin 2018

**Titre de la Thèse : Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais
Etude prospective – UMJ de Boulogne-sur-Mer**

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine légale - DES : Médecine générale

Mots-clés : femmes victimes de violence, violences volontaires, violences conjugales, violences sexuelles, médecine légale

Contexte : Les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique majeur, et sont rencontrées quotidiennement en médecine légale. Les études qui ont été menées à ce sujet concernent la population générale féminine, et ne s'attachent pas spécifiquement aux femmes consultant dans les unités médico-judiciaires (UMJ). L'objectif principal de ce travail était de définir les caractéristiques des violences faites à ces femmes, d'en décrire leurs victimes et leurs auteurs. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs conséquences et de connaître le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes.

Méthode : Cette étude a été menée du 1^{er} septembre au 30 novembre 2017, auprès des femmes qui consultaient à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer ou une de ses trois antennes (situées dans le Pas-de-Calais), dans le but d'obtenir un certificat médical de coups et blessures. Ont été exclues les victimes mineures et celles consultant pour des violences involontaires. Un questionnaire anonyme était rempli par les femmes accueillies en consultation et par les médecins légistes les ayant reçues.

Résultats : Au total, 95 femmes ont été incluses dans cette étude. L'âge moyen des victimes était de 36 ans. La moitié d'entre-elles n'avaient pas d'activité professionnelle. Plus de 90% des femmes connaissaient leur(s) agresseur(s), il(s) étai(en)t de sexe masculin dans environ trois quarts des cas. Plus de 60% des victimes déclaraient que l'auteur des violences était leur concubin, ancien ou actuel. Dans 30% des cas, les violences survenaient dans un contexte de séparation. Elles étaient principalement physiques (n = 77) et psychologiques (n= 51). Six femmes alléguaient des violences sexuelles. Seul un tiers des femmes avait consulté un médecin généraliste pour ce motif. Les médecins légistes notaient un retentissement psychologique chez 41 victimes et 68 femmes avaient une Incapacité Totale de Travail (ITT) supérieure ou égale à un jour.

Conclusion : Les violences subies par les femmes qui consultent à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer sont en majorité le fait d'auteur(s) connu(s) et de sexe masculin. Il s'agit souvent du conjoint, ancien ou actuel. A l'avenir, il serait intéressant de mener une analyse statistique afin de rechercher des facteurs protecteurs ou de risque de violences chez ces victimes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur V. HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur G. VAIVA

Monsieur le Docteur M. CALAFIORE

Monsieur le Docteur J. SICOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur S. CHOCHOIS