



HAL
open science

Femmes décédées de violences conjugales dans le département des Alpes-Maritimes entre 2011 et 2015 : parcours médical, social et judiciaire

Maël Servant

► To cite this version:

Maël Servant. Femmes décédées de violences conjugales dans le département des Alpes-Maritimes entre 2011 et 2015 : parcours médical, social et judiciaire. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01410320

HAL Id: dumas-01410320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01410320v1>

Submitted on 6 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**FEMMES DECEDEES DE VIOLENCES CONJUGALES
DANS LE DEPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES
ENTRE 2011 ET 2015 :
PARCOURS MEDICAL, SOCIAL ET JUDICIAIRE**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de Médecine de Nice

Le 17 Octobre 2016

Par Maël SERVANT

Née le 29 Juillet 1989 à Cannes (Alpes-Maritimes)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Président du jury

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur

Madame le Docteur Céline CASTA

Assesseur

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Assesseur

Madame le Docteur Elodie BIGLIA

Directeur de thèse



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M.GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)4
M.IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)5

PROFESSEURS ASSOCIÉS

MCOYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

MBALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.BERTRAND François	Médecine Interne
M.BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Gérard Quatrehomme : je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Jacques Levraut, Monsieur le Professeur Michel Benoit, Madame le Docteur Céline Casta, je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à mon jury.

A ma directrice de thèse, Dr Elodie Biglia : merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir proposé ce sujet, je n'aurais pu rêver mieux pour clore le chapitre de mes études. Tu as été d'un soutien sans faille tout au long de ce travail malgré les épreuves traversées, ta rigueur et ton dévouement dans ton travail font de toi mon exemple à suivre.

Au Dr Alunni : je vous adresse mes plus sincères remerciements pour le temps que vous consacrez à nous former, pour votre pédagogie et votre écoute.

A Ariane et Morgane, l'aventure à vos côtés a débuté autour d'un corps au camaïeu de vert chatoyant et s'est poursuivie autour de nombreux verres/vers ! Merci les filles pour votre soutien et votre humour !

A Aurélie, mille mercis copine pour ton soutien, tes conseils, tes oreilles attentives, tes soirées et ta bonne humeur (et tes lasagnes aussi) !

A Florence, merci pour ton écoute et tes conseils avisés, tu es bien plus qu'une encadrante de porte à mes yeux !

A Mister Page, fournisseur officiel de cadavre depuis 1870, amateur de Bach et d'abeilles, qui m'a appris qu'il valait mieux un estomac bien ficelé, qu'un intestin bien déroulé ! Merci Monsieur Page pour ta bonne humeur et ta gentillesse. Longue vie à Claudion II.

A Pépito, météorologue à ses heures perdues, que ton braiement retentisse encore longtemps dans la vallée de Peymeinade.

A Céline, merci pour ton franc-parler, ton écoute et ta disponibilité. C'est toujours un plaisir d'apprendre à tes côtés.

A mon co-interne, Francescu le Francese, puisse ton parcours de vie être aussi rempli d'aventures grouillantes que le nombre d'asticots sur un corps oublié, délicatement réchauffé par un soleil d'automne...

Aux secrétaires de Médecine Légale de Cimiez et « *aux gars* » du reposoir, vous avez toujours été à l'écoute et disponibles (moyennant quelques cookies) et je vous en suis très reconnaissante !

Ce travail n'aurait jamais existé sans Mme Virginie Calamia et Mme Brigitte Vecchioni. Je tenais à vous remercier très chaleureusement de m'avoir fait confiance pour la réalisation de ce beau projet que vous m'avez confié, je suis fière d'avoir pu travailler avec vous.

Je tenais également à remercier l'ensemble des intervenants sollicités pour ce travail de thèse, l'intérêt que vous avez porté à ce projet et votre confiance m'ont permis de réaliser ce dernier. J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Prêtre et Monsieur Gutierrez, Procureurs de la République des TGI de Nice et Grasse ;

Un grand merci à l'ensemble des associations qui réalisent un travail formidable, merci de m'avoir accueillie et d'avoir consacré du temps et de l'énergie pour ce travail de thèse ;

Merci également aux intervenants hospitaliers qui ont participé à ce projet.

Merci à ma maman que j'aime plus que tout et qui a été d'un grand soutien tout au long de ce travail.

A l'ensemble de la smala, merci d'être là, dans les bons moments comme dans les moins bons j'ai toujours pu compter sur vous, on forme une belle famille et je suis très fière d'être une Servant/Tymen ! Une pensée pour papa qui nous manque et qui est parti trop tôt.

A Raphael, merci d'avoir été là pour moi à toutes les étapes, celles à venir présagent de beaux lendemains à deux... <3

A Coco, Sarah, Eléonore et Fred, Antonin, Beau-Papa & Belle-Maman, je suis fière d'avoir une belle famille aussi accueillante et chaleureuse que vous, un grand merci pour votre soutien et votre présence !

A Pitouf, merci d'être un gros chat rigolo.

A l'équipe des Urgences de Bastia, une rencontre inoubliable avec une team de choc, je n'oublierai jamais mes premiers pas d'interne réalisés parmi vous (dédicace spéciale à Barbara ; Dora ; Wiwi et Jeff ; Vincent et Steph ; Sophie et Maxime ; Landry ; Laura ; Delphine, Stéphane

et mes trois gars préférés : Antoine, Jean et Jules ; Franck et Sarah ; Nicolas Clément ; Lucille et tant d'autres que je n'oublie pas). Forza Bastia ;-)

A mes maîtres de stage, Dr Marie Danduran et Dr Vincent Diebolt : j'ai reçu une belle leçon de vie auprès de vous. Vous m'avez apporté conseils, confiance, soutien et une dose quotidienne de bonne humeur ! Longue vie à Valdeblore !

A l'équipe du 1^{er} étage du Centre Hélios Marin et mes co-internes de choc : un grand merci, vous avez fait de mon dernier semestre un moment inoubliable. Je tiens à remercier tout particulièrement Dr Isabelle Banaigs, chef à l'écoute et pas que pour des problèmes médicaux.. ! Je suis fière d'avoir pu travailler à vos côtés. Merci à l'équipe entière (Delphine, Flore, Martine, Clara, Carole et tous ceux que je ne cite pas mais que je n'oublie pas), vous êtes en or ☺

A Magali, Stéphanie, Laëti, Floufy... Que des « i »... Coïncidence ? Je ne pense pas. Merci, les amies ! zoubis zoubis !

ABREVIATIONS

AFS	Accueil Femmes Solidarité
ALC	Accompagnement Lieux d'Accueil Carrefour Educatif et social
AML	Autopsie Médico-Légale
AVFT	Association européenne des Violences Faites aux Femmes
CFCV	Collectif Féministe Contre le Viol
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLASHES	Collectif de Lutte AntiSexiste contre le Harcèlement sexuel dans l'Enseignement Supérieur
CMI	Certificat Médical Initial
CNIDFF	Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CIDFF	Centre d'Information aux Droits des Femmes et des Familles
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DAV	Délégation Aux Victimes
Enveff	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
FNSF	Fédération Nationale Solidarité Femmes
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
IML	Institut Médico-Légal
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
ISI	Insertion Solidarité Intégration
ITT	Incapacité Totale de Travail
JAF	Juge des Affaires Familiales
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial

MIPROF	Mission Interministérielle de Protection des Femmes
MSD	Maison des Solidarités Départementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PAU	Places d'Accueil d'Urgence
PHAST	Places d'Hébergement et d'Accompagnement Social Temporaire
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSJ	Suivi Socio-Judiciaire
TGD	Téléphone Grand Danger
TGI	Tribunal de Grande Instance
UE	Union Européenne
UMJ	Unité Médico-Judiciaire

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	15
II.	NOTIONS GENERALES	18
A.	DEFINITION DES VIOLENCES CONJUGALES	18
1.	Violences psychologiques.....	19
2.	Violences physiques.....	20
3.	Violences sexuelles.....	21
4.	Violences économiques	22
B.	EPIDEMIOLOGIE	22
1.	Etat des lieux des violences conjugales dans le monde	22
2.	Etat des lieux des violences conjugales en Europe	24
3.	Etat des lieux des violences conjugales en France.....	26
C.	LES VIOLENCES CONJUGALES ET LA LEGISLATION EN FRANCE.....	28
1.	La législation.....	28
2.	Les aspects médico-légaux	33
D.	LE DISPOSITIF JUDICIAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES	35
1.	Le Téléphone Grand Danger (TGD).....	35
2.	Protocole mains courantes et procès-verbaux en matière de violences conjugales	37
E.	LE DISPOSITIF SOCIAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES EN	France
	France.....	38
1.	Le numéro d'appel : « 3919 ».....	38
2.	Associations nationales dans la lutte contre les violences faites aux femmes	39
3.	Le 4 ^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes.....	40
F.	LE DISPOSITIF MEDICAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES	43
1.	Le dépistage des victimes de violences conjugales.....	44
2.	La prise en charge médicale des victimes.....	44
G.	LES DISPOSITIFS A L'ECHELLE DU DEPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES.....	48
1.	Le Réseau de professionnels autour de la violence conjugale de la communauté d'agglomération des Pays de Lérins	48
2.	Prise en charge des auteurs de violences conjugales	49
3.	Observatoire local de la Ville de Nice des violences faites aux femmes	50
H.	PROFIL DES VICTIMES	50
I.	PROFIL DES AUTEURS	52
J.	MECANISME DES VIOLENCES	55
K.	DECES DANS LE CADRE DES VIOLENCES CONJUGALES.....	57

III.	MATERIELS ET METHODES	65
A.	LE PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	65
B.	TYPE D'ETUDE.....	65
C.	L'ECHANTILLON ET LE RECRUTEMENT	66
D.	LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	67
E.	LES DIFFERENTS INTERVENANTS.....	67
1.	Intervenants médicaux	67
2.	Intervenants judiciaires	69
3.	Intervenants sociaux.....	69
F.	LA COLLECTE DES DONNEES	76
IV.	RESULTATS	77
A.	ECHANTILLON.....	77
B.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	79
1.	Age.....	79
2.	TGI en charge des affaires judiciaires.....	79
3.	Situation matrimoniale des victimes décédées.....	80
4.	Mode opératoire du décès	81
5.	Victimes collatérales.....	82
6.	Lieu de survenue des faits et du décès	82
7.	Facteurs déclenchants dans la survenue du décès	83
8.	Antécédents psychiatriques de l'auteur.....	84
9.	Suicide des auteurs.....	84
C.	ETUDE DU PARCOURS MEDICAL DES VICTIMES.....	85
D.	ETUDE DU PARCOURS SOCIAL DES VICTIMES	92
E.	ETUDE DU PARCOURS JUDICIAIRE DES VICTIMES.....	95
F.	RECAPITULATIF DU PARCOURS MEDICAL, SOCIAL ET JUDICIAIRE DE L'ECHANTILLON	99
V.	DISCUSSION	102
A.	OBJECTIF DE L'ETUDE.....	102
B.	METHODOLOGIE	102
1.	Le type d'étude	102
2.	Le protocole de recherche	103
3.	Les différents intervenants	104
C.	ANALYSE DES RESULTATS	107
1.	Les caractéristiques de l'échantillon	107
2.	Le parcours médical, social et judiciaire des victimes	115
3.	Récapitulatif des parcours.....	122
4.	Identification des facteurs de risque des décès conjugaux.....	123

D. SYNTHÈSE DES PARCOURS DES VICTIMES ET DE L'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE	125
1. Principaux éléments à retenir sur l'ensemble des différents parcours des victimes	125
2. Les différentes caractéristiques des féminicides conjugaux des Alpes-Maritimes de notre étude, comparées aux caractéristiques des féminicides conjugaux dans la littérature	126
3. Les différents facteurs de risques des féminicides conjugaux des Alpes-Maritimes de notre étude, comparés aux facteurs de risque des féminicides conjugaux dans la littérature	126
E. PERSPECTIVES.....	127
VI. CONCLUSIONS.....	134
VII. ANNEXES	137
VIII. BIBLIOGRAPHIE	164

I. INTRODUCTION

Ces dernières années, les violences à l'égard des femmes et notamment les violences conjugales sont devenues des sujets « d'actualité », fréquemment entendus, lus ou vus. Les victimes de violences conjugales sont des habituées du monde du silence mais le tabou semble se lever petit à petit, révélant l'intimité des foyers et les tragédies qui s'y passent. Faits divers, téléfilms inspirés de faits réels, court-métrages, articles consacrés à la thématique, données statistiques ou récits de faits concrets ne sont que des exemples parmi tant d'autres des voix qui s'élèvent et s'intéressent à la problématique. Une problématique universelle et atemporelle qui reste pourtant bien sous-estimée malgré les chiffres inquiétants.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 15 à 70 % des femmes dans le monde auraient été exposées à des violences de la part de leur partenaire intime à un moment ou à un autre de leur vie (59). En France, l'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) menée en 2000 a représenté un travail majeur mettant en lumière ce problème important : 14,2 % des femmes auraient été victimes de violences domestiques au moins une fois dans leur vie et 10 % au cours des douze derniers mois (48).

Devant l'ampleur et la gravité de la situation, les autorités françaises ont promulgué des campagnes de sensibilisation, des missions de recherche et des actions multiples afin de rassembler, d'analyser et de diffuser les informations et données relatives à ce sujet (49). En exemple, nous pouvons citer la création d'une Journée Nationale de sensibilisation sur les violences faites aux femmes, fixée au 25 Novembre (86) (en mémoire de l'assassinat le 25 Novembre 1961, de trois sœurs dominicaines engagées contre la dictature).

Dans cette lignée s'inscrit le quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, plan triennal (2014-2016), se décomposant en trois axes majeurs (97) :

- l'organisation de l'action publique face aux violences ;
- la protection des femmes victimes ;
- la mobilisation de la société.

Le premier axe a notamment permis la mise en place du numéro de référence pour les femmes victimes de violences, le « 3919 », gratuit, accessible sept jours sur sept.

Ce travail de thèse s'inscrit dans ce quatrième plan interministériel et trouve sa justification en apportant des réponses à quelques-uns des objectifs définis dans ce plan (97) :

- AXE 1 – Volet 10 : « *L'organisation par chaque préfet, en lien avec le procureur de la République, d'un état des lieux annuel, quantitatif et qualitatif des violences faites aux femmes dans le département* ». L'objectif est d'organiser autour du préfet et du procureur de la République un nouveau pilotage départemental des réponses apportées aux violences ;

- AXE 3 – Volet 1 : « *Améliorer la connaissance des phénomènes de violences faites aux femmes. Le travail relatif à ce premier volet consistera à renforcer la recherche publique sur les violences faites aux femmes : une attention toute particulière doit être portée aux travaux de recherche universitaire en droit, en médecine [...]* » ;

Volet 3 : « *Le renforcement de la connaissance quantitative et qualitative sur les violences faites aux femmes sur le territoire concerné, notamment par le recueil des données existantes et par l'encouragement des initiatives de recherche* » ;

Ces observatoires nationaux et territoriaux devront s'enrichir de ces nouvelles données de la recherche dans la lutte contre les violences conjugales.

La multiplicité des actions entreprises dans la lutte contre les violences faites aux femmes est à la hauteur de la gravité du phénomène.

En France, une femme meurt tous les deux jours et demi à la suite de violences conjugales. En 2012, 148 femmes sont décédées contre 26 hommes (65 % d'entre eux étaient auteurs de violences conjugales) (95). Le département des Alpes-Maritimes est loin d'être épargné. Pour cette même année, le département totalise onze décès de femmes et se retrouve en tête du classement national recensant par département le nombre de décès de femmes survenant au sein du couple.

C'est face à ce constat alarmant que ce projet de thèse est né. Notre travail est également motivé par le fait qu'aucune étude n'ait été réalisée auparavant sur le territoire des Alpes-Maritimes concernant l'état des lieux, le parcours et les facteurs des risques des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales.

Dans un premier temps, nous rappellerons la définition des violences conjugales et nous étudierons le sujet d'un point de vue épidémiologique et législatif au niveau international et national. Nous établirons un constat des dispositifs judiciaires existants dans la lutte contre ces

violences. Nous tenterons ensuite d'établir le profil des victimes et des auteurs. Nous développerons le mécanisme des violences conjugales pour comprendre comment certaines situations se terminent par le décès des victimes de violences. Pour finir, nous décrirons les dispositifs existants, médicaux et sociaux, dans la prévention et la lutte des violences conjugales.

Dans un deuxième temps, nous nous pencherons tout d'abord sur l'état des lieux des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales, pour le département des Alpes-Maritimes (06), sur une période de cinq ans, de 2011 à 2015. Ensuite, à partir de cet état des lieux, nous nous attacherons à mettre en évidence le parcours social, médical et judiciaire de ces victimes. Il s'agira d'étudier le nombre de ces femmes connues des instances sociales, médicales et judiciaires de notre département, c'est-à-dire le nombre de victimes ayant réalisé des démarches auprès des structures sociales et judiciaires du département ainsi que le nombre de femmes connues des urgences des grands centres hospitaliers du 06 ayant consulté pour des motifs en rapport avec des violences conjugales.

Il s'agit donc d'une étude observationnelle descriptive rétrospective, basée sur le recueil de données archivées au sein des différentes structures en jeu.

La ligne directrice de notre étude est de réaliser un constat des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales sur le département des Alpes-Maritimes de 2011 à 2015, puis de retracer leur parcours médical, social et judiciaire.

Notre deuxième objectif est de comprendre pourquoi ces femmes ont connu une issue tragique et de tenter d'identifier d'éventuels facteurs de risque de décès de ces femmes victimes de violences conjugales.

II. NOTIONS GENERALES

A. DEFINITION DES VIOLENCES CONJUGALES

Dans la littérature, de nombreuses définitions et termes sont donnés pour définir les violences conjugales, par exemple : violence exercée par le partenaire intime, violence familiale, violence intrafamiliale, violence exercée contre les femmes, violence à l'égard de l'épouse et voies de fait contre l'épouse.

L'Organisation Mondiale de la Santé, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « *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* » (59).

La violence à l'égard des femmes englobe donc, outre les coups et les sévices corporels, les sévices sexuels, les comportements dévalorisants tels que les violences verbales, les menaces, le chantage, le proxénétisme et la prostitution, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à l'intégrité et à la dignité de la femme, les violences exercées au sein des institutions et la violence économique.

Les violences à l'égard des femmes exercées par un partenaire intime sont définies plus précisément, dans un ouvrage rédigé par des médecins légistes français, de la façon suivante : « *les violences conjugales sont définies comme des violences survenant au sein du couple, selon un processus évolutif ou aigu, pouvant prendre des formes variées et souvent composites : connotations physiques (coups, mutilations, homicide, etc.), sexuelles (viol, agressions, prostitution forcée, brimades, etc.), verbales et psychiques (insultes, humiliations, etc.) et/ou indirectes (vols, destruction de propriété ou d'objets, contraintes, privation d'autonomie, etc.)* » (71).

En France, un rapport réalisé par un groupe d'experts et sous la présidence du Professeur Henrion, remis au Ministre chargé de la Santé en Février 2001, complète la définition des violences conjugales et lui donne la signification suivante (46) : *« processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Elles se distinguent des simples conflits entre époux ou concubins ou même des conflits de couple en difficulté ou « conjugopathie », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou partenaire. La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des cycles, ou après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences. Cependant la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide ».*

Le terme de *« femmes battues »*, couramment utilisé, ne devrait donc plus être employé car il ne prend pas en compte toutes les formes de violences notamment les violences psychologiques qui tiennent une grande place dans l'expression des violences conjugales. En effet, il existe plusieurs types et manifestations de cette violence : les violences psychologiques, physiques, sexuelles et économiques. Les différentes formes de violences peuvent intervenir simultanément ou successivement, sans qu'une règle puisse être définie dans leur concomitance et/ou ordre d'apparition (38). La figure de *« femme battue »* demeure néanmoins très présente dans les représentations des violences conjugales : plus marquante et plus facilement dénonçable mais cette représentation participe aux difficultés à révéler les situations dans lesquelles la violence prend d'autres formes que les coups physiques.

1. Violences psychologiques

Les mécanismes des violences conjugales reposent en grande partie sur des conduites contrôlantes et humiliantes ou des comportements indiquant une attitude de contrôle, de domination, de dévalorisation (48).

Les violences psychologiques ont pour but de créer (101) :

- un climat d'insécurité physique et émotionnelle, voire de terreur par des conflits à tout propos, des intimidations, des menaces, des chantages, des sous-entendus, une agressivité

et une hostilité permanentes, des colères, une intolérance à la moindre contrariété ou opposition, des attitudes dures et cruelles, un non-respect de la vie familiale, des horaires, de la participation financière ;

- un climat de contrainte, de contrôle et d'isolement par une surveillance continue (sorties, dépenses, fréquentations, habillement, etc.), des règles de vie imposées, un harcèlement, une séquestration, un non-respect de l'intimité ;
- un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'humiliation par des dénigrement, des critiques et des paroles blessantes sur le physique, l'expression verbale, les capacités intellectuelles, le travail, les tâches domestiques, l'éducation des enfants, la sexualité, une indifférence, un mépris affiché ;
- un climat de culpabilisation et de sentiment d'incompétence par des plaintes et des critiques continues, des exigences irréalistes, des attitudes de rejet, de frustration, de jalousie ;
- un sentiment de confusion et de doute par des attitudes et des messages incohérents et contradictoires, des mensonges, des manipulations, des interprétations et des critiques injustes, des mises en scène, une non reconnaissance, une négation ou un mépris des besoins fondamentaux, des émotions, des sentiments et de la souffrance de la victime.

Cette violence est insidieuse et se déroule souvent sur une très longue période (46). Par un phénomène d'emprise et la création d'une tension insupportable qui la maintient dans un climat de peur, la victime se retrouve paralysée, et subit sans rien dire ces maltraitances pendant des années. Elle cherche parfois même des excuses à son partenaire, et inverse la responsabilité de chacun.

La prévalence des violences conjugales psychologiques représente plus de 50 % des violences conjugales en France (48). Selon des études menées par des chercheurs nord-américains, elles seraient plus dévastatrices que les violences physiques (74).

2. Violences physiques

Les violences physiques sont les plus identifiables car pour la plupart visibles quand il s'agit de coups et blessures, qui peuvent d'ailleurs aller jusqu'à la mort de la victime. La violence physique est représentée par des gifles, des coups de poings, des coups de pieds, des étranglements, des morsures, des brûlures, des coups de couteau, des tortures, etc.

Dans ces cas, ils peuvent faire l'objet de constats avec preuves. Mais certaines violences laissent peu de traces, comme les bousculades, les tentatives d'étouffement, de noyade ou d'étranglement par exemple. D'après le rapport Henrion (46), une étude menée aux urgences médico-judiciaires à Paris rapporte que les violences sont essentiellement exprimées par des coups à mains nues. Dans 14 % des cas seulement, les auteurs des violences utilisent une arme, le plus souvent improvisée : couteau, ceinture, rallonge électrique, bâton ou manche à balai, etc.

La localisation des blessures concerne en priorité la tête et le cou (46 %), puis les membres (30 %), et enfin le tronc (17 %) (34).

On entend également par violence physique, le fait de casser la vaisselle et le mobilier, de déchirer des papiers personnels, de détériorer des objets auxquels l'autre tient, ou encore d'abîmer ses affaires ; sans oublier la séquestration, le contrôle des déplacements, la privation de documents administratifs et de papiers d'état civil, et l'expulsion temporaire ou définitive du foyer (25, 57, 74). Cette forme de violence s'exprime également par le maintien en éveil de la partenaire, la privant ainsi de sommeil, ou par des attaques physiques nocturnes (19).

La violence physique n'est pas présente de façon systématique dans les cas de violences conjugales. Elle intervient souvent dans un second temps, quand l'agresseur estime que les violences psychologiques exercées à l'encontre de sa compagne ne suffisent plus à la soumettre (74).

3. Violences sexuelles

Dans ces cas-là, l'auteur de violence oblige sa compagne à avoir des rapports sexuels et à obéir à ses propres fantasmes, lui faisant subir des brutalités ou des menaces, lui imposant des témoins ou la forçant à avoir plusieurs partenaires.

Le partenaire peut refuser d'utiliser un préservatif ou un moyen de contraception. Il peut également la contraindre à la prostitution (20, 25, 57, 74).

La dénonciation du viol conjugal, passible de sanction, se heurte encore au poids culturel du « devoir conjugal ». La violence sexuelle est la plus délicate à déclarer pour les femmes qui la subissent.

4. Violences économiques

Elles concernent tout ce qui relève des questions de gestion et de patrimoine : confiscation des ressources, transfert de fonds, contrôle des comptes, etc. Le conjoint peut également refuser toute dépense pour l'entretien personnel de sa compagne, l'empêcher d'exercer une profession, la contraindre à changer d'emploi ou bien à ne plus travailler (25, 74).

B. EPIDEMIOLOGIE

1. Etat des lieux des violences conjugales dans le monde

Dans notre étude nous utiliserons à la fois les mots de féminicides et d'homicides féminins pour désigner le décès d'une femme tuée volontairement ou non par une tierce personne.

Les statistiques portant sur la fréquence des violences conjugales sur le plan international font état de chiffres inquiétants, assez variables d'une étude à l'autre mais aussi très probablement sous-estimés, et ce, quelles que soient les parties du monde.

La première enquête multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'encontre des femmes, menée en 2002 dans dix pays à revenu faible ou intermédiaire, a permis de constater les chiffres suivants : chez les femmes de 15 à 49 ans, entre 15% des femmes au Japon et 71% des femmes en Éthiopie ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime (58).

Une étude plus récente menée par l'OMS, sur la base de données en provenance de plus de quatre-vingt pays, a constaté qu'au niveau mondial 35% des femmes ont été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre. La plupart de ces actes de violence sont le fait du partenaire intime (60).

Au niveau mondial, près d'un tiers (30 %) des femmes qui ont eu des relations de couple ont subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime et, dans certaines régions, ce nombre peut être plus important. Environ 7 à 20 % des femmes

enceintes dans le monde rapportent avoir subi des violences physiques pendant leur grossesse (58).

La violence conjugale est à l'origine également de nombreux décès. Selon l'OMS, chaque année dans le monde, 1,5 à 3 millions de femmes meurent des suites de violences commises par leur partenaire intime (58). Au niveau mondial, jusqu'à 38 % des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime (60). Ce taux est confirmé par une étude publiée par le Lancet en 2013 (33), élaborée à partir d'une méta-analyse mettant en évidence la prévalence mondiale des homicides intraconjugaux, rapportant les chiffres suivants à l'échelle mondiale :

- 13,5 % de l'ensemble des homicides sont perpétrés par le ou la partenaire intime ;
- 38,6 % des homicides chez les femmes sont commis par leur conjoint contre 6,4 % des homicides chez les hommes ;
- la proportion de femmes décédées dans le cadre d'homicides intraconjugaux est donc six fois plus importante que les hommes.

Toutes les femmes dans le monde, quel que soit leur statut socio-économique, leur race, leur orientation sexuelle, leur âge, leur origine ethnique, leur état de santé et l'absence ou la présence du partenaire actuel, sont exposées à des risques de violences conjugales (63).

Voici ci-dessous quelques exemples précis pour différents pays :

- **au Canada** : l'enquête de Statistique Canada réalisée en 1993 (qui n'a malheureusement pas été renouvelée) a estimé que 51 % des femmes canadiennes ont été victimes d'au moins un acte d'agression physique ou sexuelle dès l'âge de 16 ans (64). L'enquête Omnibus sur la criminalité et la victimisation de Statistique Canada estime que 6 % des femmes (600 000 femmes) avaient été victimes de violence conjugale dans les 5 ans avant leur entrevue en 2009 et 178 000 avaient été agressées par des conjoints l'année précédente (66). Les femmes sont trois fois plus susceptibles d'être tuées par leur partenaire intime que les hommes. Entre 2000 et 2009, le partenaire intime était responsable de 49 % des féminicides et la partenaire intime seulement de 7 % des homicides (66) ;
- **aux Etats-Unis** : une mise au point de l'Association Médicale Américaine en 1992 suggère que 20 % de femmes adultes et 12 % des adolescentes ont été victimes d'actes sexuels accompagnés de violences durant leur vie et que ces actes sont le plus souvent le fait de leur partenaire ou ancien partenaire, bien plus que d'autres membres de la famille ou

d'étrangers (46). Chaque année, 1,5 million de femmes seraient violées ou victimes de violences physiques de la part de leur partenaire. Vingt-cinq pour cent de femmes ont rapporté avoir été la cible de violences de leur partenaire, toutes violences confondues pendant leur vie, et 12 à 35 % dans l'année venant de s'écouler (8) ;

- ***dans les pays du Moyen Orient*** : la prévalence des violences domestiques est estimée entre 23 et 35 %, correspondant à la moyenne mondiale. En Egypte et en Jordanie, environ 1 femme sur 3 aurait été battue au moins une fois par son mari. En Syrie, l'étude rapporte que 23 % des femmes ayant consulté un centre de soins primaires auraient été victimes de violences et 35 % au Liban. Ce qui demeure encore plus inquiétant est que 80 % des hommes et des femmes dans ces pays pensent que la violence envers l'épouse n'est pas un acte criminel et serait même considérée comme normale et légitime (35). Il en ressort que les violences conjugales sont gravement sous-estimées, du fait du peu de recours (médical, judiciaire, social) pour les victimes et qu'il y a une tolérance généralisée des violences conjugales par les hommes et les femmes (3).

2. Etat des lieux des violences conjugales en Europe

Une enquête à l'échelle de l'Union européenne (UE) réalisée en 2012 révèle également des chiffres alarmants. On estime à 13 millions le nombre de femmes dans l'UE victimes de violences physiques au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, ce qui correspond à 7 % des femmes âgées de 18 à 74 ans dans l'UE. Pour ce qui est des violences domestiques, la moyenne des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire depuis l'âge de 15 ans dans l'Europe des 28 est de 22 %. Le Danemark, la Finlande et la Lettonie présentent une moyenne de 30 % à 39 % des femmes victimes ; la France se situe dans la moyenne de 20 à 29 % (44).

Nous présentons ci-dessous quelques exemples précis de statistiques de violences intrafamiliales touchant les femmes pour différents pays européens :

- en Suisse, en 1994, 6 % des femmes avaient subi des violences physiques ou sexuelles au cours des douze derniers mois, 21 % au cours de leur vie (46) ;
- en Finlande, en 1997, 9 % des femmes avaient subi des violences domestiques au cours des douze derniers mois, 22 % au cours de leur vie (46) ;

- en Norvège, sur 4 millions d'habitants, 10 000 femmes reçoivent chaque année des soins pour des lésions corporelles engendrées par la violence familiale (45) ;
- en France, la dernière enquête nationale révèle que 1 femme sur 20 (âgées de 18 à 75 ans) a vécu des situations de violences conjugales « très graves » au cours des douze derniers mois. Les études réalisées dans les maternités belges évaluent entre 3,4 % et 11 % la prévalence des violences au cours de la grossesse et pendant les 12 mois qui l'ont précédée (16).

Concernant les homicides, les principales conclusions du programme DAPHNE III sur l'estimation de la mortalité par violences conjugales en Europe sont les suivantes (Annexe 1) (62) :

- dans l'Europe des 27, pour l'année 2006, 3 073 décès liés aux violences conjugales ont été comptabilisés : 1 390 féminicides directs par un partenaire, 256 homicides par une partenaire, 161 homicides collatéraux, 488 suicides parmi les auteurs masculins et 778 suicides de femmes attribuables aux violences conjugales ;
 - la France totalise pour cette année 406 décès liés aux violences conjugales, soit un taux de 6,44 décès par millions d'habitants. Parmi les 406 décès, 137 sont des féminicides (les 269 autres décès correspondent aux homicides conjugaux masculins, aux victimes collatérales ainsi qu'aux suicides des auteurs dans le cadre de violences conjugales) ;
 - comparativement, avec un taux de 2,52 décès liés aux violences conjugales par million d'habitants, la Grèce est le pays le moins touché par le phénomène en 2006. Quatorze féminicides sont recensés pour la Grèce cette année ;
 - en revanche, la Lettonie enregistre un taux de 32,25 décès liés aux violences conjugales par million d'habitants, avec 44 féminicides pour l'année 2006.
- avec plus de 3 000 décès par an dans l'Europe des 27, cela représente plus de 8 décès par jour en lien avec les violences conjugales ;
- cette étude met également en évidence que les féminicides directs représentent moins de la moitié de la totalité des décès en lien avec les violences conjugales (45 %). Cependant, en comptabilisant les féminicides directs, les suicides de femmes liés aux violences

conjugales et les homicides collatéraux, nous remarquons que ce sont les femmes et les enfants qui sont le plus touchés par cette violence (76 %).

D'autres études réalisées par nos voisins européens révèlent des statistiques alarmantes sur la mortalité au sein du couple :

- en Angleterre, en 2000, le rapport de la police métropolitaine a annoncé qu'un crime domestique était perpétré toutes les six secondes dans un foyer (46) ;
- en Suède, la violence conjugale tue une femme tous les 10 jours (59) ;
- au France, entre les années 2005 et 2007, sur les 102 femmes autopsiées pour homicides, 62 cas (soit 60,8 %) concernaient des homicides dans le cadre de violences conjugales. Le taux de mortalité par an lié aux homicides conjugaux est estimé à 0,44 pour 100 000 femmes âgées de plus de 15 ans (2) ;
- en Russie, 13 000 femmes sont tuées chaque année, pour la plupart par leur mari ou partenaire (45).

3. Etat des lieux des violences conjugales en France

Entre 2008 et 2012, 66 920 hommes et femmes de 18 à 75 ans ont répondu à l'enquête « Cadre de vie et sécurité » INSEE-ONDRP portant notamment sur les actes de violences physiques ou sexuelles subis par un ex-conjoint ou par le conjoint actuel lors des deux années précédant l'enquête (100).

Il ressort de cette étude les résultats suivants :

- **Selon le sexe :**
Douze participants et demi (hommes et femmes) sur 1000 ont déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint sur 2 ans, soit 540 000 personnes, dont 400 000 femmes. La proportion de femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint est estimée à 18,4 ‰ contre 6,4 ‰ chez les hommes.
- **Selon l'âge :**
Le taux de violences physiques ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint est plus élevé pour certaines tranches d'âge : pour les 25-34 ans, 25,6 ‰ de femmes contre 10,6 ‰

d'hommes ; pour les 35-44 ans, 28,1 ‰ de femmes contre 10,8 ‰ d'hommes. Ce taux décroît pour les tranches d'âge supérieures.

- **Selon la situation de couple chez la femme :**

Pour les femmes de 18 à 75 ans, le taux de violences déclarées varie de 10,2 ‰ sur 2 ans pour celles ne vivant pas en couple (hors divorcées, séparées), à plus de 30 ‰ pour les « divorcées, séparées ». Il se situe à 26,2 ‰ pour les femmes vivant en couple non mariées (hors divorcées, séparées), soit une valeur 1,5 fois supérieure à celle mesurée pour les femmes mariées, vivant en couple (17,3 ‰).

- **Selon le revenu :**

Le taux atteint son niveau le plus élevé, soit 35,5 ‰, pour les femmes appartenant au 10 ‰ de ménages ayant les revenus par unité de consommation les plus faibles, contre 8,3 ‰ pour les femmes appartenant aux 10 ‰ de ménages aux revenus les plus élevés.

- **Selon une analyse multicritères :**

Dans le cadre d'analyses multicritères incluant l'âge, le niveau de revenu, le statut d'occupation du logement ou la zone géographique, il ne ressort pas de différence sur la probabilité des femmes à se déclarer victimes de violences de par leur conjoint ou ex-conjoint.

Concernant la mortalité liée aux violences conjugales, une étude est diligentée chaque année par le Ministère de l'Intérieur, recensant les morts violentes au sein du couple.

Il en ressort qu'en 2014, 143 personnes sont décédées, dont 118 femmes, victimes de leur partenaire de vie, ce qui correspond à un homicide dans le couple tous les deux jours et demi. En incluant les suicides des auteurs et les homicides de victimes collatérales (enfants, parents), ces violences ont occasionné au total le décès de 202 personnes (54).

Pour l'année 2015, 136 personnes sont décédées au sein du couple, dont 115 femmes. En incluant les suicides des auteurs et les homicides de victimes collatérales, ces violences ont occasionné au total le décès de 200 personnes, dont 11 enfants (55).

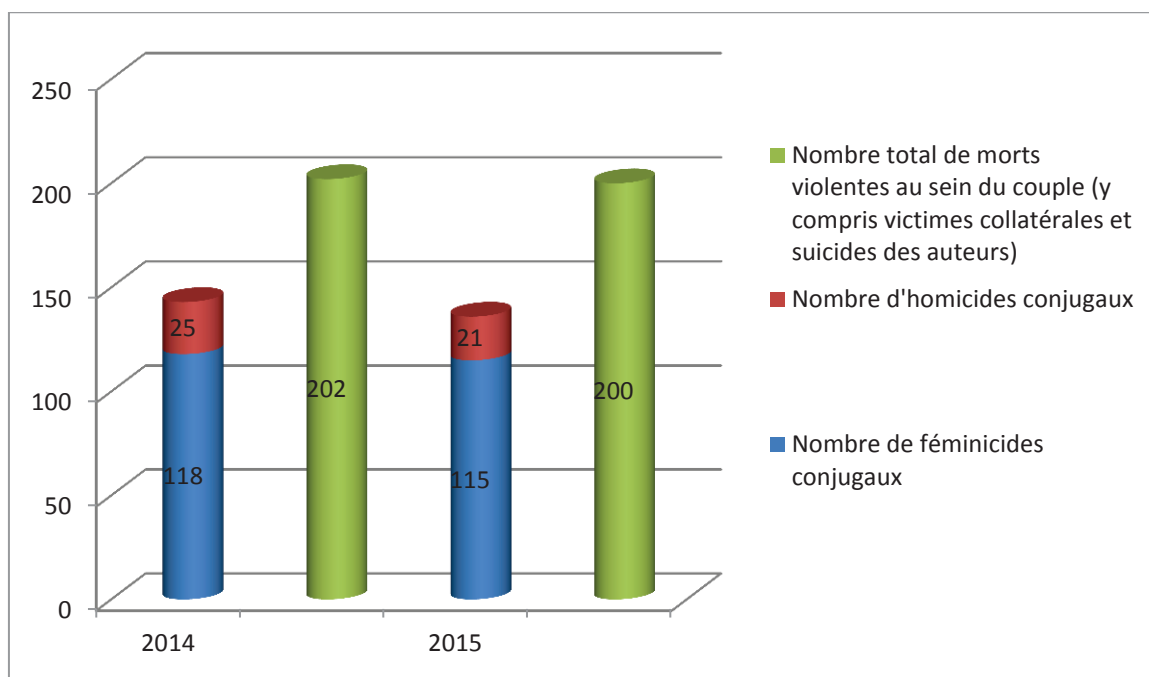


Figure 1. Synthèse des morts violentes au sein du couple à l'échelle nationale pour 2014 et 2015.

C. LES VIOLENCES CONJUGALES ET LA LEGISLATION EN France

1. La législation

La loi n° 92-683 du 22 Juillet 1992, porte réforme des dispositions du Code Pénal sur les éléments suivants (80) :

- les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente constituent des crimes ;
- le **délit spécifique de violences conjugales est créé**. Ainsi si des violences sont commises par le conjoint ou le concubin, elles sont **passibles du tribunal Correctionnel**, même si elles n'ont pas entraîné de jours d'Incapacité Totale de Travail (ITT) ;
- la **qualité de conjoint ou de concubin** constitue une **circonstance aggravante** ;
- le délit de harcèlement sexuel au travail est introduit.

La **loi n° 2002-304 et 305 du 04 Mars 2002**, relative au nom de famille et à l'autorité parentale (81) :

- renforce le principe de la coparentalité et de l'exercice conjoint de l'autorité parentale déjà prévue par la *loi de 1993*, quelle que soit la situation des parents : mariés, concubins, divorcés ou séparés ;
- autorise la remise en cause possible de l'autorité parentale dans l'intérêt de l'enfant ;
- déclare que le droit de visite et d'hébergement d'un parent privé de son autorité parentale ne peut être refusé que pour motifs graves.

Sur le plan civil, la **loi n° 2004-439 du 26 Mai 2004, article 22**, relative au divorce, instaure la mise en place de mesures d'éloignement du conjoint violent pour les couples mariés. Avant l'engagement d'une procédure de divorce, l'époux victime de violences conjugales peut saisir en urgence le juge des affaires familiales pour demander l'éviction de son conjoint et statuer sur l'obtention de la résidence séparée et l'attribution du domicile conjugal. Les mesures prises sont caduques si, à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter du moment où elles ont été prononcées, aucune requête en divorce ou en séparation de corps n'a été prononcée (82).

La **loi n° 2005-1549 du 12 Décembre 2005**, relative au traitement de la récidive des infractions pénales facilite au pénal les mesures d'éloignement du conjoint ou du concubin violent du domicile conjugal. L'éviction peut se faire à tous les stades de la procédure pénale avec la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique (83).

La **loi n° 2006-399 du 04 Avril 2006**, renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs (84) :

- aligne l'âge légal des femmes pour se marier sur celui des hommes : 18 ans au lieu de 15 ans ;
- élargit la notion de couple au Pacte Civil de Solidarité (PACS) et au concubinage ;
- élargit le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs : partenaire (PACS) et ex conjoint, ex concubin, ex partenaire ainsi qu'à de nouvelles infractions : meurtres, viols, agressions sexuelles ;
- reconnaît l'existence du viol au sein du couple à l'article 222-22 alinéa 2 du Code Pénal ;
- insiste sur le devoir de respect mutuel ;

- met en place une répression accrue du viol, du meurtre (la peine encourue est portée à la réclusion à perpétuité au lieu de 30 ans auparavant) et de la privation des papiers d'identité (entraînant un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende) ;
- assouplit les dispositions concernant l'immunité familiale en cas de vol entre époux lorsque, par exemple, le vol porte sur des pièces d'identité ou un titre de séjour ;
- insiste sur les mesures d'éloignement du conjoint violent du domicile conjugal. L'auteur des faits peut par ailleurs se voir interdire de paraître aux abords du domicile familial. Une prise en charge sanitaire et sociale lui sera également proposée ou imposée.

La **loi n° 2007-297 du 05 Mars 2007**, relative à la prévention de la délinquance, envisage l'extension du suivi socio-judiciaire (SSJ) avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple (85).

Deux circulaires de 2008 ont permis la mise en place de nouvelles mesures :

- création de référents (locaux, territoriaux et nationaux) pour les femmes victimes de violences au sein du couple ;
- création d'hébergement et de logement pour les femmes victimes de violences.

La **loi n° 2010-769 du 09 Juillet 2010**, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants contient une avancée majeure : la création d'une ordonnance de protection des victimes (décret d'application du 1^{er} Octobre 2010). Elle vise notamment à faciliter le dépôt de plaintes par les femmes qui sont souvent freinées par la peur de perdre la garde de leurs enfants, par le risque de se retrouver sans logement ou par la crainte de l'expulsion lorsqu'elles sont en situation irrégulière. Cette ordonnance permet de prévenir de nouvelles violences ; elle est prononcée par le juge aux affaires familiales qui peut être saisi par la victime, ou par le Ministère Public (ou Parquet). Le juge statue en urgence dans les vingt-quatre heures et se prononce sur (86) :

- l'exercice de l'autorité parentale : il statue provisoirement sur la garde des enfants ;
- l'attribution du logement du couple à la victime en évitant du domicile familial l'auteur des violences, ou l'organisation du relogement de la victime avec l'autorisation de garder secrète sa nouvelle adresse ;
- l'interdiction au conjoint violent de rencontrer la victime et de détenir une arme ;
- l'admission de la victime à l'aide juridictionnelle (avocat) ;

- l'interdiction de sortie du territoire de l'enfant sans l'autorisation des deux parents.

L'ordonnance de protection du juge aux affaires familiales a été étendue aux étrangères en situation irrégulière sur le territoire national. Ces dernières bénéficient d'une protection immédiate, de la délivrance ou du renouvellement d'une carte de résident en cas de condamnation de l'auteur, ainsi que d'une aide juridictionnelle.

La loi du 09 Juillet 2010 instaure également (86) :

- le bracelet électronique pour tenir à distance le conjoint violent. Ces bracelets sont à l'essai à l'heure actuelle ;
- le délit de violence psychologique conjugale : le harcèlement moral au sein du couple est désormais une infraction punissable. Ce délit est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail au sens du Code Pénal inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ;
- le délit de « contrainte au mariage » pour lutter contre les mariages forcés ;
- une journée nationale de sensibilisation contre les violences faites aux femmes fixée au 25 Novembre (grande cause nationale 2010).

L'instruction NOR IOCL 1124524C du 09 Septembre 2011 relative au droit de séjour des personnes victimes de violences conjugales et à la mise en œuvre des articles L.313-12, L.316-3 et L.431-2 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) établit la faculté de renouvellement ou de délivrance d'un titre de séjour à la ressortissante étrangère victime de violences conjugales et ayant rompu la vie commune pour s'en protéger ou bénéficiant d'une ordonnance de protection (87).

Créée par le décret n° 2013-07 du 03 Janvier 2013 (96), la **Mission Interministérielle de Protection des Femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains** (MIPROF) est une structure qui a pour objet de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes. Elle contribue également à l'évaluation des dispositifs nationaux et locaux en matière de violences faites aux femmes ainsi qu'à l'animation des acteurs publics et privés intervenant dans la lutte contre ces violences. En lien avec les

ministères concernés, la mission est chargée de définir un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes. Pour l'exercice de ses attributions, la mission a constitué auprès d'elle un comité d'orientation, composé de représentants des collectivités territoriales, de représentants de l'Etat, de personnalités qualifiées et de représentants de structures locales intervenant en matière de violences faites aux femmes. Parmi les actions de la MIPROF, nous pouvons citer :

- les kits pédagogiques à destination des professionnels concernés pour comprendre et agir face aux violences conjugales, sous forme de court-métrages : le kit « Anna » sur le dépistage par le médecin généraliste, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences conjugales ou le kit « Tom et Léna » sur les conséquences des violences conjugales sur les enfants et leurs prises en charge ;
- la mise en place dans les services médicaux d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes par la circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du **25 Novembre 2015** (90).

Le dernier **plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016**, mis en œuvre par le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, succède aux trois précédents plans – 2005/2007, 2008/2010 et 2011/2013. Ce quatrième plan a été construit sur un nombre plus restreint de priorités, sur lesquelles le Gouvernement s'engage et dont il sera comptable notamment à l'égard du Parlement. Les associations et représentants des collectivités territoriales continuent à être étroitement associés au suivi de ce plan et à sa mise à jour. Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sera saisi pour conduire avant son terme une évaluation globale, rendue publique, du plan actuel et sera consulté en amont des rapports d'information transmis au parlement en application de la loi. Ce plan est construit autour de trois priorités (97) :

- organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse ;
- protéger les victimes ;
- mobiliser l'ensemble de la société.

La **loi n° 2014-873 du 04 Août 2014**, pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, prévoit le renforcement de l'ordonnance de protection permettant au Juges des Affaires Familiales (JAF) de prendre des mesures de protection pour une femme en danger (attribution du domicile, autorité parentale, revenus, adresse) par les éléments suivants (89) :

- un allongement de la durée de la mesure de 4 à 6 mois ;
- une délivrance de l'ordonnance de protection dans les meilleurs délais ;
- une priorité au maintien de la victime des violences dans le logement du couple ;
- une possibilité pour la personne victime de dissimuler son adresse et d'élire domicile pour les besoins de la vie courante chez une association ;
- la création d'un stage de responsabilisation destiné aux auteurs de violences conjugales ;
- une information du Procureur de la République lorsque l'ordonnance de protection est délivrée en raison de violences susceptibles de mettre en danger un enfant.

2. Les aspects médico-légaux

Le médecin est partagé entre son devoir de protection de la santé de ses patients et les impératifs du secret professionnel.

En effet le médecin est confronté à plusieurs articles du **Code Pénal** qui peuvent apparaître contradictoires (79) :

- **article 223-6** faisant référence à la **non-assistance en personne en péril** : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

- **article 226-13** faisant référence au **secret professionnel** : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

- **article 226-14** faisant référence à la **rupture du secret professionnel** : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable* :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ».

De même, dans le **Code de Déontologie**, le médecin peut se retrouver face à des contradictions à la lecture de certains articles (101) :

- **article 9** : *« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».*

- dans le même sens, **l'article 44** précise : *« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives».*

- cependant, **l'article 4** stipule : *« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».*

- enfin **l'article 51** indique : *« Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients ».*

Afin de lever la réticence des médecins à signaler des situations de danger, le **Code de Santé Publique** précise depuis 2002 par l'**article L. 4441-10** : « *Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article 226-14 du code pénal. Lorsque l'instance disciplinaire est informée de l'engagement, à la suite d'un tel signalement, de poursuites pénales pour violation du secret professionnel ou toute autre infraction commise à l'occasion de ce signalement, elle sursoit à statuer jusqu'à la décision définitive de la juridiction pénale* ».

De nos jours le médecin se voit partager entre droits, devoirs, interdictions, moralité et éthique face à des situations de violences conjugales. Il en revient à sa conscience professionnelle et personnelle d'agir pour lutter contre cette problématique.

D. LE DISPOSITIF JUDICIAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES

1. Le Téléphone Grand Danger (TGD)

Afin de protéger les femmes en très grand danger, le Ministre de la Justice, le Ministre de l'Intérieur et le Ministre du Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports ont décidé de déployer un téléphone d'alerte sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif TGD répond à un double objectif (98) : empêcher le passage à l'acte et sécuriser les femmes et les enfants en très grand danger. Une première expérimentation a été mise en place en 2009 dans le département de la Seine-Saint-Denis à la suite d'une étude départementale sur les féminicides qui avait révélé l'insuffisance de la protection accordée aux femmes exposées à une situation de grave danger, liée à l'existence de violences conjugales.

Ce dispositif dispose d'une touche spécifique, qui est un bouton d'appel d'urgence préprogrammé, accessible facilement et intuitivement par l'utilisateur, permettant une mise en relation automatique et directe avec le service de téléassistance (géré par Mondial Assistance®). Le « téléassisteur » appelé par la victime est chargé d'évaluer la situation et de lever le doute.

En cas de danger avéré, il demande immédiatement, via un canal dédié à la salle de commandement opérationnelle de la police et de la gendarmerie, l'intervention des forces de l'ordre, lesquelles dépêchent une patrouille qui se rendra auprès de la victime, sans délai. Le téléphone peut permettre une géolocalisation. Dans les autres cas, le « téléassiste » peut orienter la victime vers l'association compétente localement. Les prestations de téléassistance sont assurées 24h sur 24h, 7j/7.

En 2014, ce dispositif a été déployé sur l'ensemble du territoire pour les femmes en grand danger, victimes de violences au sein du couple ou de viols (en 2014, 157 téléphones ont été déployés sur le territoire national et 304 personnes en ont bénéficié). Il constitue une des mesures prioritaires du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes et les conditions de sa généralisation et de son extension en cas de grave danger menaçant une personne victime de viol, ont été définies par l'article 36 de la loi du 04 Août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Accordé par le procureur de la République après évaluation du danger encouru par la femme victime de violences, le téléphone d'alerte permet de garantir à la victime une intervention rapide des forces de sécurité, en cas de grave danger et donc avant la commission de nouveaux faits de violences. Le procureur peut également être sollicité par les associations repérant des situations de grand danger chez certaines victimes mais la décision finale d'attribution du TGD lui revient. Cette mesure repose également sur un accompagnement global de la victime, mobilisant le partenariat des acteurs de lutte contre les violences faites aux femmes : l'Etat, les associations et les collectivités territoriales. Ce téléphone d'alerte est accordé pour une période de six mois, renouvelable une fois. Ce dispositif concerne uniquement des victimes majeures, pour lesquelles l'auteur est soumis à une interdiction de les approcher.

Dans les Alpes-Maritimes, pour l'année 2015-2016, douze TGD ont été dispensés sur l'ensemble du département, six téléphones pour chacun des Tribunaux de Grande Instance (TGI) de Nice et Grasse. A l'heure actuelle, quatre victimes en sont bénéficiaires sur le TGI de Grasse et six en bénéficient sur le TGI de Nice. Deux déclenchements du TGD ont été recensés pour cette année.

2. Protocole mains courantes et procès-verbaux en matière de violences conjugales

Seulement 10 % des victimes de violences conjugales déposent plainte et le peu de victimes qui osent le faire se rétractent parfois, confrontées à des refus du dépôt de plainte ou des plaintes n'aboutissant à aucune réponse.

Un des principaux objectifs du 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes est donc de ne laisser aucune violence déclarée sans réponse pénale ni sociale. De ce fait, il a été mis en œuvre une généralisation du protocole national de traitement des mains courantes et des procès-verbaux de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales (94).

Un protocole conjoint établi par les Ministres de la Justice, de l'Intérieur et des Droits des Femmes réaffirme le principe du dépôt d'une plainte suivi d'une enquête judiciaire lorsqu'une victime de violences au sein du couple se présente dans un service de police ou de gendarmerie.

Ce protocole organise également les conditions du recours aux mains courantes ou aux procès-verbaux de renseignement judiciaire pour ce type d'infraction. Il met en place un accompagnement et une prise en charge efficace, dès la première révélation de violences auprès de la police ou de la gendarmerie. La déclinaison locale de ce protocole national permet de coordonner et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés : justice, forces de sécurité, intervenants sociaux, associations. Toute victime ayant recours à une main courante ou à un procès-verbal de renseignement judiciaire, après avoir expressément refusé de déposer plainte, est systématiquement informée sur les conséquences de son refus, sur ses droits, sur les procédures à engager pour les faire valoir et sur l'aide dont elle peut bénéficier. Il lui est proposé d'être mise en relation avec une structure d'accompagnement partenaire (intervenant social, psychologue, permanence d'association...). Les informations recueillies dans la main courante ou le procès-verbal de renseignement judiciaire font l'objet d'une rédaction très détaillée sur une fiche de signalement standard, pour permettre une exploitation ultérieure (Annexe 2).

E. LE DISPOSITIF SOCIAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES EN FRANCE

Pour s'adapter à leur situation et les éloigner de l'auteur au plus vite, la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales doit revêtir différentes formes : hébergement, écoute, soutien et accompagnement. Elle se réalise souvent en urgence au regard des circonstances particulières auxquelles ces femmes doivent faire face.

1. Le numéro d'appel : « 3919 »

Parmi les dispositifs existants, nous avons déjà signalé la création du numéro d'appel, le « **3919** » qui depuis le 1^{er} Janvier 2014 est le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences (tous types de violences : violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail). Ce numéro garantit une écoute, une information et en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les associations nationales ou locales partenaires, les mieux à même d'apporter la réponse la plus adaptée.

Le fonctionnement de ce numéro, géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes et soutenu par le Ministère chargé des Droits des Femmes, s'appuie sur un partenariat avec les principales associations nationales agissant pour l'égalité femmes/hommes, pour les droits des femmes et luttant contre les violences sexistes et sexuelles qui leur sont faites. Les principales associations sont :

- l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail ;
- l'Association Femmes Solidaires ;
- l'Association Voix de Femmes ;
- le Centre National d'Information des Droits et des Familles ;
- le Collectif Féministe Contre le Viol ;
- la Fédération Nationale du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants ;

- et le Mouvement Français pour le Planning Familial.

La Fédération Nationale Solidarité Femmes a créé dès 1992 le service téléphonique national d'écoute « Violences Conjugales – Femmes Infos Services », devenu le 3919-Violences Conjugales Info en 2007. En 2014, les missions du 3919 ont été étendues à la réponse à toutes les formes de violences à caractère sexiste faites aux femmes.

Le 3919 traite jusqu'à 50 000 appels par an, provenant de femmes victimes de violences, mais aussi de leur entourage et des professionnels concernés. Il s'agit d'un appel anonyme et gratuit, possible 7 jours sur 7, de 9 h à 22 h du lundi au vendredi et de 9 h à 18 h les samedi, dimanche et jours fériés. Une équipe d'écouteresses professionnelles assure une écoute bienveillante en instaurant un climat de confiance qui permet à la personne (femme victime, tiers) de parler de la situation et de clarifier l'analyse qu'elle en fait. L'objectif de cette écoute est de permettre à la personne d'agir, grâce à une information appropriée sur les démarches à suivre et sur le rôle des intervenants sociaux. Le but est dans la mesure du possible d'orienter la femme victime vers une association spécialisée qui pourra l'accompagner dans ses démarches.

2. Associations nationales dans la lutte contre les violences faites aux femmes

L'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) est une association féministe autonome qui défend les droits au travail et à l'intégrité de la personne. Elle a pour champ d'action et de réflexion toutes les formes de violences contre les femmes, bien qu'elle se soit spécialisée dans la dénonciation des violences sexistes et sexuelles au travail.

Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) s'est constitué en 1985 dans la région parisienne pour réagir contre les viols commis dans les lieux publics devant des témoins passifs. Le 8 mars 1986, grâce à l'appui financier du Ministère des Droits des Femmes, le CFCV a ouvert une permanence téléphonique : 0 800 05 95 95 « VIOLS-FEMMES-INFORMATIONS » numéro vert, gratuit en France, DOM et TOM, depuis un poste fixe, du lundi au vendredi, de 10 h à 19 h.

Le Collectif de lutte antisexiste contre le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur (CLASCHES) est une association féministe d'étudiant(e)s mobilisé(e)s contre le harcèlement

sexuel dans l'enseignement supérieur. Son action concerne spécifiquement les étudiant(e)s et doctorant(e)s, particulièrement exposé(e)s au sein de l'institution, et pour lequel(les) les recours sont les plus difficiles et inégalitaires.

La Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) lutte contre les violences faites aux femmes et s'inscrit dans le mouvement de transformation des relations femmes-hommes fondé sur l'égalité. Elle fédère 65 associations, partageant l'analyse sociopolitique de la violence exercée à l'encontre des femmes, inspirée de la pensée féministe.

Le Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF) est un relais essentiel de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) agit auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité (contraception, avortement) et lutte pour l'élimination de la violence sexiste.

Femmes solidaires est un réseau de plus de 190 associations locales réparties sur toute la France, et constitue un mouvement féministe d'éducation populaire qui défend les valeurs fondamentales de laïcité, de mixité et d'égalité pour les droits des femmes. Femmes solidaires informe, sensibilise sur les droits des femmes afin de contribuer à l'évolution des mentalités vers une société libérée des rapports de domination.

Fédération nationale Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) est engagée dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles et plus particulièrement : les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et/ou précoces, les autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des filles.

3. Le 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes

Ce 4^{ème} plan a été construit sur un plus petit nombre de priorités que les plans précédents. Les associations et représentants des collectivités territoriales sont étroitement associés au suivi de ce plan et à sa mise à jour.

Ce plan est construit autour de trois priorités : 1. Organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse ; 2. Protéger les victimes ; 3. Mobiliser l'ensemble de la société.

Parmi les actions encouragées par ce plan interministériel, nous retrouvons les dispositifs suivants :

- le **dispositif accueil de jour**, lancé en 2012, qui vise à mettre à disposition des femmes une structure de proximité ouverte sans rendez-vous durant la journée pour les accueillir, les informer et les orienter. Ce dispositif permet notamment de préparer, d'éviter ou d'anticiper le départ du domicile pour les femmes victimes de violences et, le cas échéant, leurs enfants. Il permet plus de fluidité dans le parcours des femmes victimes de violences et leur prise en charge. On compte en 2014, 104 sites dans 94 départements. Parallèlement, le soutien aux permanences d'information, d'accueil et d'accompagnement spécialisées en direction des femmes victimes de violences s'est poursuivi.
- les **lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation**, qui assurent un accompagnement spécialisé dans la durée de ces femmes et le suivi de leur parcours, afin de les aider à rompre le cycle de la violence et trouver les moyens de leur autonomie. Ce sont au total plus de 196 lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation qui sont proposés, couvrant 22 régions et 3 départements d'Outre-mer.
- les **référénts femmes victimes de violence**, qui à l'échelle locale, veillent à ce que tout soit mis en œuvre pour concourir à un retour à l'autonomie de la femme victime de violences notamment en s'assurant de la coordination des différents intervenants et dispositifs impliqués.

De même, le plan triennal interministériel prévoit un doublement du nombre des **intervenants sociaux en commissariats et en brigades de gendarmerie**. Ces intervenants assurent l'accueil actif des victimes ou personnes en détresse nécessitant une aide et un accompagnement social, médical ou juridique. Ce dispositif permet d'améliorer l'accueil des victimes et de consolider les passerelles entre les champs pénal, civil, médical et social. Cinquante nouveaux postes ont été créés entre novembre 2013 et août 2014. Le nombre d'intervenants sociaux est donc passé de 179 à 231. L'objectif est de doubler leur nombre d'ici 2017.

Concernant *les solutions d'hébergements*, le 4^{ème} plan interministériel prévoit la création de 1 650 solutions supplémentaires d'ici à 2017. Le 25 Novembre 2012, le Président de la République a souhaité qu'un tiers des places créées au titre de l'hébergement d'urgence soit réservé à l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences.

L'accès au logement social simplifié est un autre objectif soutenu par ce plan. Il constitue une perspective essentielle pour permettre aux femmes victimes de violence de sortir de l'urgence et de s'inscrire dans un parcours vers l'autonomie. Plusieurs mesures de la loi du 24 Mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové permettent de prendre en compte les besoins des victimes :

- la demande de logement social est désormais prise en compte dès lors que le juge aux affaires familiales est saisi ;
- l'existence d'un bail au nom du couple ne fait plus obstacle à l'attribution d'un logement social à l'un des deux conjoints ;
- l'ancienneté de la demande de logement social est conservée même si cette demande a été antérieurement présentée par les deux membres du couple ;
- les organismes de logement social sont désormais habilités à louer à titre subsidiaire des logements en vue de fournir des places d'hébergement d'urgence ou d'hébergement relais.

Concernant les objectifs de mobilisation de la société, un point phare du 4^{ème} plan concerne le développement des *observatoires territoriaux des violences faites aux femmes*. Ces observatoires ont pour objectif :

- de renforcer la connaissance quantitative et qualitative sur les violences faites aux femmes sur le territoire concerné, notamment par le recueil des données existantes et par l'encouragement des initiatives de recherche ;
- d'identifier, de collecter et de transmettre les outils existants, les données territoriales et les bonnes pratiques ;
- d'animer un réseau de partenaires.

Vingt-un observatoires ont été créés depuis 2012.

Enfin, un autre dispositif social promu par ce plan est le développement des *stages de responsabilisation des auteurs de violences conjugales pour prévenir la récurrence des violences conjugales*. Cette mesure doit permettre de prévenir la récurrence en mettant l'accent sur le suivi des

auteurs de violences. Néanmoins, il ne semble pas y avoir d'harmonisation à l'échelle nationale sur ce dispositif.

F. LE DISPOSITIF MEDICAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES

Souvent le premier, voire dans certains cas le seul interlocuteur des victimes de violences au sein du couple, le professionnel de santé a un rôle primordial dans la prise en charge de victimes de violences conjugales. Il doit pouvoir les dépister et assurer leur prise en charge (soins, orientation et suivi adéquat).

Le médecin généraliste, le médecin spécialiste tel que le psychiatre et le gynécologue ou le pédiatre et les médecins urgentistes sont les spécialités les plus concernées pour l'accueil et la prise en charge de ces victimes. De même, le médecin légiste est au premier plan car il va examiner de nombreuses victimes de violences conjugales. Ce rôle des médecins est d'ailleurs précisé par la circulaire du 27 Mai 1997 avec la création de *pôles de référence hospitaliers* chargés, outre de la prise en charge des victimes de violences, d'assurer aussi la coordination locale des structures susceptibles de recevoir les personnes victimes de violences. Il revient également à ces pôles d'assurer la mise en relation et le conseil des professionnels de santé qui ont recours à eux, ainsi que la formation et l'information des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Ils peuvent éventuellement être amenés à assurer ce rôle auprès d'autres professionnels non médicaux impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans les 26 régions (métropole et DOM), des pôles régionaux ont été implantés, selon les établissements, soit dans les services de médecine légale (UMJ), soit dans les services de gynécologie obstétrique ou de pédiatrie.

La circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du **25 Novembre 2015** (90), réaffirme ce rôle et notamment celui des médecins urgentistes. Cette circulaire s'articule autour de deux axes :

1. Organiser une prise en charge coordonnée des femmes victimes par tous les acteurs concernés (notamment services d'urgences, médecins généralistes, gynécologues, sages-

femmes, psychologues...). À cet égard, des protocoles locaux associant l'ensemble des partenaires du territoire seront mis en place sur la base d'un protocole national type.

2. Former des professionnels pour le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences.

A cet effet, un référent « violences faites aux femmes » sera identifié dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Désigné parmi les médecins du service d'urgence, du SAMU ou du SMUR, ce référent sera chargé de la sensibilisation du personnel des services d'urgence, SAMU et SMUR, sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles. Il bénéficiera d'une formation spécifique sur les violences faites aux femmes, proposée par la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

1. Le dépistage des victimes de violences conjugales

Un dépistage systématique peut être effectué par chaque praticien, en médecine générale ou dans des structures plus spécifiques telles que les centres de planification ou d'éducation familiale, la médecine du travail, les services d'urgence. Un contexte évocateur ou des signes cliniques particuliers devraient inciter le médecin à explorer la piste des violences conjugales.

Des campagnes de sensibilisation à visée des professionnels de santé sur la problématique des violences conjugales existent. Elaborées par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) sous forme de kits pédagogiques, ces campagnes de sensibilisation se composent d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement à destination des professionnels de santé. Le kit « *Anna* », explique les mécanismes des violences au sein du couple, son repérage par un médecin généraliste, sa prise en charge par le professionnel de santé et le travail en réseau.

2. La prise en charge médicale des victimes

Ecouter, recueillir des éléments factuels, évaluer la gravité des violences, soigner et orienter (99) sont les grands axes de la prise en charge par le médecin. Ces différents points sont explicités dans une brochure mise en ligne par le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, s'intitulant « *Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels* ».

Cette brochure s'avère être un outil pratique, un guide du professionnel de la santé, social ou judiciaire, dans la gestion des situations de violences au sein du couple.

Ce qu'il ressort de ce guide concernant la prise en charge médicale de ces situations est qu'il est important de recueillir le plus d'informations possibles sur le contexte conjugal (auteur et victime) ainsi que de notifier de façon exhaustive sur le dossier médical les lésions constatées, en s'aidant par exemple de schémas ou de photographies.

Sur l'évaluation de la gravité des violences, le rôle de médecin est de (99) :

- s'assurer, à l'issue de toute consultation, que la victime peut rentrer au domicile sans danger pour elle et/ou ses enfants ;
- l'interroger sur la présence éventuelle d'armes au domicile et, si tel est le cas, lui conseiller de les retirer ou de les cacher ou de les remettre à un service de police ou une unité de la gendarmerie ;
- s'assurer qu'elle ne présente pas de risque suicidaire ;
- conseiller à la victime de préparer un sac avec quelques effets personnels, de l'argent, ses papiers et documents importants, afin de pouvoir s'échapper du domicile en urgence si nécessaire ;
- conseiller à la victime de réfléchir à un «plan d'action» en cas de crise : par exemple, préenregistrer les numéros de téléphone d'amis ou de la police, savoir quels voisins elle peut appeler, comment mettre les enfants à l'écart, etc. ;
- signaler les faits au Procureur de la République avec l'accord du patient majeur, en vertu de **l'Article 226-14 du Code Pénal**, et/ou porter secours à la victime en application de **l'Article 223-6 du Code Pénal**.

Concernant l'orientation des victimes, il est impératif que le médecin collabore avec les autres professionnels concernés :

- les psychologues ou psychiatres ;
- les travailleurs sociaux : ils permettent à certaines victimes de recouvrer leurs droits (sécurité sociale, allocations familiales), de chercher un domicile, une école pour les enfants en cas de préparation au départ, d'être aidées sur le plan financier en cas de violences économiques ou d'être conseillées pour une recherche d'hébergement ;

- les associations spécialisées dans l'aide aux femmes victimes de violence conjugale : elles peuvent parfois se porter partie civile avec l'accord de la victime ;
- en cas de besoin, la police et la gendarmerie : ils ont l'obligation de recevoir toute plainte ou, si telle est la préférence de la victime, d'établir une main courante (police) ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie). La plainte est recevable même en l'absence de certificat médical préalable. Ce dernier doit alors être joint dans le courant de la procédure.

Enfin, toute patiente doit quitter la consultation en emportant, au moins, le numéro de la permanence d'écoute téléphonique nationale destinée aux victimes ou témoins de violences conjugales : le 3919.

Une autre étape capitale dans la prise en charge de ces situations est la rédaction du **certificat médical de constatation de coups et blessures**. Il constitue un acte authentique attestant par écrit, de la part d'un médecin, l'existence de lésions traumatiques ou de symptômes traduisant une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider de l'orientation de la procédure. C'est un élément de preuve qu'il est indispensable de conserver pour toute procédure pénale ou civile. Il se constitue de trois parties (Annexe 3) :

- la retranscription des déclarations de la victime quant à son agression mais aussi ses doléances ;
- la description objective des lésions physiques mais aussi du retentissement psychique ;
- la détermination de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens du Code Pénal, à savoir la durée pendant laquelle une victime éprouve une perte majeure d'autonomie dans les actes ordinaires et essentiels de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail), suite à un acte de violence physique ou psychologique. L'incapacité ne concerne en aucune manière le travail au sens habituel du mot, mais les activités usuelles de la victime. En fonction de sa durée, inférieure ou égale à huit jours ou strictement supérieure à huit jours, l'ITT permettra d'orienter les autorités judiciaires vers le tribunal compétent : Tribunal de Police ou Tribunal Correctionnel. Certains faits particulièrement graves seront qualifiés de crimes et jugés aux Assises.

L'accueil et la prise en charge à l'hôpital des victimes de violences conjugales entrent dans les fonctions dévolues à tout établissement de santé comme précédemment développé, au travers des *pôles de référence hospitaliers*. Dans ce cadre-là, les **Unités Médico-Judiciaires (UMJ)** tiennent une place prépondérante. Ces unités ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires. Elles ont pour vocation d'accueillir et examiner les victimes qui leur sont adressées sur réquisitions judiciaires et de rédiger le certificat médical de constatation de coups et blessures fixant l'ITT au sens du Code Pénal. Ce document constitue un élément de preuve primordial. Le financement relève du ministère de la Justice.

Enfin, pour lutter contre la mortalité liée aux violences conjugales, l'Institut Médico-Légal du CHU de Pointe à Pitre a mis en place un score de dépistage des femmes victimes de violences conjugales en danger imminent (36).

La Guadeloupe est particulièrement touchée par la problématique avec un taux d'homicides conjugaux estimé à 17 % par an sur l'ensemble des homicides. En 2012, sur une période d'un mois et demi, six homicides dans le cadre de violences conjugales ont été enregistrés. C'est face à ce constat alarmant que l'équipe de l'Institut Médico-Légal du CHU de Pointe à Pitre a développé un score afin de dépister les signes de gravité chez les victimes de violences conjugales, d'évaluer le risque de renouvellement des faits et de permettre un signalement en cas de péril imminent. Il s'agit d'un score recherchant neuf critères de gravité. Ce score a été instauré en 2012, et aurait permis de faire chuter le taux d'homicides dans le cadre de violences conjugales à 2 %. Les femmes victimes de violences par leur conjoint ayant porté plainte sont prises en charge, sur réquisition, par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, médecin légiste, infirmière, assistante sociale) au sein de l'UMJ. Les différents intervenants médico-sociaux recherchent ensemble les neuf critères suivants :

1. une séparation non consentie par l'auteur des violences ;
2. des menaces de mort ou de suicide par l'auteur ;
3. une arme à feu présente au domicile ou des menaces antérieures avec une arme ;
4. le profil de l'auteur : jalousie morbide, antécédents psychiatriques, antécédents d'alcoolisme ou d'usage de stupéfiants ;
5. une intensification des violences au cours de l'année écoulée (en fréquence et gravité) ;
6. une séquestration de la patiente par l'auteur ;
7. une vulnérabilité particulière de la victime (grossesse ou handicap) ;
8. des violences antérieures par strangulation ou suffocation ;
9. des violences physiques et ou sexuelles antérieures.

Si le total du score est supérieur ou égal à quatre, un signalement est alors réalisé au Procureur de la République.

Un signalement peut aussi être réalisé si le score est égal à deux et qu'un des deux critères de gravité retenus correspond à la présence de menaces antérieures avec une arme.

Ce score a pour objectif entre autre de dépister les victimes de violences conjugales en situation de péril imminent mais également d'améliorer le traitement des plaintes de violences conjugales en informant en temps réel l'autorité judiciaire des situations les plus dangereuses afin d'éviter leur décès.

G. LES DISPOSITIFS A L'ECHELLE DU DEPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

Nous allons développer dans cette nouvelle section les dispositifs existants à l'échelle du département azuréen.

1. Le Réseau de professionnels autour de la violence conjugale de la communauté d'agglomération des Pays de Lérins

Ce réseau a été créé en 2007 sous l'égide de la ville de Cannes et de la délégation départementale du droit des femmes. L'association *Parcours de Femmes* organise et anime le réseau depuis sa création. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire (partenaires institutionnels et associatifs) intervenant dans les différents champs : juridique, social, médical, médico-social, hébergement, éducatif et judiciaire.

Une charte fonctionnelle du réseau a été inaugurée le 24 Novembre 2015 (Annexe 4).

Les professionnels du réseau se réunissent en deux temps : en groupe élargi afin de rassembler l'ensemble des partenaires et en groupe restreint afin de favoriser l'échange sur des situations particulières ou travailler sur des thématiques. Les réunions plénières ont lieu environ tous les trois à quatre mois.

Quatre objectifs ont été définis par le réseau :

- être un comité d'expertise (pluridisciplinarité, partage de connaissance, veille juridique et technique) ;
- partager au sein du réseau des situations particulières afin de trouver des solutions concrètes ;
- faire de la prévention, de l'information et de la formation ;
- être un observatoire afin de recueillir les constats, faire remonter les besoins auprès des instances institutionnelles et associatives.

Ce réseau s'est développé sur la partie ouest du département, concernant principalement les villes de Cannes, Grasse et Antibes et l'UMJ du CHU de Nice. A l'heure actuelle il n'existe pas de réseau similaire sur l'est du département.

2. Prise en charge des auteurs de violences conjugales

Dans le cadre de l'alternative aux poursuites judiciaires, l'association *Parenthèse* a mis en place depuis 2007 une prise en charge spécifique des auteurs de violences conjugales « légères ». Il s'agit de groupes de paroles animés par des psychiatres du Centre Hospitalier d'Antibes. Après un pré-accueil permettant de dépister des troubles psychiatriques, la prise en charge se déroule sous forme de groupes de douze auteurs, réunis un jour par semaine pour un total de huit séances.

D'après des données rapportées par la responsable de l'association *Parenthèse*, environ cinquante auteurs par an sont pris en charge. Le taux de récurrence de violences conjugales de ces auteurs a été évalué à 2 %.

Malheureusement, à l'heure actuelle il n'existe pas d'harmonisation à l'échelle nationale de la prise en charge des auteurs de violences conjugales. Ces interventions restent le fait d'actions marginales proposées par peu de structures.

Les associations ALC (Accompagnement Lieux d'Accueil Carrefour Educatif et Social), Harjes et Montjoye proposent également des prises en charge alternatives pour les auteurs, développées dans le chapitre sur les intervenants sociaux de notre travail de recherche.

3. Observatoire local de la Ville de Nice des violences faites aux femmes

Il existe sur la ville de Nice un observatoire territorial des violences faites aux femmes. Ses objectifs sont de rendre visible l'ampleur des violences envers les femmes et de permettre la constitution d'une connaissance et d'une compréhension partagée de ces phénomènes. Cet observatoire est composé d'un comité de pilotage pluri institutionnel dont les missions sont de réaliser des constats des données disponibles sur le phénomène, de réaliser un suivi régulier des dispositifs existants dans la lutte contre les violences conjugales ainsi que l'organisation d'événements annuels en lien avec la problématique. L'observatoire local niçois va bientôt voir son réseau étendu à l'ensemble de la Métropole Niçoise.

H. PROFIL DES VICTIMES

Il ressort de la littérature qu'il n'existe pas de profil type de femme victime de violence conjugale. Toute femme peut un jour dans sa vie se retrouver sous l'emprise d'un conjoint, ami ou partenaire violent. Mais l'histoire personnelle, des périodes de fragilité et de vulnérabilité, peuvent devenir des facteurs de risque.

La femme victime de la violence de son compagnon n'est pas nécessairement une personne sans ressources. La fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socio-professionnelles ou socio-démographiques (4, 34). Même si tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socio-économiques sont cependant des facteurs aggravants. Ainsi, les étudiantes (12 %), les femmes sans emploi ou au chômage (14 %), celles élevées en institution, les femmes ayant un faible niveau d'éducation et les immigrées de première et deuxième génération originaires du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne sont plus souvent victimes. La fréquence des violences graves est multipliée par trois chez les femmes d'origine africaine (11, 16, 74, 48, 59, 63). Le statut d'immigrante, ou plus précisément la nationalité étrangère de la victime peut jouer un rôle dans l'apparition de la violence grave en raison des possibilités restreintes qui lui permettraient de quitter la relation violente.

Barrière du langage, emploi précaire, statut légal, logement exigu rendant l'isolement impossible et difficultés financières sont autant de facteurs limitant les possibilités de rupture avec le partenaire violent (4).

Outre le contexte conjugal, des violences subies dans l'enfance pourraient également être impliquées dans le risque d'une victimisation sévère à l'âge adulte. Ainsi, une étude américaine menée en 1996 auprès de 8 000 femmes de 18 ans et plus, met en évidence que le risque pour une femme de subir des violences graves à l'âge adulte est 1,5 fois supérieur pour les femmes ayant subi des abus physiques dans l'enfance que pour celles n'ayant pas subi de telles violences (4). La relation entre la violence connue dans l'enfance et celle connue une fois adulte pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant subi ou ayant été témoin de ces violences dans leur jeune âge considèrent la violence comme faisant partie intégrante des relations intimes et familiales. Elles sont donc excessivement tolérantes face aux mauvais traitements exercés par leur agresseur. La prise de conscience du caractère anormal de la situation serait ainsi plus difficile pour ces femmes qui ne chercheraient pas à se séparer de leur agresseur (4).

Ainsi tout en gardant l'esprit non occulté par nos idées reçues, pointons cependant certaines circonstances favorisant les violences conjugales (16) :

- les antécédents d'un vécu de violence intrafamiliale au cours de l'enfance ;
- le jeune âge des patients en couple ou dans une relation amoureuse ;
- l'abus de consommation d'alcool de l'auteur : il démultiplie le risque de passage à l'acte et constitue également un symptôme de dysfonctionnement personnel et familial ;
- les troubles de la personnalité de l'un ou l'autre des partenaires ;
- la présence au sein de la cellule familiale d'enfants en bas âge ou de personnes handicapées ;
- les difficultés financières ;
- la représentation traditionnelle des rôles dans le couple ;
- la période de séparation du couple.

I. PROFIL DES AUTEURS

Il serait très utile de pouvoir établir un portrait type de l'homme violent, son caractère, son physique voire son statut social, or nous manquons de renseignements sur les agresseurs et les raisons de leur comportement. Il existe peu d'études analysant les causes et les mécanismes des hommes violents (46).

En ce qui concerne les causes du comportement des conjoints violents, on rencontre deux courants de pensée (46) :

- les théories féministes, selon lesquelles la violence conjugale trouverait son origine dans l'oppression des hommes sur les femmes ;
- les théories selon lesquelles plusieurs causes seraient à l'origine de cette violence :
 - des causes liées à l'apprentissage social de la violence ;
 - des causes psychologiques liées à l'insécurité, à l'impulsivité ou à l'immaturation de l'homme.

L'obsession du contrôle et la domination de l'autre, le changement de caractère (dans la maison et en-dehors), considérer que l'autre est sa propriété, semblent être des traits de caractère de l'homme violent (46, 78).

Une classification des différents types de conjoints violents est proposée dans le rapport Henrion (46) :

- **les hommes immatures et impulsifs** : ils s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'un événement qu'ils ne contrôlent pas. Certains hommes immatures par exemple ne deviennent violents que lorsque la femme est enceinte ou qu'elle décide de se séparer ;
- **les hommes psychorigides et autoritaires** : ils trouvent normal de dominer leur compagne. Cette catégorie comprend aussi les migrants qui arrivent de pays où les coutumes sont différentes et où les femmes ne bénéficient pas du même statut que dans les pays européens. Les femmes sont volontiers tenues à l'écart de toute vie sociale dans ces cas-là ;
- **les hommes témoins ou victimes de violences ou d'abus sexuels dans leur enfance** : ils reproduisent à l'âge adulte ce qu'ils ont vu faire ou ce qu'ils ont subi ;

- **les hommes jaloux** : ils ont besoin de contrôler leur partenaire. Ce type de personne violente est très fréquent dans les études (33 % des personnalités violentes dans certaines études) (34, 92) ;
- **les hommes paranoïaques ou psychopathes** : ils éprouvent une méfiance quasi-délirante à l'égard des femmes (92) ;
- **les hommes violents par la levée de l'inhibition lors de la prise d'alcool et de toxiques** : la consommation d'alcool facilite les agressions, les passages à l'acte. D'après une étude menée dans le service de médecine légale du CHU de Toulouse, la prise d'alcool existe dans un cas sur trois de violences conjugales (34) ;
- **les pervers narcissiques** (ou hommes « contrôlants ») : ils ne frappent pas mais exercent une violence psychologique permanente sur leur partenaire. La violence est insidieuse, faite de menaces, de coercitions, de dénigrement et de manipulations. Ils ont besoin pour exister de s'attaquer à l'estime de leur partenaire et de s'approprier leur bonne image. Ces hommes sont difficiles à repérer car ils savent séduire et convaincre les éventuels intervenants extérieurs ; ils savent flatter, promettre et convaincre ; ils sont calmes, rassurants et protecteurs (74). Leur partenaire, sous emprise, n'est jamais sûre de la réalité de l'agression. Un passage à la violence physique peut se faire lorsque la femme réagit et essaie de sortir de la domination et de l'emprise. Cette violence est permanente, sans rémission. Elle est peu liée à la prise d'alcool. Il semblerait qu'elle soit la manifestation la plus fréquente.

Certains de ces hommes violents bénéficient d'une certaine notoriété aux yeux de la société, leur fonction implique souvent un certain pouvoir pour lequel le sens de l'autorité est perçu comme une qualité professionnelle de prise de responsabilité. On remarque ainsi une proportion très importante de cadres (67 %), de professionnels de santé (25 %), de représentants de l'armée, de la police, etc. Parmi les femmes appelant le 3919 (écoute téléphonique venant en aide aux victimes de violences conjugales gérée par la Fédération Nationale Solidarité Femmes), 46,2 % des hommes désignés sont des employés, 20,5 % sont des cadres ou exercent des professions intellectuelles supérieures, 15,3 % sont des artisans, des commerçants ou des chefs d'entreprise, et 11 % des agriculteurs. Cependant, 17,9 % sont chômeurs ou en situation d'inactivité, ce qui laisse apparaître que la fragilité sociale des hommes violents est un peu plus fréquente que dans la population générale (13, 46).

En 2010, d'après la Fédération Nationale Solidarité Femmes, 66,2 % des auteurs occupaient un emploi, tandis que 11,9 % étaient retraités (13).

L'homme violent « *est simplement un homme qui veut que ses proches se conforment et obéissent à ses désirs* » (Welzer-Lang, 1992) et peut appartenir à toutes les classes sociales. D'après l'ouvrage Halte à la violence contre les femmes dans le couple, il est mentionné : « *Pour établir son contrôle, l'homme use de différentes formes de violence physique et peut se contenter d'intimider la femme par des menaces incessantes. Si elle ne se soumet pas, l'homme recourt alors à la violence physique* ». Donc l'absence de communication, sa difficulté de faire un dialogue et son vœu incessant d'imposer son autorité pousse l'homme à violenter sa femme de toute forme jusqu'à la violence physique. Dans beaucoup de conflits, les mots accompagnent les coups et traduisent les idées et les motivations qui dominent le psychisme à ce moment-là. Dans un article sur le thème des violences envers les femmes du magazine *Psychologies*, nous pouvons lire : « *On croit qu'on frappe parce qu'on n'a plus de mots. Ce n'est pas tout à fait exact. La violence n'est pas d'abord un problème de communication, mais plutôt un problème de contrôle et de gestion des affects... à ce moment-là, on peut ressentir un sentiment d'impuissance, d'anéantissement, de violence intérieure insupportable* » (1).

Il est difficile pour un homme d'avancer qu'il est violent. Les hommes violents ne reconnaissent pas les faits dans 90 % des cas ou justifient leur comportement par les provocations ou les « fautes » de leur partenaire (46). L'histoire collective et personnelle, la construction sociale, le poids d'une culture patriarcale conduisent certains hommes à des comportements sexistes et violents envers les femmes. Il est important de sortir du stéréotype psychiatrique et de préciser que la violence à l'égard d'un conjoint n'est pas une maladie mais un comportement souvent appris qu'il est possible de changer (46).

Les autres facteurs de risque identifiés sont les suivants (19) :

- un faible niveau d'éducation ;
- l'exposition à la maltraitance pendant l'enfance ;
- le fait d'avoir été témoin de violences parentales ;
- la multiplication des partenaires sexuelles ou la suspicion d'infidélité par sa conjointe ;
- les attitudes d'acceptation de la violence, la mésentente et l'insatisfaction conjugales.

J. MECANISME DES VIOLENCES

Comme nous l'avons souligné précédemment, il existe une distinction entre les relations empreintes de violence et celles dans lesquelles les couples « *ne font que se disputer* » violemment ou « *conjugopathie* ». La différence principale réside dans les rapports de pouvoir entre les personnes concernées : dans une relation violente, il existe un rapport asymétrique entre les partenaires. L'un d'entre eux exerce un pouvoir unilatéral sur l'autre. En pareil cas, il s'agit d'une relation dans laquelle la violence sert à maintenir la domination et le contrôle sur l'autre personne (46, 91).

La violence dans les relations de couple ne se manifeste pas en permanence. En réalité, le travail avec des femmes victimes de violence a permis d'identifier un cycle de la violence que Léonore Walker a désigné, en 1983, sous le terme de spirale de la violence (figure 1). Ce cycle comporte quatre phases : montée de la tension, explosion de la violence (agression), latence et rémission (lune de miel).

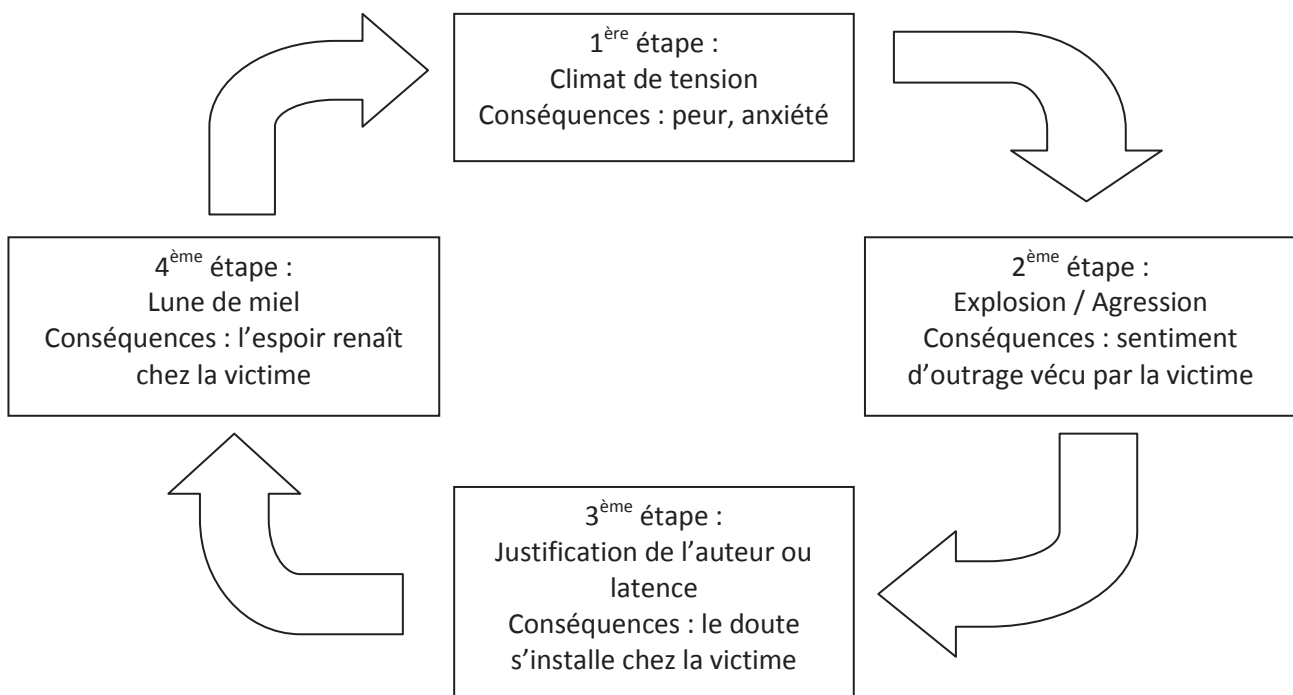


Figure2. Le cycle de la violence (d'après Léonore Walker)

1. Climat de tension : au début, il y a un couple, tout va bien, madame est indépendante et travaille. Puis petit à petit, s'installe la tension dans la relation. Un déménagement et madame

quitte son emploi, une dépendance économique s'installe, monsieur a un droit de regard sur les dépenses du ménage et madame se sent redevable de son époux. Elle tente de retrouver un emploi mais il y a une mise en échec par monsieur qui lui reproche son absence. Tout doucement un contrôle sur le quotidien de madame s'installe. De multiples prétextes (aliments, tenues vestimentaires, fréquentations) deviennent déclencheur d'incidents : pour éviter une scène, la victime tente par tous moyens d'abaisser la tension de son partenaire. Elle devance et se plie à ses exigences. Cette phase se caractérise par des paroles dévalorisantes, des humiliations et des insultes. La victime tente de prévenir les violences. Elle consacre toute son attention à la personne violente, refoulant ses peurs et propres besoins dans l'espoir d'éviter les situations de conflit et les mauvais traitements. Mais, tôt ou tard, une escalade de la violence finit par se produire parce que le comportement lénifiant et d'esquive adopté par la victime ne suffit en fin de compte pas à contrôler les agissements violents de son partenaire.

2. Agression/explosion : l'épisode violent a lieu, quelle que soit la forme de violence utilisée. L'auteur donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même : « *il dit qu'il ne peut pas s'en empêcher* ». La victime se sent démunie, détruite intérieurement. Durant la phase d'éruption de la violence, les victimes réagissent de façon différente : elles fuient, et/ou se retirent, se défendent activement ou endurent les mauvais traitements. Au cours de ces périodes, les victimes sont souvent en proie à des angoisses de mort. La violence subie, la perte de tout contrôle et l'impuissance totale – sans compter les lésions corporelles – ont de lourdes répercussions sur le plan psychique. Certaines victimes se retrouvent dans un état de choc qui peut durer plusieurs jours. Si les forces de l'ordre sont appelées à ce moment-là, la victime peut se montrer agressive, apathique ou faire des déclarations contradictoires.

Les victimes de violence domestique grave développent souvent un état de stress post-traumatique qui se traduit par divers symptômes physiques, psychiques et psychosomatiques. Les manifestations typiques en sont des troubles du sommeil, des douleurs chroniques, de l'anxiété ou encore une perte de confiance en soi et dans les autres.

3. Justification de l'auteur : la crise a eu lieu, l'auteur tente d'en annuler sa responsabilité. Le prétexte déclencheur devient l'excuse utilisée pour transférer cette responsabilité à la victime. De son côté la victime intériorise et endosse la responsabilité de l'épisode violent, l'auteur reprend très rapidement une vie normale.

4. Lune de miel : après la crise, l'auteur qui craint de perdre sa compagne commence à exprimer des regrets tout en minimisant les faits et justifiant son comportement. Il veut se réconcilier, il demande pardon, supplie de tout recommencer « à zéro ». Il redevient très amoureux, achète des cadeaux, partage les tâches ménagères, l'éducation des enfants, il promet qu'il ne recommencera plus, qu'il se soignera si cela est nécessaire... De son côté la victime espère, pardonne, elle veut y croire, elle redécouvre l'homme qu'elle a aimé.

Plus est forte l'emprise de cette violence sur la victime, plus s'amenuisent les périodes de lune de miel, qui vont peu à peu disparaître. L'auteur n'en a plus besoin pour la retenir, les conséquences sur sa vie, sa santé sont telles qu'elle ne croît pas pouvoir y échapper. Elle a un seuil de tolérance à cette violence qui déstabilise l'entourage.

C'est pendant la période de lune de miel, croyant que tout peut changer, que la victime retire sa plainte, revient au domicile, rompt toute relation avec l'entourage. C'est également pendant cette période du cycle que, souvent par manque de connaissance du processus de cette violence et de son emprise sur les victimes, les amis, la famille, les voisins, les collègues, les professionnels ne comprennent plus et déçus de l'attitude de la victime se promettent de ne plus intervenir.

K. DECES DANS LE CADRE DES VIOLENCES CONJUGALES

Le degré des violences infligées aux femmes au sein du couple atteint parfois son paroxysme et conduit à des traumatismes mortels.

Une étude réalisée par l'institut médico-légal de l'hôpital de Garches entre 2004 et 2012 révèle le taux des homicides de femmes dans le cadre familial pour le bassin de population recoupant quatre départements (Yvelines, Hauts-de-Seine, Val d'Oise et Eure-et-Loir), soit 3,2 millions d'habitants (71). Sur ces huit années, un total de 53 homicides de femmes dans le cadre intrafamilial a été autopsié, représentant en moyenne 5 % du total des autopsies de femmes et 54 % du total d'homicides de femmes. Il a été observé une relative stabilité du taux de féminicides conjugaux sur le total des homicides (hommes et femmes) entre 2004 et 2012 pour ce bassin de population. Cette étude a permis de mettre en évidence quatre grands types de violences mortelles :

1. *Homicides volontaires par le conjoint* : ils représentent 45% des cas de féminicides (n = 24/53) avec une moyenne d'âge de 42 ans des victimes.
2. *Coups et blessures ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner par le conjoint* : ils représentent 11 % des cas de féminicides avec une moyenne d'âge de 44 ans.
3. *Homicide par le conjoint/suicide du conjoint* : ils représentent 38 % des cas avec une moyenne d'âge plus élevée de 63 ans. L'arme utilisée par le mari pour se suicider est souvent différente de celle utilisée pour l'homicide. Ces homicides/suicides sont la deuxième cause de violences mortelles sur les femmes et en nette augmentation entre 2009 et 2012. Une des caractéristiques de ces faits est la possibilité de victimes additionnelles (enfants et/ou parents).
4. *Homicides par un autre membre de la famille* : ils représentent 6 % des cas de féminicides (enfant, mari trompé ou parent éloigné).

Quant aux mécanismes, pour les cas *d'homicides volontaires par conjoint* nous retrouvons une grande majorité de lésions causées par une arme blanche ou une strangulation manuelle ou au lien. Les cas *d'homicides/suicides* retrouvent principalement des blessures par projectile d'arme à feu. Enfin les violences dans les cas *de coups mortels* étaient strictement dues à des objets contondants, principalement portés au niveau de la tête et du cou.

La grande majorité des faits est survenue au domicile familial. Quelques cas se sont néanmoins déroulés sur la voie publique.

Les facteurs déclenchant de ces violences mortelles mis en évidence dans cette étude sont les suivants :

- dispute ;
- refus de relation sexuelle ;
- annonce d'une séparation ;
- jalousie (infidélité réelle ou suspectée) ;
- couple en instance de divorce ;
- compassion pour la femme gravement malade, diagnostic récent de maladie grave ou incurable chez la femme, passage en institution spécialisée chez le couple ou chez la femme ;
- annonce d'un début de grossesse.

Des facteurs de risques de ces violences ont été identifiés :

- l'existence d'une pathologie psychiatrique ;
- l'existence d'une consommation d'alcool et/ou de toxiques chez l'auteur des faits ;
- la présence d'une arme à feu disponible au domicile.

Les différents éléments mis en avant par l'étude de Garches sur cet échantillon de population proche de Paris peuvent probablement être étendus à la France entière.

En effet, des résultats similaires ont été mis en évidence par la Délégation aux victimes (DAV), structure relevant du Ministère de l'Intérieur, qui depuis 2005 procède à une étude des morts violentes au sein du couple à l'échelle nationale (51, 52, 53, 54, 55). Cette étude annuelle répertorie les faits recensés selon de nombreux critères tels que leur qualification pénale, les situations matrimoniales des couples, les modes opératoires, le contexte des décès, la répartition mensuelle et géographique des faits, les catégories socioprofessionnelles des auteurs et des victimes ou encore leur répartition par tranches d'âge.

Notre travail de thèse portant sur les femmes décédées dans le cadre de violences conjugales sur le département des Alpes-Maritimes entre 2011 et 2015, il nous a semblé pertinent de présenter quelques données synthétiques de l'étude de la Délégation Aux Victimes (DAV) portant sur la même période à l'échelle de la nation et du département.

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de morts violentes au sein du couple, France	146	174	146	143	136
Nombre de féminicides au sein du couple, France	122	148	121	118	115
Moyenne de jours estimés entre chaque féminicides, France	3 jours	2,5 jours	3 jours	3 jours	3 jours
Taux des femmes décédées victimes de violences antérieures dans le couple connues des services de police, France	33,6 %	40,5 %	41,30 %	36,44 %	38,26 %
Nombre de féminicides au sein du couple, Alpes-Maritimes (06)	2	11	5	3	6
Classement des Alpes-Maritimes à l'échelle nationale selon le taux de féminicides conjugaux	16 ^{ème} ex-æquo	1 ^{er}	1 ^{er} ex-æquo	3 ^{ème} ex-æquo	1 ^{er} ex-æquo

Tableau 1. Synthèse des données portant sur les morts violentes au sein du couple à l'échelle nationale et du département des Alpes-Maritimes.

L'étude spécifique des faits de violences au sein du couple sur ces cinq dernières années met en évidence les éléments suivants :

- Concernant les **qualifications pénales** retenues suite aux féminicides, par ordre décroissant nous retrouvons :
 - les meurtres ;
 - les assassinats ;
 - les violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner.

La non-préméditation reste une spécificité des crimes commis au sein du couple, cependant nous notons un nombre non négligeable d'assassinats (préméditation retenue). Enfin, moins nombreux,

il existe quelques faits de violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner.

Par exemple, au cours de l'année 2011, 62 meurtres, 53 assassinats et 7 cas de violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner ont été recensés. Comparativement en 2012, année particulièrement meurtrière, ont été relevés 115 meurtres, 25 assassinats et 8 cas de violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner.

- Concernant la **situation matrimoniale**, les morts violentes se retrouvent plus fréquemment chez les couples mariés et en concubinage que chez les « ex-partenaires ».

En exemple, au cours de l'année 2014, 54,2 % des couples étaient mariés, 34,7 % des couples étaient en concubinage et 12,7 % étaient ex-partenaires.

- Concernant les **principaux modes opératoires des décès**, il a été mis en évidence par ordre décroissant :
 - l'utilisation d'arme à feu ;
 - l'utilisation d'arme blanche ;
 - l'utilisation d'arme par destination ;
 - l'utilisation de la strangulation ;
 - l'utilisation de coups portés ;
 - l'utilisation de la défenestration, l'incendie, l'empoisonnement, la noyade, l'asphyxie au gaz de ville, le défaut de soins, etc.

Les statistiques concernant le mode opératoire sont relativement stables sur ces cinq dernières années. Les auteurs masculins utilisent préférentiellement des armes, puis vient la strangulation et les coups portés. Les autres modes opératoires sont anecdotiques.

Au cours de l'année 2012, 35,8 % des décès ont été perpétrés avec une arme à feu, 27,7 % avec une arme blanche, 16,9 % par strangulation, 3 % par coups portés, 2 % par immolation et 1 % par défenestration (52).

- Concernant le **contexte en cause dans le déclenchement des violences**, les circonstances les plus fréquemment rencontrées sont :
 - un refus de la séparation (environ 35 % des cas) ;
 - une dispute (environ 24 % des cas) ;
 - la jalousie de l'auteur ;

- la « *folie des auteurs* » ;
 - le désir d'euthanasier la victime ;
 - les difficultés financières ;
 - la maladie de l'auteur et/ou de la victime ;
 - des violences subies par l'auteur par sa partenaire.
- Concernant les **violences antérieures dans le couple** (violences enregistrées par les services de police ou de gendarmerie avant la commission de l'homicide ou témoignages recueillis après l'homicide), nous retrouvons en moyenne sur cinq ans les éléments suivants :
 - **38 %** des femmes décédées ont été victimes d'une forme de violence antérieure (physiques, psychiques et/ou sexuelles) par leur conjoint ou ex-conjoint, connue des services judiciaires ;
 - **43 %** des cas où l'auteur de l'homicide est une femme, la victime masculine était auteur de violences antérieures sur sa partenaire.
- Concernant les **problèmes psychiatriques et/ou psychologiques des auteurs**, sur ces cinq dernières années, 17 % des auteurs (hommes et femmes confondus) faisaient l'objet d'un suivi psychiatrique.
- Concernant les **problèmes d'addiction des auteurs**, dans 50 % de l'ensemble des faits, il a été constaté la présence, chez l'auteur ou la victime, de substances susceptibles d'altérer le discernement au moment de l'acte (alcool, stupéfiants, médicaments psychotropes) ou une addiction.
- Concernant les **catégories socioprofessionnelles**, nous retrouvons les éléments suivants :
 - les auteurs actifs occupent par ordre décroissant les professions suivantes :
 1. Employés ;
 2. Ouvriers ;
 3. Artisans ;
 4. Commerçants ;
 5. Chefs d'entreprise.

- en moyenne, 64 % des auteurs n'exercent pas d'activité professionnelle (30 % sont à la retraite et 34 % sont sans emploi).

Enfin, concernant le département des Alpes-Maritimes :

Au cours de l'année 2011 (51) : **deux décès** de femmes sont recensés, soit un ratio de **0,1827 pour 100 000 habitants**. Comparativement, le département recensant le plus de décès de femmes pour l'année 2011 au sein du couple est celui du Nord avec 7 décès.

Au cours de l'année 2012 (52) : **onze décès** de femmes sont recensés, soit un ratio de **1,0050 pour 100 000 habitants**. Pour l'année 2012, le département des Alpes-Maritimes est le premier département le plus touché par le phénomène, vient ensuite le département de la Seine-Maritime avec huit victimes féminines.

Au cours de l'année 2013 (53) : **cinq décès** de femmes sont recensés. Le département des Alpes-Maritimes ainsi que les départements de la Gironde, du Nord, du Pas-de-Calais et de la Seine-Maritime sont en tête du classement pour les féminicides au sein du couple pour cette période.

Au cours de l'année 2014 (54) : **trois décès** de femmes sont recensés avec un taux de mortalité de **0,2731 pour 100 000 habitants**. Comparativement, le département de l'Hérault est le plus touché avec cinq victimes féminines.

Au cours de l'année 2015 (55) : **six décès** de femmes au sein du couple sont recensés pour l'année 2015 avec un taux de mortalité de **0,5471 pour 100 000 habitants**. Cette année, les départements des Alpes-Maritimes et du Rhône sont les plus touchés par le phénomène.

Ainsi, à l'échelle nationale, nous constatons qu'il y a peu de variations sur ces cinq dernières années quant aux nombres de morts violentes survenant au sein du couple, en dehors de l'année 2012, particulièrement noire. Pour ce qui est du département des Alpes-Maritimes, le nombre de féminicides conjugaux ne semble pas suivre une progression stable croissante ou décroissante.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en avant que plus d'un tiers des femmes décédées sous les coups de leur compagnon ou ex-compagnon étaient déjà connues par les services de police ou de gendarmerie comme victimes de violences.

Enfin, cette étude constitue un argument supplémentaire à notre travail de recherche puisqu'elle met en évidence le classement alarmant du département des Alpes-Maritimes, brigant la première place du nombre de féminicides conjugaux à plusieurs reprises ces dernières années.

III. MATERIELS ET METHODES

A. LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

Ce projet de recherche est né de la volonté de faire avancer les connaissances sur la problématique des violences conjugales à l'échelle du département des Alpes-Maritimes.

Face au constat inquiétant du nombre croissant de femmes victimes de violences conjugales un partenariat s'est créé entre le service de Médecine Légale du CHU de Nice, la Direction Sociale de la Ville de Nice et la référente femme victimes de violences de la Ville de Nice. De ce partenariat une convention a été rédigée (Annexe 5) au mois d'Avril 2015, sous forme d'un protocole de recherche qui a été soumis à la signature des différentes structures impliquées dans ce travail. Plusieurs mois ont été nécessaires pour obtenir les signatures de l'ensemble des partenaires, la dernière autorisation ayant été obtenue en Janvier 2016. De façon synthétique, ce protocole développe les éléments suivants :

- les objectifs de l'étude ;
- l'identification des principales structures impliquées dans la collecte des données ;
- le déroulement, étape par étape du travail de collecte de données ;
- les conditions de communication des résultats de la recherche ;
- la signature des différents intervenants.

Du fait de l'exploitation de données nominatives, une Déclaration Normale a été réalisée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), en date du 01 Juin 2015 autorisant l'utilisation de données relatives à l'identité des victimes ciblées par la recherche.

B. TYPE D'ETUDE

Pour mener notre recherche nous avons choisi une étude de type observationnelle descriptive rétrospective, basée sur le recueil de données archivées au sein des différentes structures en jeu

dans ce travail de thèse. Nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective débutant à partir de 2011, date à laquelle la réforme de la médecine légale a eu lieu résultant de la circulaire interministérielle CRIM2010-27/E6 (JUSD1033099C) du 27 Décembre 2010. Cette circulaire mise en application le 15 Janvier 2011 a permis une restructuration des centres médico-légaux avec une centralisation de l'activité au sein des pôles médico-légaux identifiés par la circulaire. De ce fait l'ensemble de l'activité médico-légale depuis 2011 et donc des données archivées sont concentrées au sein du service de Médecine Légale du CHU de Nice, permettant un accès exhaustif aux données concernant des femmes victimes de violences conjugales dans le département des Alpes-Maritimes.

C. L'ECHANTILLON ET LE RECRUTEMENT

Une fois la convention signée, la première étape du protocole de recherche a été de définir la population de notre étude. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- sujet de sexe féminin ;
- patiente décédée dans le cadre de violences conjugales ;
- décès de ces patientes survenu dans les Alpes-Maritimes, entre le 01 Janvier 2011 et le 31 Décembre 2015 ;
- enquête judiciaire concernant le décès de ces patientes du ressort du TGI de Nice ou de Grasse.

Une fois les victimes identifiées, un listing sous forme de tableau a été réalisé, classant chronologiquement les patientes par année et par ordre de survenue des décès.

Un numéro d'anonymat (année de décès # ordre de survenue du décès) a été attribué à chaque victime afin de garantir la sécurité des données relatives à l'identité au cours des échanges avec les différents intervenants. Par respect de cet anonymat, ce tableau ne sera pas détaillé en annexe.

D. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre étude est de réaliser un constat des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales sur le département des Alpes-Maritimes de 2011 à 2015, puis de retracer leur parcours médical, social et judiciaire.

L'objectif secondaire est de comprendre pourquoi ces femmes ont connu une issue tragique et de tenter d'identifier d'éventuels facteurs de risque de décès de ces femmes victimes de violences conjugales.

E. LES DIFFERENTS INTERVENANTS

Comme précédemment cité, une des premières étapes a été d'identifier les différentes structures impliquées dans la collecte des données, c'est-à-dire les partenaires détenant les informations nécessaires afin de répondre à nos objectifs de recherche. L'objectif principal de ce travail de thèse étant de retracer le parcours judiciaire, médical et social des victimes décédées dans le cadre des violences conjugales, des structures d'horizons divers étaient ainsi impliquées.

1. Intervenants médicaux

- **L'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Nice**

La première structure en jeu dans ce travail est le service de Médecine Légale dont l'activité se décompose en deux axes : l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ), dédiée à l'activité de médecine légale du vivant, ou victimologie, et l'Institut Médico-Légal dédié à la thanatologie. L'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Nice se situe sur l'hôpital de Cimiez et détient les archives des activités de victimologie et de thanatologie.

C'est depuis l'UMJ que le travail de recherche a débuté avec l'identification des femmes décédées dans le département des Alpes-Maritimes dans le cadre des violences conjugales et autopsiées à l'IML du CHU de Nice entre 2011 et 2015. Ce travail de recherche au sein des archives de

thanatologie du service a permis de définir notre population de victimes, constituée de vingt-huit femmes décédées sur la période concernée. Ce listing constitue le point de départ de l'ensemble de la recherche.

L'UMJ du CHU de Nice détient les archives de l'activité de victimologie, ce qui nous a servi à identifier, au sein de notre population de victimes, les femmes ayant consulté un médecin légiste de l'unité après avoir déposé plainte et obtenu une réquisition.

- **Les Urgences des Centres Hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice**

Un des objectifs de la thèse est de retracer le parcours médical des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales. Nous avons choisi de nous focaliser sur les urgences des grands centres hospitaliers du département, à savoir les services d'accueils des urgences d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice. Le but est de mettre en évidence le pourcentage de femmes décédées ayant consulté pour des motifs en rapport avec des violences conjugales.

Nous avons contacté la Direction Générale de chaque hôpital afin d'obtenir leur adhésion à notre travail de recherche. Ensuite, un nombre restreint d'interlocuteurs (une à trois personnes maximum) par établissement hospitalier a été identifié afin de faciliter les échanges et de limiter la diffusion du document relatif à l'identité des victimes. Ces interlocuteurs étaient les suivants :

- au CHU de Nice : le chef du Service d'Accueil des Urgences, la cadre administrative du Pôle Urgences, SAMU, SMUR de l'hôpital Pasteur 2 et le conservateur en chef des archives du CHU de Nice ;
- au CH de Cannes : le chef du Service d'Accueil des Urgences ;
- au CH d'Antibes : le directeur adjoint et l'archiviste du centre hospitalier ;
- au CH de Grasse : le chef de service du Département d'Information Médicale ;
- au CH de Menton : le chef de service du Département d'Information Médicale.

Les dossiers médicaux des victimes concernées étaient consultables sur l'établissement hospitalier, au sein d'un service spécifique (Urgences, Département d'Information Médicale) ou bien au sein des archives du centre hospitalier.

2. Intervenants judiciaires

L'établissement du parcours judiciaire a consisté à définir la proportion de victimes de notre échantillon ayant réalisé des démarches de dépôts de plaintes ou de mains courantes à l'encontre de leur conjoint ou ex-conjoint. En d'autres termes, il s'agit de définir la proportion de femmes décédées ayant subi des violences antérieures et connues des forces de l'ordre et de la justice.

Ce parcours a été exploré aux travers des dossiers judiciaires pénaux des victimes, détenus par les deux Tribunaux de Grande Instance de Nice et de Grasse. L'accès aux dossiers judiciaires a été possible après obtention de l'adhésion au protocole de recherche du Préfet du département des Alpes-Maritimes, M. Adolphe Colrat et des Procureurs de la République du TGI de Nice, M. Jean-Michel Prêtre et du TGI de Grasse, M. Georges Gutierrez. Les dossiers judiciaires consultables ont été mis à disposition au service des Greffes de chaque TGI.

3. Intervenants sociaux

Pour déterminer le parcours social des victimes, nous avons souhaité mesurer la proportion de femmes parmi notre échantillon connues des instances sociales du département (associations d'aides aux femmes victimes de violences et travailleurs sociaux dépendant des Maisons de Solidarité Départementale (MSD)). La collecte des données au sein de ces structures s'est réalisée après l'obtention de l'accord du Président du Conseil Départemental, M. Éric Ciotti.

- **Les associations départementales impliquées dans le protocole de recherche :**

- ***L'Abri Côtier :***

Il s'agit d'un accueil de jour pour les femmes victimes de violences, avec ou sans enfants, en lien avec la Direction de l'Action Sociale et du Handicap de la ville de Nice. Cette structure assure un accueil gratuit, une écoute, des informations et des orientations individualisées grâce à son partenariat avec de nombreux acteurs :

- le CHU de Nice ;
- l'Agence Régionale de Santé ;
- une psychologue ;
- un écrivain public ;

- Pôle Emploi ;
- le TGI de Nice, le barreau de Nice, la police municipale et nationale et la gendarmerie ;
- le Conseil Départemental et notamment les Maisons de Solidarité Départementale et les assistantes sociales de commissariat ;
- la Caisse d'Allocations Familiales.

L'association propose des activités individuelles et collectives pour accompagner au mieux et selon les besoins les personnes accueillies au sein de la structure.

Dans le cadre de la collecte de données, nous avons rencontré la directrice de l'Abri Côtier.

○ *Accueil Femmes Solidarité (AFS) :*

AFS est une association localisée sur Nice, adhérente à la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNFS). Il s'agit d'un réseau né à la fin des années 1970, issu d'un mouvement féministe qui dénombre soixante-trois associations à l'heure actuelle sur le territoire français. AFS du département azuréen a été créé en 1980 et s'est spécialisée dans l'accueil des femmes victimes de violences conjugales. Elle propose à ces femmes un accompagnement spécialisé tant sur le plan social que psychique, économique ou juridique avec l'aide de bénévoles et de salariés sensibilisés à la cause.

La FNSF a également la particularité de gérer le fonctionnement du numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences : le 3919.

Dans le cadre de ce travail, nous avons rencontré la directrice de l'association ainsi qu'une psychologue, membre de l'association.

○ *Accompagnement Lieux d'accueil Carrefour éducatif et social (ALC) :*

L'association ALC, présente sur Nice, est forte d'une histoire qui débute dans les années 1950, historique étroitement lié avec l'association Montjoye. Au fil des décennies les actions d'ALC se sont diversifiées et spécialisées pour les personnes confrontées à des difficultés sociales, en voie d'exclusion ou exclues.

Dans le cadre de ce travail de recherche nous avons rencontré la chef de service du secteur « Urgence » du Pôle « Urgence, Insertion et Parentalité ». Ce pôle regroupe des actions d'hébergement d'urgence et d'accompagnement. Il intervient pour des personnes isolées ou des familles, dans le cadre de l'aide sociale d'Etat pour les personnes sans domicile et de la Protection de l'enfance du Conseil Départemental. Parmi quelques-unes des actions menées, nous pouvons citer les suivantes :

- **le numéro 115** : une permanence téléphonique est assurée pour les urgences sociales ;
- **les Places d'Accueil d'Urgence (PAU)** : ce dispositif est constitué de 90 places d'hébergement immédiat, en hôtel ou en meublé, sur le département des Alpes Maritimes. Les PAU sont attribuées après une évaluation de la vulnérabilité de la personne par un travailleur social. A l'heure actuelle, quarante-cinq femmes victimes de violences conjugales sont dans l'attente d'une PAU sur Nice ;
- **les Places d'Hébergement et d'Accompagnement Social Temporaire (PHAST)** : ce dispositif est constitué de 34 places d'hébergements au sein de structures semi-collectives ou dans des appartements isolés, avec pour priorité l'hébergement des femmes victimes de violences.

Le secteur « Insertion » du Pôle « Urgence, Insertion et Parentalité » a comme mission l'accompagnement des familles en voie d'insertion. Ce secteur présente comme particularité un dispositif d'accompagnement des auteurs de violences conjugales dont la prise en charge est réalisée à la demande du Procureur de la République.

- **Le Centre d'Information aux Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) :**

Le CIDFF 06, localisé sur Nice, appartient à un large réseau national regroupant 110 autres structures similaires sur l'ensemble du territoire français formant un réseau national de proximité. L'ensemble de ces associations sont réunies au sein de la Fédération Nationale des CIDFF, association nationale signataire d'une convention d'objectifs et de moyens avec l'État.

Le CIDFF exerce une mission d'intérêt général confiée par l'État dont l'objectif est de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Plusieurs domaines d'action sont concernés :

- développer l'information et favoriser l'accès au droit pour le public en général et les femmes en particulier en mettant en place des permanences juridiques de proximité ;
- proposer aux personnes victimes de violences un accompagnement global, juridique et psychologique, visant à la reconstruction individuelle et sociale ;
- promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes par le développement d'actions innovantes ;
- lutter contre toutes les formes de violences sexistes à travers la mise en œuvre d'actions en direction des professionnels et du grand public.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons rencontré un juriste, membre de l'équipe du CIDFF 06.

○ *Harjes :*

Harjes, basée à Grasse, a été créée sur le département des Alpes-Maritimes en 1986, elle est adhérente à l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM). Les actions de l'association Harjes se développent autour de deux axes majeurs : le Pôle Socio-Judiciaire et le Pôle Socio-éducatif. Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons rencontré la chef de service du Pôle Socio-Judiciaire qui propose les actions suivantes :

- une aide aux victimes avec un accompagnement pluridisciplinaire (juridique, social et psychologique). Cet accueil a lieu avec ou sans rendez-vous dans les différents sites de l'association ou bien au sein des commissariats avec une permanence assurée par l'association ;
- un relais Enfants-Parents afin de maintenir le lien entre le parent détenu et ses enfants. Ce relais concerne toutes les personnes ayant un parent détenu à la Maison d'Arrêt de Grasse. Il est encadré par des bénévoles et un psychologue clinicien ;
- une offre d'accueil en logement temporaire au sein d'une résidence sociale destinée aux victimes de violences intrafamiliales (vingt logements) ;
- des mesures socio-judiciaires concernant les auteurs d'infractions pénales, majeurs ou mineurs, résidant dans le ressort de l'arrondissement judiciaire de Grasse. L'objectif est d'intervenir, sur injonction du Parquet, auprès des auteurs d'infraction relevant de la petite délinquance par la mise en œuvre des mesures présentencielles et alternatives aux poursuites (enquête de personnalité, etc.).

○ ***Insertion Solidarité Intégration (ISI) :***

L'association ISI, créée en 1989 et présente à Cagnes sur Mer et Vence, développe son champ d'action autour de trois pôles principaux :

- le Pôle Social ;
- le Pôle Formation ;
- le Pôle Education.

Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons rencontré une psychologue clinicienne travaillant au sein du Pôle Social, en charge de l'accueil des femmes victimes de violences. Cet accueil propose un accompagnement juridique par le biais d'un juriste du CIDFF 06, un accompagnement psychologique, une aide à la recherche d'emploi ainsi qu'une prise en charge sociale.

○ ***Montjoye :***

L'association Montjoye, localisée à Nice est présente sur le département des Alpes-Maritimes depuis soixante-sept ans et sa création est étroitement liée avec l'association ALC.

Montjoye développe ses actions autour de trois pôles d'accompagnement :

- l'accompagnement socio-judiciaire ;
- l'accompagnement social et éducatif ;
- l'accompagnement des enfants confiés.

Dans le cadre de ce travail, nous avons rencontré la chef de service du pôle socio-judiciaire.

Ce pôle est découpé en plusieurs services, développés ci-dessous :

- *le service d'Aide aux Victimes* : il propose un accueil, une écoute, des informations sur l'accès aux droits ainsi qu'un appui dans la réalisation de démarches administratives, sociales ou judiciaires. Il existe également un soutien psychologique. Ce service est destiné aux victimes d'infractions. Leur prise en charge est assurée au sein de l'association ou bien lors de permanences chez les différents partenaires de l'association (commissariats, gendarmeries, antennes de justice etc.). Environ 1 600 victimes sont accueillies par an par ce service. Pour le premier semestre de l'année 2016, 100 nouvelles victimes de violences conjugales ont été prises en charge ;

- *le Service d'Investigation Educative* : il s'agit d'une évaluation sociale des conditions de vie de mineurs, à la demande du Juge des Enfants, afin de lui apporter des éléments de compréhension sur la situation familiale du mineur ;
- *le service Alternative* : ce service met en œuvre des missions alternatives aux poursuites et à la détention provisoire, confiées par les magistrats des instances pénales. Ces mesures peuvent être appliquées préalablement à la mise en mouvement de l'action publique, comme la médiation pénale, les stages de citoyenneté, le rappel à la loi et le stage de responsabilité parentale. Le service Alternative propose aussi des mesures d'investigation visant à aider le magistrat dans sa prise de décision, telles que les enquêtes de personnalité pour les auteurs et les victimes ou des mesures alternatives à la détention provisoire comme le contrôle judiciaire socio-éducatif. La mise en œuvre de ces mesures évite parfois le passage en détention ou permettent de réduire le temps d'incarcération ; elles se veulent facteurs de réinsertion et de lutte contre la récidive ;
- *le service d'Action Educative en Milieu Ouvert* : il assure une mission d'assistance éducative auprès des familles afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elles rencontrent. Ce service est mis en œuvre à la demande du Juge des Enfants dans le cadre de la protection judiciaire de l'enfant.

- *Parcours de femmes :*

L'association Parcours de femmes est une association du département des Alpes-Maritimes localisée à Cannes, visant à aider à l'insertion sociale et/ou professionnelle des femmes en difficulté. Cette association propose plusieurs mesures d'accompagnement, dont celui des femmes victimes de violences conjugales. C'est dans ce cadre-là que nous avons rencontré une psychologue salariée de l'association.

Parcours de femmes propose des accompagnements personnalisés et des actions collectives pluridisciplinaires. Dans le cadre des actions autour de la violence conjugale, les victimes sont prises en charge par une psychologue et un travailleur social. Il existe également des groupes de parole ainsi qu'une prise en charge plus spécifique des enfants et adolescents exposés aux violences conjugales.

Parcours de femmes anime également depuis 2007 le réseau de professionnels autour de la violence conjugale de la communauté d'agglomération des Pays de Lérins, précédemment cité.

○ *Parenthèse :*

L'association Parenthèse, localisée à Antibes, est un lieu d'écoute et de parole destiné aux personnes en cours de séparation, de divorce ou souhaitant réfléchir à leur situation conjugale, victimes de violences au sens large du terme. Cette structure propose un accompagnement des victimes au travers d'entretiens juridiques, sociaux, psychologiques, ainsi que par le biais d'interventions collectives. Une conseillère en aide juridique est également présente de façon bimensuelle à l'Antenne de Justice de Vallauris. Afin de lutter contre la récurrence des violences, Parenthèse propose également une prise en charge spécifique des auteurs de violences conjugales « légères » sous forme de groupes de parole, animés par des psychiatres du Centre Hospitalier d'Antibes.

• **Les Maisons des Solidarités Départementales (MSD) :**

Dans le cadre de ce travail, nous avons également été en contact avec le service du Développement des Solidarités Humaines du Conseil Départemental des Alpes-Maritimes, par le biais du délégué pour l'action sociale territorialisée. Ce service regroupe entre autre l'ensemble des MSD séparées en territoire bien défini.

Il existe dix-neuf Maisons des Solidarités Départementales, réparties sur l'ensemble du département. Elles proposent, sur un territoire d'intervention déterminé, un éventail de services aux différentes étapes de la vie (petite enfance, éducation, santé, insertion, handicap, vieillissement, dépendance, etc.).

Les MSD sont composées d'équipes pluridisciplinaires (professionnels de l'action sociale et médico-sociale) assurant un conseil pour l'accès à la santé, à la protection sociale, au logement et dans la réalisation des démarches sociales et administratives.

Notre démarche auprès des MSD est double :

- connaître la proportion de victimes de notre population de recherche ayant réalisé des demandes de prise en charge sociale ;

- rechercher s'il existe un lien entre leur démarche sociale et une éventuelle situation de violences au domicile.

F. LA COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a débuté après obtention des autorisations nécessaires émanant des structures en jeu dans notre protocole de recherche. La prise de contact avec les structures impliquées dans ce travail s'est faite par messagerie électronique ou par appel téléphonique. Cette prise de contact a permis d'identifier un nombre restreint d'interlocuteurs pour chacune des structures, comme précédemment expliqué. Une fois l'interlocuteur ciblé, un rendez-vous était convenu afin d'explicitier plus en détails le travail de recherche et de donner le listing des victimes en mains propres. Lorsque cela était possible le listing était envoyé par courriel sécurisé avec un mot de passe au préalable afin d'optimiser le temps sur les déplacements. La collecte des données a débuté en Novembre 2015 pour se terminer en Juin 2016.

La collecte des données a été standardisée pour chacun des trois parcours (médical, social et judiciaire) par la réalisation de trois questionnaires de collecte des données (Annexe 6). Chaque questionnaire était rempli par moi-même, à partir de sources différentes :

- concernant le parcours médical : les dossiers médicaux manuscrits ou informatisés des Services d'Accueil des Urgences des grands centres hospitaliers ainsi que les certificats de coups et blessures pour les victimes ayant consulté un médecin légiste de l'UMJ dans le cadre d'un dépôt de plainte avec réquisition ;
- concernant le parcours judiciaire : les dossiers judiciaires complets des victimes dont l'instruction était close (soit parce que l'action publique était éteinte du fait du suicide de l'auteur soit parce que les affaires avaient été jugées), soit onze dossiers au total sur la totalité des vingt-huit affaires judiciaires. Les dossiers en cours d'instruction étant soumis au secret professionnel nous n'avons pas pu y accéder ;
- concernant le parcours social : à partir des archives manuscrites lorsqu'elles existaient et à partir des dossiers de suivi des travailleurs sociaux des MSD. Dans un cas la collecte s'est réalisée à partir d'un entretien basé sur la mémoire d'un membre de l'association.

IV. RESULTATS

A. ECHANTILLON

Dans le cadre de notre étude, nous avons recensé 28 femmes décédées dans le cadre de violences conjugales sur le département des Alpes-Maritimes et autopsiées à l'IML du CHU de Nice entre le 01 Janvier 2011 et le 31 Décembre 2015.

La répartition du nombre de féminicides conjugaux par année est la suivante :

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de féminicides conjugaux répertoriés dans notre étude	2	10	5	3	8
Nombre de féminicides conjugaux répertoriés dans l'étude nationale	2	11	5	3	6

Tableau 2. Nombre de féminicides conjugaux par an sur les Alpes-Maritimes comparé aux nombre de féminicides conjugaux répertoriés sur le plan national entre 2011 et 2015.

Nous pouvons constater que la répartition des féminicides conjugaux par année de notre travail de thèse n'est pas identique aux données présentées par l'étude nationale des morts violentes au sein du couple, diligentée par le Ministère de l'Intérieur. En effet, pour l'année 2012, nous comptabilisons un décès de moins dans notre étude et pour l'année 2015, deux décès supplémentaires. Notre échantillonnage s'est réalisé à partir de l'étude approfondie des archives de thanatologie du service de Médecine Légale, permettant d'identifier au moment de l'autopsie les femmes tuées, victimes de leur conjoint ou ex-conjoint. Les données à l'échelle nationale sont quant à elles collectées au travers de l'exploitation de télégrammes et de synthèses de police judiciaires ainsi que d'articles parus dans la presse. Les cas recensés au cours de l'étude nationale sont ensuite vérifiés auprès des bases départementales pour chaque circonscription de police ou groupement de gendarmerie. Cependant, il est précisé dans l'étude nationale que les chiffres

présentés sont un minimum, quelques rares faits ayant pu échapper à la collecte d'information auprès de la délégation aux victimes (51, 52, 53, 54, 55).

Comparativement, voici quelques statistiques concernant les autopsies médico-légales (AML) réalisées à l'Institut Médico-Légal du CHU de Nice sur ces cinq années concernant les décès dans le département des Alpes-Maritimes :

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'autopsies réalisées à l'IML de Nice concernant les décès du département des Alpes-Maritimes (TGI de Nice et Grasse)	107	177	211	172	222
Nombre total de femmes autopsiées décédées dans le département des Alpes-Maritimes (TGI de Nice et Grasse)	32	57	58	48	71
Nombre total d'homicides (hommes et femmes) dans le département des Alpes-Maritimes	21	17	23	18	19
Nombre total de femmes autopsiées dans le cadre d'un homicide dans le département des Alpes-Maritimes	7	13	7	4	11
Nombre de féminicides conjugaux dans le département des Alpes-Maritimes	2	10	5	3	8
Nombre d'homicides conjugaux (masculins) dans le département des Alpes-Maritimes	0	0	2	0	0
Taux de féminicides conjugaux par rapport au nombre total d'homicides féminins dans le département des Alpes-Maritimes (%)	28,5 %	76,9 %	71,4 %	75 %	72,7 %
Taux de féminicides conjugaux par rapport au nombre total d'homicides (hommes et femmes) dans le département des Alpes-Maritimes (%)	9,5 %	58,8 %	21,7 %	16,6 %	42,1 %
Moyenne des féminicides conjugaux sur le total d'homicides féminins sur 5 ans dans le département des Alpes-Maritimes (%)	64,9 %				

Tableau 3. Synthèse du nombre de féminicides conjugaux à l'IML du CHU de Nice entre 2011 et 2015.

B. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Afin de garantir l'anonymat des victimes et qu'aucune situation ne soit identifiable, certaines caractéristiques de l'échantillon ne seront volontairement pas développés dans ce chapitre (origine ethnique, lieu de vie sur le département etc.).

1. Age

La moyenne d'âge des victimes est de **53 ans**.

L'âge médian est de **47 ans**.

La femme la plus jeune avait **18 ans**, la plus âgée **91 ans**.

Age	Effectif	Fréquence (%)
18 – 29 ans	4	14 %
30 – 39 ans	5	18 %
40 – 49 ans	7	25 %
50 – 59 ans	2	7 %
60 – 69 ans	2	7 %
70 – 79 ans	3	11 %
80 – 89 ans	4	14 %
90 ans et plus	1	4 %
Total :	28	100 %

Tableau 4. Répartition des victimes décédées par tranche d'âge.

2. TGI en charge des affaires judiciaires

Les affaires d'homicides conjugaux sur le département des Alpes-Maritimes sont gérés par les Tribunaux de Grande Instance de Nice et de Grasse, selon le territoire concerné par les faits.

La répartition des affaires judiciaires par Tribunal de Grande Instance est parfaitement équitable dans notre étude, à savoir sur l'effectif total des dossiers, 50 % ont été pris en charge par le TGI de Grasse et 50 % par le TGI de Nice.

La répartition par année et par TGI des affaires judiciaires de féminicides conjugaux est la suivante :

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nombre d'affaires, TGI de Nice	1	4	3	3	3	14
Nombre d'affaires, TGI de Grasse	1	6	2	0	5	14
Total	2	10	5	3	8	28

Tableau 5. Répartition des affaires judiciaires de féminicides conjugaux par TGI (Nice et Grasse).

3. Situation matrimoniale des victimes décédées

Parmi les victimes décédées, nous avons rencontré les situations matrimoniales suivantes :

- couple marié ;
- couple en concubinage ;
- couple marié en instance de divorce ;
- ex-concubinage.

Voici la répartition des statuts matrimoniaux de l'ensemble des 28 féminicides conjugaux :

	Couple marié	Concubinage	Instance de divorce	Ex-concubinage	Total
Effectif	13	8	3	4	28
Fréquence (%)	46 %	29 %	11 %	14 %	100 %

Tableau 6. Répartition des 28 décès selon le statut matrimonial des victimes.

4. Mode opératoire du décès

Les modes opératoires sont divers. Dans certains cas, deux modes opératoires ont été utilisés simultanément (appelés modes opératoires mixtes par la suite).

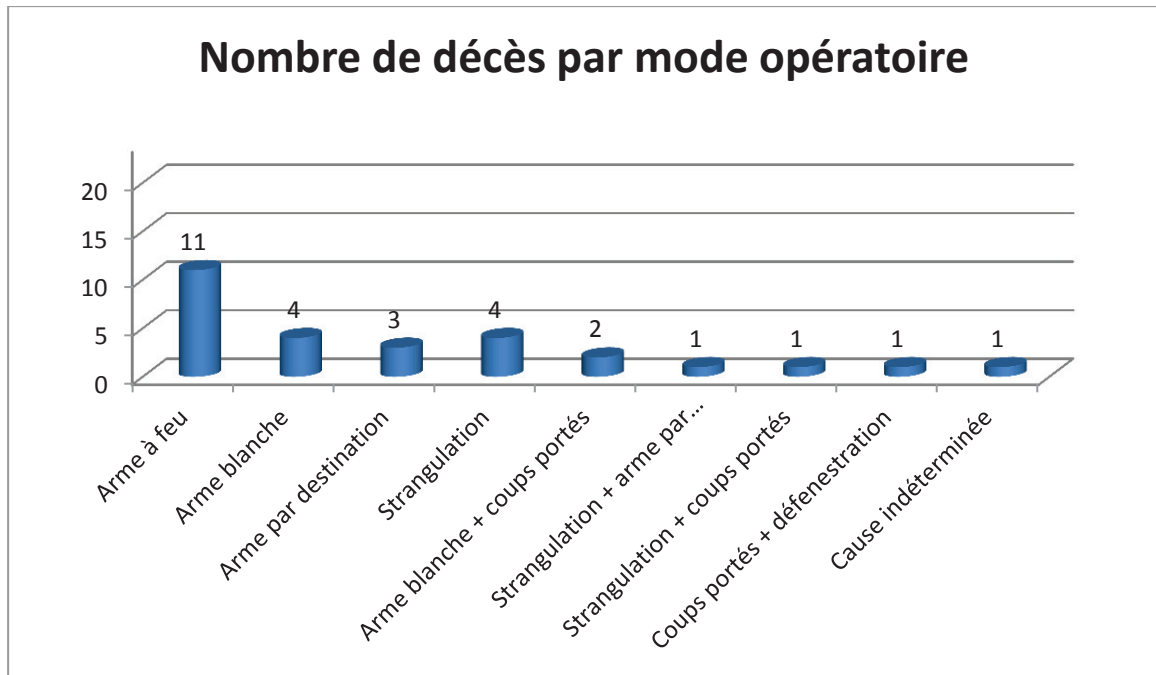


Figure 3. Répartition des décès selon le mode opératoire utilisé par les auteurs.

Les auteurs de violences ont utilisé une **arme seule** dans **64 %** des cas (à onze reprises une *arme à feu*, quatre fois une *arme blanche* et dans trois cas une *arme par destination*).

Les armes par destination sont des objets dont la fonction première n'est pas d'être une arme mais qui sont utilisés comme telle dans certaines situations. Ici il s'agissait d'un tournevis, d'un fer à repasser, d'un marteau et d'une barre métallique.

En prenant en compte les modes opératoires mixtes, **l'utilisation d'une arme** est survenue dans **75 %** des décès.

Vient ensuite la **strangulation** qui représente **14 %** des modes opératoires « *uniques* » (quatre cas). Elle survient dans **21 %** des décès en prenant en compte les modes opératoires mixtes.

La situation du décès de cause indéterminée correspond à un cas où un corps a été découvert enfoui et fortement altéré. L'origine du décès n'a pu être déterminée malgré le fait que l'homicide conjugal ait été fortement suspecté.

5. Victimes collatérales

Dans notre étude nous avons recensé des victimes collatérales dans deux situations. Il s'agissait dans un cas de l'enfant du couple et dans un second cas d'un autre adulte de la famille. Nous soulignerons également la présence des enfants au domicile et/ou témoins des scènes de violences dans sept cas sur vingt-huit au cours de l'homicide.

L'ensemble de ces victimes a été recensé par le biais des informations transmises dans les rapports d'autopsie. Cette information ne figure pas toujours dans le rapport d'autopsie, soit parce qu'elle n'a pas été recherchée soit parce qu'elle n'était pas connue au moment de l'autopsie. Le nombre des victimes collatérales est ainsi possiblement sous-estimé.

6. Lieu de survenue des faits et du décès

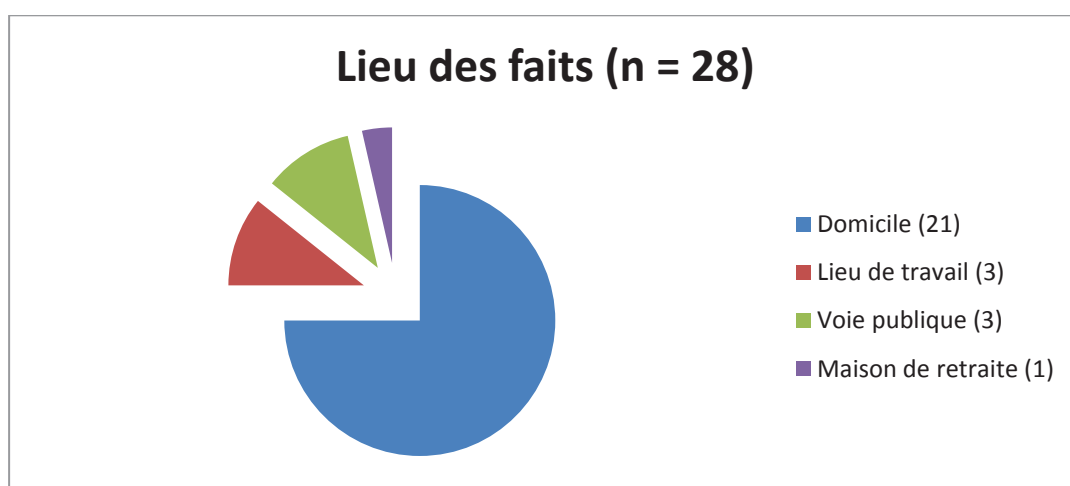


Figure 4. Répartition des victimes selon le lieu de survenue des faits de violences conjugales.

Dans 89 % des cas, les faits de violence conduisant au décès se sont déroulés au domicile (vingt-cinq cas). Trois faits se sont déroulés sur la voie publique, soit 11 % des cas. Il a également été recensé un cas de violence sur le lieu de travail des époux, un cas sur le lieu de travail du mis en cause et un cas sur le lieu de travail de la défunte. Enfin, une situation s'est déroulée en maison de

retraite, dans la chambre des époux. L'ensemble de ces données a été récolté par l'intermédiaire des rapports d'autopsie, le lieu de survenue des faits étant systématiquement demandé aux agents des forces de l'ordre présents à l'autopsie.

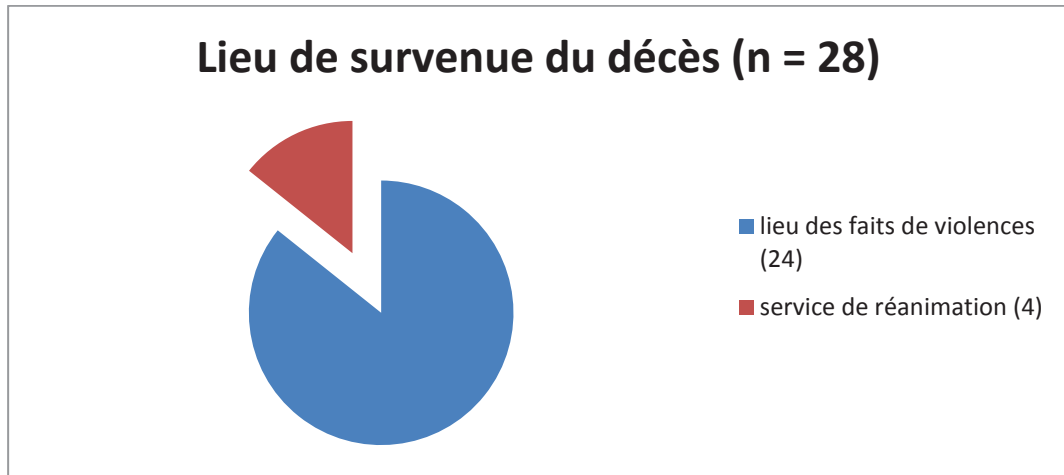


Figure 5. Répartition des victimes selon le lieu de survenue du décès.

Dans quatre cas le décès n'est pas survenu immédiatement et a été déclaré dans les heures qui ont suivi en service de réanimation. Ainsi, dans 86 % des cas, le décès est survenu sur le lieu des faits de violences.

7. Facteurs déclenchants dans la survenue du décès

Les facteurs déclenchants du décès n'ont pu être identifiés que pour douze victimes à partir des dossiers détenus à l'IML. Les facteurs déclenchants relevés sont les suivants par ordre décroissant :

- un contexte de séparation déjà présent depuis quelques temps et décidée par la femme pour six victimes et un désir récent de séparation formulée par la victime dans le cadre de deux décès ;
- une relation extraconjugale supposée de la victime dans deux cas ;
- la maladie incurable de la victime pour deux cas : une victime atteinte de maladie d'Alzheimer et la seconde atteinte d'un cancer. Les deux victimes étaient âgées de plus de soixante-dix ans.

8. Antécédents psychiatriques de l'auteur

L'antécédent psychiatrique de l'auteur n'est malheureusement pas une information dont nous disposons pour chacun des vingt-huit décès. Pour ce travail, des informations concernant le profil psychiatrique des auteurs ont pu être extraites à partir des vingt-huit dossiers des victimes archivés à l'IML, mais également dans les quelques dossiers judiciaires des victimes consultables sur les deux TGI (onze dossiers au total). Cependant, l'information concernant le profil des auteurs n'était pas toujours disponible au moment de l'autopsie et ne figure pas dans l'ensemble des dossiers autopsiques des patientes. De même, seuls onze dossiers judiciaires ont été consultables sur les deux TGI ne permettant pas de combler la totalité des informations manquantes sur le profil psychiatrique des auteurs.

9. Suicide des auteurs

Parmi les vingt-huit auteurs de violences, dix se sont suicidés après l'homicide. Sept auteurs se sont donnés la mort dans le cadre d'un homicide/suicide et trois auteurs se sont donnés la mort au cours de leur incarcération. Six auteurs ont tenté de se suicider ; après une première tentative de suicide, un des auteurs a mis fin à ses jours en prison.

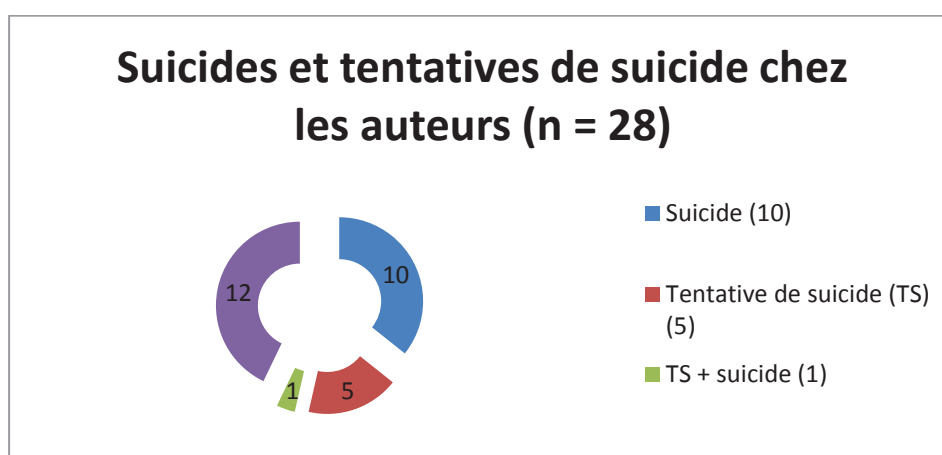


Figure 6. Synthèse sur les suicides et tentatives de suicide des auteurs.

Le constat est que dans plus de la moitié des cas (57 %), les auteurs des violences conjugales mortelles se sont suicidés ou ont tenté de se suicider à la suite des faits.

C. ETUDE DU PARCOURS MEDICAL DES VICTIMES

Comme précédemment décrit, nous avons choisi de cibler pour le parcours médical de notre population, la proportion de victimes connues des services d'urgences des grands centres hospitaliers des Alpes-Maritimes. Nous cherchons à mettre en évidence si certaines des femmes décédées ont consulté dans un service d'urgence pour un motif en lien avec des violences et notamment des violences conjugales.

Le parcours médical des victimes de notre population concerne également la proportion de femmes ayant consulté au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Nice.

En tout, parmi les vingt-huit femmes de notre population, **dix-neuf** d'entre elles ont été admises dans un SAU. Certaines des patientes ont consulté dans deux centres hospitaliers différents.

Voici pour chaque centre hospitalier, le nombre de victimes ayant consulté dans un Service d'Accueil des Urgences (SAU) :

	CH Antibes	CH Cannes	CH Grasse	CH Menton	CHU Nice
Nombre de femmes connues d'un CH (SAU ou autre service)	3	4	3	2	14
Nombre de femmes admises au SAU	3	3	1	2	8
Nombre de femmes ayant consulté à plusieurs reprises au SAU	2	2	1	2	3
Nombre de femmes admises au SAU pour des lésions traumatiques	2	2	0	2	?
Nombre de femmes admises au SAU pour une intoxication médicamenteuse volontaire	2	0	0	0	?
Nombre de motifs de consultation pour violences conjugales apparaissant dans le dossier médical	0	0	0	0	?
Nombre de victimes décédées en réanimation	1	0	0	0	3

Tableau 7. Synthèse du parcours médical des victimes.

Pour la suite des résultats et afin de garantir l'anonymat des victimes, celles-ci seront identifiées par un « *numéro d'anonymat* ».

Trois patientes parmi l'échantillon de recherche ont été admises dans le *Service d'Accueil des Urgences du CH d'Antibes*. Concernant ces trois patientes, leur parcours médical se précise de la façon suivante :

- une patiente (15#06) a été admise pour une intoxication médicamenteuse volontaire en 2014. Il figure dans son dossier médical qu'elle était accompagnée de son époux. Elle est restée hospitalisée 24h pour surveillance.
L'homicide de cette patiente a eu lieu en 2015.
- une patiente (11#02) a été admise à plusieurs reprises au SAU en 2011, une fois dans un contexte de rixe, une autre fois dans un contexte d'éthylisme aigu associé à une intoxication médicamenteuse au paracétamol.
L'homicide de cette patiente a eu lieu en 2011.
- une patiente (12#08) a également été admise à plusieurs reprises au SAU, dont une admission en 2012 concernant un traumatisme du cinquième doigt de sa main gauche. L'origine de ce traumatisme n'est pas précisée dans le dossier médical de la patiente. Elle était accompagnée de son époux.
L'homicide de cette femme a eu lieu en 2012.

Concernant le SAU du *CH de Cannes*, trois femmes de notre échantillon ont été admises aux urgences (12#03, 12#05 et 13#04). Parmi ces trois femmes, deux ont été admises pour la prise en charge de lésions traumatiques ; l'origine de ces lésions mentionnée dans leur dossier médical est dans la totalité des cas une « *chute accidentelle* ». Concernant la troisième, le motif d'admission était constitué par des complications d'une interruption volontaire de grossesse.

Victimes et âge au décès	Motif de consultation mentionné sur le dossier médical du CH de Cannes	Types de lésions traumatiques
12#05 (85 ans)	2012 - « chute accidentelle il y a une semaine avec douleur rachidienne secondaire à la chute »	2012 – fracture tassement de la 12 ^{ème} vertèbre thoracique avec léger recul du mur postérieur sans atteinte de la moelle épinière
12#03 (81 ans)	1996 – « chute accidentelle sur le marbre de la Gare » 2000 – « la patiente a glissé sur un ponton » 2007 – « chute accidentelle »	1996 – fracture du col chirurgical de l’humérus gauche, traumatisme du poignet droit, traumatisme avant-pied droit 2000 – fracture ouverte du poignet droit 2007 – fracture bi-malléolaire de la cheville droite

Tableau 8. Types de lésions traumatiques retrouvées chez les victimes ayant été admises au CH de Cannes.

Concernant le **CH de Grasse**, une patiente de notre échantillon (13#04) a consulté à deux reprises le SAU pour des motifs non en rapport avec des violences (pyélonéphrite aigüe et douleurs abdominales suite à une interruption volontaire de grossesse).

Concernant les urgences du **CH de Menton**, deux patientes de notre échantillon y ont été admises à plusieurs reprises (12#07 et 14#01). Pour chacune d’elles, un des motifs de consultation était en lien avec une « chute mécanique accidentelle », l’une à domicile et l’autre en centre de rééducation. Il est intéressant de noter que la personne de confiance notifiée par chacune des patientes dans le dossier médical était leur époux.

Victimes et âge au décès	Motif de consultation mentionné sur le dossier médical du CH de Menton	Type de lésions traumatiques
12#07 (74 ans)	2012 – « chute dans l’établissement de rééducation »	2012 – fracture poignet gauche
14#01 (86 ans)	2011 – « chute mécanique accidentelle avec le pied du lit »	2011 – fracture du grand trochanter du fémur gauche

Tableau 9. Types de lésions traumatiques retrouvées chez les victimes ayant été admises au CH de Menton.

La moitié des victimes de notre population était connue d'un ou plusieurs services hospitaliers du **CHU de Nice** (14 femmes sur 28). Parmi les victimes connues, huit ont été admises une ou plusieurs fois au Service d'Accueil des Urgences. Nous avons malheureusement retrouvé un nombre très restreint de dossiers médicaux concernant ces admissions au sein des archives du CHU de Nice. Nous avons ainsi été limités dans l'établissement de leur parcours à l'échelle du CHU de Nice.

Concernant les consultations à **l'Unité Médico-Judiciaire**, six victimes de notre population ont été reçues par un médecin légiste. Elles ont été examinées dans le cadre d'une réquisition judiciaire aux fins de déterminer l'ITT au sens du Code Pénal dans le cadre de violences volontaires. Ces victimes ont donc réalisé la démarche de déposer plainte auprès des forces de l'ordre et ont bénéficié d'une réquisition.

Par ordre chronologique, les motifs de consultation à l'UMJ, aux SAU du CHU de Nice et le parcours médical des six victimes étaient les suivants :

1. **En 2003** : une des victimes de notre population (13#03) a été examinée par un médecin légiste sur une allégation de coups et blessures de la part de son « *époux* ». Elle aurait reçu des coups de manche à balai, des coups de poings et des gifles. Elle s'est rendue aux urgences du CHU de Nice sept jours après les faits et a bénéficié d'un certificat médical initial de description des coups et blessures. Les lésions constatées étaient des hématomes de la face et des membres, un traumatisme de la jambe gauche et un bris d'appareil dentaire. L'examen médico-légal réalisé environ deux semaines après les faits retrouvait des ecchymoses et hématomes en voie de résorption et une absence de trouble locomoteur. Une ITT au sens du Code Pénal d'une durée inférieure à huit jours a été évaluée. Par ailleurs, cette même patiente a consulté les urgences du CHU de Nice en 2007. Son dossier médical a été retrouvé aux archives du CHU de Nice et il est inscrit qu'elle est partie avant d'avoir pu bénéficier d'une prise en charge par l'équipe soignante. Cette patiente est décédée en 2013.

2. **En 2008** : une des victimes de notre échantillon (12#09) a été examinée par un médecin légiste dans le cadre d'allégations de coups et blessures par son concubin et son fils. Elle aurait reçu des gifles et des coups de pieds, elle aurait été maintenue par les épaules et aurait reçu des crachats au visage. La patiente a initialement consulté son médecin généraliste qui lui a délivré un CMI, mentionnant les éléments suivants : « *suspicion de fracture du 5^e doigt droit avec déficit de l'extension de P3 – hématome de la fesse droite –*

hématomes multiples des deux membres supérieurs ». La patiente a ensuite consulté aux urgences d'une clinique privée et a bénéficié d'une intervention chirurgicale pour rupture du tendon extenseur du cinquième doigt de la main droite. L'ITT au sens du Code Pénal a été évalué à une durée de vingt jours.

Cette même patiente a consulté à plusieurs reprises le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nice ainsi que le Centre d'Accueil Permanent des Urgences Psychiatriques entre 2008 et 2012. Nous avons retrouvé un dossier médical concernant une admission au SAU en 2010 pour un traumatisme de la face sur des allégations d'une chute accidentelle. Il n'est pas mentionné dans le compte rendu des urgences de notion de violences volontaires. Malheureusement, les autres dossiers médicaux concernant ses admissions au SAU et au Centre d'Accueil Permanent des Urgences Psychiatriques n'ont pas été retrouvés aux archives du CHU de Nice.

Cette patiente est décédée en 2012.

3. **En 2008** : une femme de notre échantillon (11#02) a été admise à l'hôpital Lenval pour bénéficier d'un examen médico-judiciaire suite à des allégations de violences volontaires alors qu'elle était encore mineure.

Par ailleurs, cette patiente a été admise à plusieurs reprises au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nice ainsi qu'au SAU du CH d'Antibes.

En 2010, le SAU du CHU de Nice avait émis un avis de recherche suite à la fugue de la patiente encore mineure à l'époque. Elle était admise initialement sur des allégations de coups et blessures, sans précision sur l'agresseur. En 2011, la patiente a été admise au SAU d'Antibes à deux reprises : la première fois pour des douleurs abdominales dans un contexte d'éthylisme aigu et de prise de paracétamol ayant conduit à une hospitalisation en service de pédiatrie, la deuxième fois suite à une rixe dans son foyer avec un éducateur.

La patiente est décédée en 2011.

4. **En 2009** : une des victimes (12#06) a été examinée à l'UMJ dans le cadre d'allégations de coups et blessures par un employé. La patiente avait bénéficié d'un CMI rédigé aux urgences, retrouvant : « *crâne : contusion + dermabrasion 3 cm + 2 cm avant-bras, dermabrasion genou gauche, contusion pied droit* ». Une ITT au sens du Code Pénal d'une durée de 24 heures a été évaluée.

Par ailleurs, cette patiente a été admise à plusieurs reprises au SAU du CHU de Nice entre 2001 et 2012. Un seul dossier médical d'admission aux urgences a été retrouvé aux archives du CHU de Nice mentionnant pour motif de prise en charge des douleurs abdominales au retour de voyage.

Cette patiente est décédée en 2012 en réanimation médico-chirurgicale du CHU de Nice.

5. **En 2013** : une des victimes (14#03) a consulté un médecin légiste sur réquisition dans le cadre d'allégations de coups et blessures par son mari. Elle aurait reçu des coups de poings et des coups de serviette. La patiente n'avait pas consulté son médecin à la suite des faits. L'examen médico-légal effectué deux jours après les violences retrouve plusieurs hématomes au niveau des membres et du dos. Une ITT au sens du Code Pénal de deux jours a été fixée.

Cette patiente est décédée en 2014.

6. **En 2015** : une femme (15#05) a déposé plainte à l'encontre de son ex-concubin pour viol. Le dépôt de plainte aurait eu lieu deux jours après les faits. La patiente a été orientée par l'officier de police judiciaire vers les urgences gynécologiques aux fins d'examen médico-légal, trois jours après le dépôt de plainte. Le compte-rendu de l'examen médico-légal retrouve les éléments suivants :

- la patiente déclare qu'elle aurait été victime de violences sexuelles à répétition avant leur séparation et ces violences auraient continué malgré le fait qu'elle ait quitté son conjoint ;
- le soir des faits, l'ex-concubin se serait rendu au domicile de la victime. Après une dispute, l'individu en cause l'aurait contrainte à avoir des rapports sexuels violents avec lui à trois reprises, la menaçant verbalement et la frappant ;
- la patiente déclare que pendant les faits, elle ne se serait pas débattue par crainte mais aurait ressenti des douleurs ;
- l'examen médico-légal ne met pas en évidence de lésion traumatique visible sur le plan général, anal et gynécologique ;
- l'ITT au sens du Code Pénal, sur un plan physique est inexistante.

L'homicide de cette patiente par son ex-concubin a eu lieu en 2015, deux mois après les faits allégués. La patiente est décédée dans le service de réanimation médico-chirurgicale du CHU de Nice.

	Présence d'un CMI	Contexte de violences conjugales	Type de lésions traumatiques décrit sur le certificat du légiste	ITT Pénale
13#03	CMI réalisé aux urgences mentionnant : « <i>hématomes de la face et des membres, un traumatisme de la jambe gauche et un bris d'appareil dentaire</i> »	oui	- Ecchymoses et hématomes du membre inférieur gauche ; - Erosion du nez.	< 8 jours
12#09	CMI du médecin traitant mentionnant : « <i>suspicion de fracture du 5^e doigt droit avec déficit de l'extension de P3 – hématome de la fesse droite – hématomes multiples des deux membres supérieurs</i> »	oui	- Malet finger du 5 ^{ème} doigt main droite ; - Hématome fesse gauche ; - Plaie crouteuse du membre supérieur gauche.	20 jours
11#02	certificat Lenval, non retrouvé			
12#06	CMI réalisé aux urgences mentionnant : « <i>crâne : contusion + dermabrasion 3 cm + 2 cm avant-bras, dermabrasion genou gauche, contusion pied droit</i> »	non	- Hématomes et érosions de la face et du membre supérieur droit - Ecchymose du sein droit	1 jour
14#03	Aucun	oui	Ecchymoses et hématomes des quatre membres et du dos	2 jours
15#05	Aucun	oui	Absence de lésion traumatique récente visible sur le plan général, anal et gynécologique	0 jour

Tableau 10. Synthèse des lésions traumatiques et des jours d'ITT au sens du Code Pénal pour les victimes ayant consulté sur réquisition un médecin légiste.

D. ETUDE DU PARCOURS SOCIAL DES VICTIMES

L'établissement du parcours social de notre population a consisté à déterminer le pourcentage de femmes connues des structures et associations d'aides aux victimes et des MSD du département dans le cadre de la prise en charge de violences conjugales.

Le tableau 9 énumère le nombre de victimes de notre population ayant réalisé des démarches auprès des structures sociales précédemment développées :

	Abri Côtier	ALC	AFS	CIDFF	Harjes
Effectif	1	1	0	1	1

	ISI	Montjoye	Parcours de femmes	Parenthèse	MSD
Effectif	0	?	0	0	6

Tableau 11. Nombre de victimes ayant consulté au sein d'une structure sociale.

Au total, au moins **sept femmes** parmi notre population étaient connues des instances sociales du département ayant participé à notre recherche, soit **25 %** du total de notre échantillon. Nous ne disposons pas de données concernant l'association Montjoye car nous n'avons pas eu de réponse de l'association.

Parmi ces sept femmes, l'une d'entre elles a bénéficié d'une seule consultation à Harjes (15#04).

Une seconde (15#05) était suivie par trois structures sociales : l'Abri Côtier, ALC et le CIDFF. Cette personne était également suivie par une MSD du département.

- Concernant la victime suivie par Harjes (15#04), il ressort du questionnaire social qu'elle a été prise en charge par un juriste d'Harjes de permanence au commissariat de Cannes. La victime aurait déposé plainte quelques semaines auparavant à l'encontre de son ex-concubin pour harcèlement et aurait demandé un appui juridique au juriste d'Harjes

estimant que les démarches judiciaires étaient trop lentes suite à sa plainte. Il lui a été proposé au cours de cet entretien une orientation vers un psychologue, ce qu'elle n'a pas souhaité. Le parcours socio-judiciaire de cette victime s'achève après cette consultation. Elle est décédée environ deux mois après cet entretien. L'enquête décès a révélé que son ex-concubin se travestissait et la suivait dans la rue ; toutefois ce comportement de l'auteur qui aurait pu alerter les enquêteurs et les services sociaux n'était pas connu avant le décès.

- Nous allons à présent développer le parcours social de la deuxième victime prise en charge par plusieurs structures sociales (15#05).

Il ressort de l'enquête sociale réalisée en MSD que cette femme est arrivée en France en 2008 et s'est installée en ménage avec l'auteur des faits en 2011. Mère de trois enfants, elle avait réalisé des demandes d'aides financières et de logement auprès d'une MSD dès 2012. Plusieurs demandes successives d'aides financières ont été enregistrées jusqu'en 2014, date à laquelle il a été notifié par le travailleur social que la patiente s'est séparée de son concubin avec des difficultés pour régulariser sa situation financière. La notion de violences conjugales ne figure pas sur le rapport social de la MSD. En début d'année 2015, la victime a vu ses droits ouverts au Revenu de Solidarité Active (RSA) permettant de régulariser ses ressources.

En 2015, la victime a déposé plainte à l'encontre de son ex-concubin pour viol. Elle a été orientée par la brigade des mineurs vers l'Abri Côtier. Depuis le service de l'Abri Côtier, la victime a pris contact avec son avocat et a bénéficié d'une prise en charge juridique avec une juriste du CIDFF. La victime a intégré, trois jours après son dépôt de plainte, les Places d'Accueil d'Urgence (PAU), gérées par ALC, dans l'attente que soit signifiée une mesure de protection et d'éloignement de son ex-partenaire. Quatorze jours plus tard, la victime a bénéficié du dispositif des Places d'Hébergement et d'Accompagnement Social Temporaire (PHAST). En parallèle, un accompagnement par un travailleur social, un soutien psychologique pour ses enfants et la participation à un groupe de parole ont été mis en place. La victime ne semble pas avoir voulu bénéficier d'un suivi psychologique personnalisé pourtant proposé à plusieurs reprises.

En retraçant son parcours, une vingtaine de passages sont recensés au sein des différentes structures avec les intervenants suivants : agent des forces de l'ordre, avocat, psychologue, juriste du CIDFF, Juge des Affaires Familiales, travailleurs sociaux d'ALC et de l'Abri Côtier.

L'homicide de cette femme a eu lieu deux mois après le dépôt de plainte alors qu'elle était sous ordonnance de protection et bénéficiait d'un hébergement au sein du dispositif PHAST.

Concernant le parcours des cinq autres femmes également suivies au sein des MSD, nous retrouvons les éléments suivants :

- une des victimes de notre échantillon (11#02), dont le parcours médical a déjà été développé ci-dessus est connue des services sociaux depuis son enfance. Il ressort du questionnaire social que le père de notre patiente était lui-même auteur de violences conjugales à l'encontre de son épouse. La mère de la victime bénéficiait régulièrement d'aides financières allouées par le Conseil Départemental. Notre patiente a été l'objet de signalement à plusieurs reprises pour des troubles du comportement (port d'arme blanche à l'école, fugue du domicile avec décision judiciaire de placement en foyer enfance) ;
- une des victimes (13#03) est connue des travailleurs sociaux des MSD pour des demandes d'aides financières multiples ainsi que pour la gestion d'un dossier de surendettement dans le cadre d'une expulsion locative. Mère de deux enfants, il est mentionné par un travailleur social que la patiente était victime de violences conjugales de la part du père du premier enfant qui a été incarcéré. Une information préoccupante sur le premier enfant figure également dans le dossier social avec la mise en place par la MSD d'une Action Educative en Milieu Ouvert ;
- les trois autres victimes (14#02, 13#01 et 12#09) ont chacune réalisé des demandes d'aides financières ou de logement, sans notion de violences conjugales retrouvée dans leur dossier.

Ainsi, pour une seule des victimes ayant bénéficié d'une prise en charge au sein des MSD, les violences conjugales antérieures étaient connues.

E. ETUDE DU PARCOURS JUDICIAIRE DES VICTIMES

Le but est d'évaluer le pourcentage de femmes connues des services de police ou de gendarmerie pour des faits de violences conjugales antérieurs au travers de dépôts de plaintes.

Malheureusement comme nous l'avons décrit précédemment, seulement onze dossiers judiciaires sur vingt-huit ont été consultables au sein des deux TGI, les dossiers manquants étant toujours en cours d'instruction et donc soumis au secret judiciaire.

Cependant, une information complémentaire nous a été transmise par le TGI de Grasse uniquement, concernant le nombre de dépôts de plainte enregistrés avant le décès des victimes appartenant à la juridiction grasse. Trois victimes (13#04, 13#05 et 15#04) étaient connues des forces de l'ordre pour des plaintes à l'encontre de leur partenaire ou ex-partenaire de vie pour des faits de violences conjugales et de menaces.

	TGI de Nice	TGI de Grasse
Nombre total de dossiers judiciaires	14	14
Nombre de dossiers judiciaires consultables	7	4
Nombre de dépôts de plainte des victimes à l'encontre des auteurs retrouvé parmi les dossiers judiciaires consultables	0	0
Nombre de dépôts de plainte pour violences conjugales transmis par les TGI sur l'ensemble des dossiers judiciaires	?	3
Nombre de dossiers judiciaires dans lesquels il est mentionné que des violences conjugales antérieures étaient connues de l'entourage, sans dépôt de plainte	2	0
Nombre d'auteurs atteints de troubles psychiatriques	5	2

Tableau 12. Synthèse des données judiciaires.

Concernant le TGI de Nice, sept dossiers ont pu être consultés au sein du service des Greffes. Parmi ces sept dossiers judiciaires, aucun ne fait mention de dépôt de plainte antérieur de la part des victimes de notre population à l'encontre de leur partenaire ou ex-partenaire de vie.

De façon synthétique, nous avons retrouvé au sein de ces dossiers les éléments suivants :

- le dossier judiciaire concernant la victime 11#02, dont le parcours médical et social a été précédemment décrit ne mentionne pas de dépôt de plainte à l'encontre du mis en cause. Toutefois, l'auteur des faits a été l'objet de sept procédures judiciaires antérieures, notamment pour des violences à l'encontre d'une ex-partenaire de vie. L'audition des proches de la victime et de l'auteur met en avant la notion de violences conjugales antérieures physiques et psychologiques de la part du mis en cause. L'évaluation psychiatrique de l'auteur menée au cours de l'enquête judiciaire a révélé *« une personnalité immature se structurant sur un mode psychopathique avec transgressions répétées [...] Il n'existe pas de dangerosité psychiatrique [...] Il est accessible à une sanction pénale »*. Le mis en cause a tenté de se suicider au cours de son placement sous contrôle judiciaire ;
- le dossier judiciaire concernant la victime 12#02 met en avant un couple en instance de divorce, non supportée par le mis en cause. Il n'existe pas de dépôt de plainte de la victime à l'encontre de son conjoint, mais il est rapporté dans les auditions des proches une notion de violences conjugales antérieures verbales et physiques. Le profil psychiatrique de l'auteur ne met pas en avant de profil pathologique particulier ;
- le dossier judiciaire concernant la victime 12#07 ne retrouve pas de dépôt de plainte de la victime à l'encontre de l'auteur ni de violences conjugales antérieures au sein du couple. Le mis en cause ne semblait pas souffrir de troubles psychiatriques. Le motif à l'origine de cette affaire d'homicide/suicide serait le diagnostic récent d'un cancer chez la victime. Il s'agissait d'un couple âgé, une lettre expliquant leur volonté a été retrouvée sur le lieu des faits ;
- le dossier judiciaire de la victime 13#01 met en avant un couple en instance de séparation avec une relation épistolaire extraconjugale entretenue par la victime à l'origine de la jalousie du mis en cause. Aucune notion de violence conjugale antérieure n'a été mise en avant dans le dossier. L'auteur a tenté de se suicider après avoir ôté la vie de sa femme et de sa fille. Son profil psychiatrique parle d'une décompensation anxiodépressive sur une ivresse pathologique. Il a fini par se suicider au cours de son incarcération ;

- le dossier judiciaire de la victime 13#02 met en avant par l'intermédiaire des auditions des proches du couple un profil psychiatrique de l'auteur marqué par un alcoolisme chronique, des dépressions et une tendance suicidaire. L'audition de son psychiatre relate des antécédents avec plusieurs hospitalisations en clinique psychiatrique ainsi que la formulation au cours d'une consultation d'idées suicidaires et d'idées meurtrières concernant sa femme ;
- le dossier judiciaire de la victime 14#02 ne retrouve ni dépôt de plainte antérieur, ni notion de violences conjugales antérieures. L'audition du fils de la victime relate des disputes fréquentes au sein du couple. L'auteur des faits aurait présenté une tendance suicidaire, un alcoolisme chronique et des troubles dépressifs, exacerbés par la perte de son emploi et le divorce avec son ancienne femme. Il s'est suicidé après les faits ;
- le dossier judiciaire concernant la victime 15#03 ne met pas en évidence de dépôt de plainte antérieur ni de violence conjugale antérieure de la part de son ex-concubin. Les proches de l'auteur mentionnent des antécédents psychiatriques de l'auteur à type de dépression suite à des déceptions amoureuses ayant motivé plusieurs hospitalisations en structure psychiatrique.

Concernant le TGI de Grasse, quatre dossiers judiciaires ont été consultables au sein du TGI.

De façon synthétique, nous avons retrouvé au sein de ces dossiers les éléments suivants :

- le dossier judiciaire de la victime 12#05 ne mentionne pas d'antécédent de violences conjugales antérieures ni d'infraction judiciaire de l'auteur. Les faits se sont déroulés alors que les époux vivaient en maison de retraite depuis deux mois. L'évaluation psychiatrique de l'auteur met en évidence un sujet atteint de troubles psychiatriques (pathologie démentielle) ayant aboli son discernement et ne le rendant pas accessible à une sanction pénale. De ce fait, l'auteur a été l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office en hôpital psychiatrique ;
- le dossier judiciaire de la victime 12#03 ne retrouve ni plainte ni violence conjugale antérieure. L'audition de l'entourage mentionne des disputes quotidiennes sans conséquence. La victime souffrait d'une pathologie chronique et lourde. L'expertise psychiatrique de l'auteur a mis en évidence un syndrome anxio-dépressif chronique avec une abolition du discernement au moment des faits ;
- le dossier judiciaire de la victime 12#10 ne met également pas en avant d'antécédent judiciaire de l'auteur ni de violence antérieure au domicile. Il est rapporté par le procès-

verbal de synthèse que le mis en cause entretenait des rapports conflictuels de plus en plus fréquemment avec son épouse. Le mis en cause a été déclaré partiellement responsable au moment des faits et a été placé en détention sous contrôle judiciaire (surveillance électronique à son lieu de résidence) ;

- le dossier judiciaire de la victime 12#04 ne mentionne aucun antécédent de plainte à l'encontre du mis en cause. Il s'agit d'un double homicide suivi du suicide de l'auteur. Aucun antécédent psychiatrique n'a également été rapporté au cours des auditions de l'entourage.

Concernant le nombre de dépôts de plainte, après synthèse des dossiers médicaux de l'UMJ, des dossiers judiciaires consultables détenus au TGI et du nombre de dépôts de plainte transmis par le TGI de Grasse, nous pouvons avancer qu'au moins **sept** victimes sur vingt-huit avaient déposé plainte à l'encontre de leur partenaire ou ex-partenaire de vie.

F. RECAPITULATIF DU PARCOURS MEDICAL, SOCIAL ET JUDICIAIRE DE L'ECHANTILLON

Numéro d'anonymat	Parcours médical	Parcours social	Parcours judiciaire
11#01	inconnu	inconnu	dossier non consultable
11#02	connu : - CHU Nice : SAU et UMJ - CH Antibes Admissions non en rapport avec des VC	connu : MSD (signalement dans l'enfance, pas de notion de VC)	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - VC antérieure connue de l'entourage
12#01	inconnu	inconnu	dossier non consultable
12#02	inconnu	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - VC antérieure connue de l'entourage
12#03	connu : - CH Cannes : plusieurs admissions pour traumatismes sur chutes accidentelles - CHU de Nice : décès en réanimation	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
12#04	inconnu	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
12#05	connu : - CH Cannes : une admission pour des lésions traumatiques sur chute accidentelle	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
12#06	connu : CHU de Nice - UMJ : victime de violences volontaires par un employé - SAU : plusieurs admissions enregistrées, celles retrouvées ne sont pas en rapport avec des VC	inconnu	dossier non consultable
12#07	connu : - CH Menton : une admission pour des lésions traumatiques sur chute accidentelle	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
12#08	connu : - CH Antibes : plusieurs admissions dont une en rapport avec une lésion traumatique dont l'origine n'est pas précisée	inconnu	dossier non consultable

12#09	<p>connu :</p> <p>CHU de Nice</p> <ul style="list-style-type: none"> - UMJ : victime de violences conjugales, examinée une fois sur réquisition - SAU : plusieurs admissions enregistrées, une seule a été consultable en rapport avec des lésions traumatique sur une chute accidentelle 	<p>connu :</p> <p>MSD</p> <p>(aides financières, pas de notion de VC)</p>	<p>dossier non consultable</p> <p>au moins une plainte déposée en 2008 dans le cadre de VC, avec examen sur réquisition à l'UMJ</p>
12#10	inconnu	inconnu	<p>dossier consultable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
13#01	<p>connu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHU Nice : plusieurs admissions au SAU, dossiers médicaux non retrouvés aux archives 	<p>connu :</p> <p>MSD</p> <p>(aides financières demandées, pas de notion de VC)</p>	<p>dossier consultable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
13#02	inconnu	inconnu	<p>dossier consultable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
13#03	<p>connu :</p> <p>CHU de Nice</p> <ul style="list-style-type: none"> - UMJ : victime de violences conjugales, examinée une fois sur réquisition - SAU : une admission enregistrée, la patiente ayant quitté les urgences avant d'être prise en charge par l'équipe 	<p>connu :</p> <p>MSD</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande d'aides financières - notion de VC mentionnée dans le dossier social 	<p>dossier non consultable</p> <p>au moins une plainte déposée en 2003 dans le cadre de VC, avec examen sur réquisition à l'UMJ</p>
13#04	<p>connu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CH Cannes et Grasse : plusieurs admissions enregistrées, non en rapport avec des VC 	inconnu	<p>dossier non consultable</p> <p>un dépôt de plainte en 2013 pour violences conjugales à l'encontre de son concubin signalé par le TGI de Grasse</p>
13#05	inconnu	inconnu	<p>dossier non consultable</p> <p>un dépôt de plainte en 2013 pour violences signalé par le TGI de Grasse</p>

14#01	connu : - CH Menton : deux admissions au SAU, dont une secondaire à des lésions traumatiques sur chute accidentelle	inconnu	dossier non consultable
14#02	connu : - CHU de Nice : un passage enregistré au SAU, dossier non retrouvé aux archives du CHU	connu : MSD (aides financières demandées, pas de notion de VC)	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
14#03	connu : CHU de Nice - UMJ : victime de violences conjugales, examinée une fois sur réquisition	inconnu	dossier non consultable au moins une plainte déposée en 2013 dans le cadre de VC, avec examen sur réquisition à l'UMJ
15#01	inconnu	inconnu	dossier non consultable
15#02	inconnu	inconnu	dossier non consultable
15#03	inconnu	inconnu	dossier consultable : - pas de dépôt de plainte - pas de VC antérieure connue
15#04	inconnu	connu : Harjes (soutien juridique demandé dans le cadre d'une plainte contre son ex-concubin)	dossier non consultable un dépôt de plainte pour « menace » à l'encontre de son ex-concubin signalé par le TGI de Grasse
15#05	connu : CHU de Nice - UMJ : examen médico-légal pour viol de la part de son ex-concubin	connu : - Abri Côtier, ALC, CIDFF (hébergement d'urgence, accompagnement social et juridique) - MSD (demande d'aides financières)	dossier non consultable au moins un dépôt de plainte en 2015 à l'encontre de son ex-concubin pour viol
15#06	connu : - CH Antibes : intoxication médicamenteuse volontaire	inconnu	dossier non consultable
15#07	inconnu	inconnu	dossier non consultable
15#08	inconnu	inconnu	dossier non consultable

Tableau 13. Synthèse du parcours médical, social et judiciaire de l'ensemble des victimes.

V. DISCUSSION

A. OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette étude avait pour objectif principal d'établir un constat sur le phénomène des féminicides conjugaux sur le département des Alpes-Maritimes de 2011 à 2015 et d'établir le parcours médical, social et judiciaire de chacune des victimes décédées afin de connaître la proportion de femmes ayant réalisé des démarches de prise en charge.

L'objectif secondaire de notre travail était de comprendre pourquoi cette prise en charge a échoué et d'identifier des facteurs de risque de décès chez ces femmes victimes de violences conjugales.

B. METHODOLOGIE

1. Le type d'étude

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'une **étude observationnelle descriptive rétrospective** (70).

Une étude d'observation se caractérise par l'absence de question ; le chercheur se limite à observer systématiquement les comportements et les interactions des personnes. Une observation indirecte est basée sur l'analyse documentaire (recherche documentaire approfondie) ou sur l'analyse de transcription d'enregistrements audio ou vidéo. Une observation directe est dite « participante » quand le chercheur observe tout en jouant un rôle actif, et « non participante » lorsqu'il observe les comportements et les conversations dans leur milieu naturel.

Le constat du nombre de victimes décédées dans le cadre de violences conjugales de 2011 à 2015 et l'analyse de leur parcours médical, social et judiciaire s'appuient sur une recherche documentaire lorsque celle-ci était disponible. Pour certains cas, lorsque les documents manuscrits n'étaient pas disponibles, la collecte des données s'est réalisée par le biais d'entretiens oraux avec

un ou plusieurs interlocuteurs. Cette situation s'est présentée uniquement lors de la collecte de données auprès de quelques-unes des structures sociales, leur système d'archivage étant parfois absent impliquant une collecte de données sur la mémoire de nos interlocuteurs. Ce biais d'information est difficilement contrôlable et est lié au type d'étude choisie.

Ce travail de recherche s'inscrit dans une **étude rétrospective** débutant au 1^{er} Janvier 2011 et se terminant au 31 Décembre 2015. Nous avons choisi de débiter l'étude à partir de 2011, date à laquelle la réforme de la médecine légale a eu lieu concentrant l'activité médico-légale thanatologique au sein du service de Médecine Légale du CHU de Nice. A partir de 2011, il était donc possible de consulter l'ensemble des archives de thanatologie au sein du service de Médecine Légale.

La définition de notre population à partir des dossiers autopsiques étant le point de départ de l'ensemble de ce travail de recherche, il nous a semblé judicieux de débiter la collecte à partir de 2011, afin d'avoir accès à l'ensemble des dossiers autopsiques des femmes décédées sur le département et éviter ainsi un biais de collecte. Toutefois, la collecte des données à partir des rapports d'autopsie a présenté ses limites, les renseignements fournis par ces rapports se limitant aux informations connues au moment de la réalisation de l'autopsie. Certaines informations nous ont donc fait défaut au moment de la constitution de notre population à partir de ces dossiers autopsiques, comme les antécédents psychiatriques de l'auteur ou le contexte et le facteur déclenchant de l'homicide par exemple.

2. Le protocole de recherche

Ce travail a initialement été présenté aux différentes structures en jeu dans la collecte de données sous forme d'un protocole de recherche rédigé afin d'explicitier nos objectifs et d'obtenir leur adhésion à ce projet.

La rédaction de ce protocole sous forme d'une convention a débuté en Avril 2015. A l'heure actuelle, l'ensemble des signatures ne figurent pas sur notre convention, leur obtention ayant été fastidieuse. La dernière signature a été obtenue en Janvier 2016. La signature du Président du Conseil Départemental ne figure pas sur notre protocole (Annexe 5) mais il nous a assuré par courrier postal son approbation (Annexe 7). Seule la requête auprès du Maire de la Ville de Nice

reste en suspend. Nous avons tout de même obtenu l'accord de la directrice adjointe du CCAS de la Ville de Nice, dont dépend l'Abri Côtier.

3. Les différents intervenants

Ce travail de recherche a été enrichissant car il nous a menés à rencontrer des interlocuteurs d'horizons variés partageant une ligne directrice commune : l'aide à la personne. Ce principe altruiste a pris autant de déclinaisons différentes que d'interlocuteurs rencontrés et de documents analysés au cours de cette recherche. En effet, il a été intéressant de constater les différentes approches par parcours exploré :

- un esprit scientifique dans le parcours médical, et plus précisément :
 - une rigueur scientifique retrouvée dans les rapports d'autopsie et les certificats médico-légaux pour coups et blessures rédigés par les médecins légistes. L'anatomie et la physiopathologie des lésions sont primordiales dans les deux cas. La rigueur et la justesse scientifique ne laisse que peu de place dans la prise en compte du contexte psychosocial entourant les victimes. Il est important de connaître les circonstances entourant le décès ou les violences subies, mais l'empathie n'a pas sa place dans la rédaction d'un rapport d'autopsie ou un certificat de coups et blessures.
 - une approche clinique et médicale pure retrouvée dans les dossiers médicaux des victimes accueillies aux urgences. Il faut réaliser que les violences conjugales ne sont pas connues au moment de l'accueil de ces patientes et qu'il apparaît difficile d'avoir une empathie appropriée pour chacun des patients se présentant initialement aux urgences pour une lésion traumatique ;
- une approche centrée sur la punition de l'auteur des faits, retrouvée dans les dossiers judiciaires pénaux. Le but étant de protéger la victime par des mesures punitives envers l'auteur, et non d'indemniser la victime pour les violences subies. La détermination de la durée de l'ITT au sens du Code Pénal en est l'exemple même. Il s'agit d'un outil judiciaire à destination des médecins pour définir une limitation de l'autonomie, donc une souffrance physique mais aussi psychologique, en jours d'incapacité. Cet outil n'est pas au service de la victime mais au service de la justice, ce qui lui permettra de sanctionner l'auteur en conséquence ;

- un esprit plus empreint d'empathie envers les victimes retrouvé parmi les entretiens avec les travailleurs sociaux. Plusieurs approches ont été constatées dans le fonctionnement des différentes structures sociales : que ce soit plutôt sur un versant de victimisation de la femme ou plutôt de son autonomisation, que ces structures soient engagées dans un courant de pensée féministe ou non, la ligne directrice de chacune d'elles reste l'accompagnement et le soutien de la femme dans ses démarches sociales.

L'exploration du parcours médical des victimes décédées s'est définie par la mise en évidence de leur admission au sein des services d'urgences des grands centres hospitaliers du département ou au sein de l'UMJ du CHU de Nice pour des motifs en lien avec des violences conjugales.

Nous nous sommes volontairement limités aux SAU des grands centres hospitaliers par souci de temps imparti pour la réalisation de ce travail. Lorsque le travail de recherche a débuté, nous avons émis l'hypothèse d'explorer le parcours de ces victimes auprès de leur médecin généraliste. Plusieurs problématiques nous ont conduits à ne pas poursuivre dans cette direction :

- la révélation du décès des victimes aux différents médecins généralistes aurait supposé une rupture du secret judiciaire encadrant les affaires toujours en cours et nous aurait confrontés à une situation gênante ;
- des médecins généralistes auraient pu ne pas répondre par respect du secret professionnel qui persiste après le décès du patient (61, 79).

L'étude du parcours médical a été partiellement accomplie du fait que l'accès à l'ensemble des dossiers médicaux n'a pu se faire. En effet, un grand nombre de dossiers médicaux des urgences du CHU de Nice, stockés aux archives du CHU n'ont pu être retrouvés. Il existe donc un biais dans la collecte de nos données sur le parcours médical des victimes : nous ne disposons pas de l'ensemble des motifs et du contexte de consultation aux urgences de notre population. Il est possible que le nombre de victimes ayant consulté aux urgences pour des motifs en rapport avec des violences conjugales soit sous-estimé.

De même, le nombre de patientes ayant consulté un médecin légiste a été sous-estimé car nous n'avons pas accès aux archives des légistes exerçant en libéral, recevant également en consultations des victimes dans le cadre de violences conjugales.

L'exploration du parcours judiciaire de notre population s'est définie par la mise en évidence du nombre de dépôts de plainte des victimes pour des faits de violences au sein du couple. En

d'autre terme, nous cherchions à mettre en évidence si nos victimes étaient connues avant leur décès des services de police et de gendarmerie dans le cadre de violences conjugales. Notre recherche n'a malheureusement pu répondre que partiellement à cet objectif, les dossiers judiciaires en cours d'instruction étant soumis au devoir de réserve. Les données présentées ci-dessus sont possiblement sous-estimées et ne sont donc pas représentatives du parcours judiciaire de l'ensemble de notre population. Ce biais d'information n'est malheureusement pas contrôlable. Seule une étude réalisée une fois les instructions judiciaires closes pourra répondre à cet objectif.

L'exploration du parcours social de notre population s'est définie par la mise en évidence du nombre de victimes ayant été prises en charge par une structure sociale du département pour des motifs de violences conjugales. Toutes les structures à l'exception d'une ont répondu à notre travail de recherche. Le principal biais dans la collecte d'informations auprès de ces structures réside dans leur système d'archivage des données. La collecte n'a pu être standardisée du fait des différences de fonctionnement entre les structures. Par exemple, le CIDFF ne dispose pas d'archives ; la collecte des données auprès de cette structure réside sur la mémoire des intervenants.

Le recueil des données a été réalisé par une seule et même personne au travers de trois questionnaires orientés pour chacun des parcours médical, social et judiciaire. Ces questionnaires avaient pour objectif d'identifier les victimes connues des différentes structures, d'identifier le motif de consultation au sein de ces structures (pour le parcours médical et social) et d'identifier la notion de violences conjugales antérieures connues et leur prise en charge. Le questionnaire concernant le parcours judiciaire visait à identifier la notion de violences conjugales antérieures connues au travers des dépôts de plainte des victimes. Il visait également à identifier la prise en charge proposée suite à ces dépôts de plainte, l'orientation vers un médecin légiste des victimes ainsi que la sanction de l'auteur.

Les questionnaires ont servi de ligne directrice dans la collecte des données. Ils ont été créés au démarrage de notre travail alors que nous ne savions pas encore précisément sur quels types de documents nous allions prélever nos données. Au fil de la collecte des informations, il s'est avéré que ces questionnaires ont rarement été remplis de façon exhaustive, l'information recherchée n'étant pas toujours disponible. A l'inverse, parfois nous retranscrivions une information jugée intéressante pour notre recherche mais ne faisant pas partie des questions prédéfinies sur notre

questionnaire. Par exemple, la notion de violences conjugales antérieures connues par l'entourage du couple est une information retrouvée dans les procès-verbaux d'audition au sein des dossiers judiciaires ; elle a été jugée intéressante et a été par la suite systématiquement recherchée. Cette donnée ne figurait initialement pas dans nos objectifs de collecte fixés par notre questionnaire.

Les questionnaires ont servi de support directeur pour la collecte d'informations. Ils ont été remplis de façon incomplète par un manque d'informations disponibles, ce qui constitue en soi un biais d'information.

C. ANALYSE DES RESULTATS

Les chiffres avancés ne concernent que cette étude. Nos données ne sont pas statistiquement significatives et ne peuvent être généralisées à la population française du fait de la taille restreinte de notre échantillon. Nous allons toutefois présenter une analyse des résultats de notre étude et du constat qui s'en suit.

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Notre recrutement comporte 28 femmes décédées dans le cadre de violences conjugales entre 2011 et 2015. Le nombre de femmes recrutées dans notre échantillon n'est pas identique au nombre de féminicides conjugaux recensés à l'échelle nationale par l'étude des morts violentes au sein du couple (51, 52, 53, 54, 55). Pour 2012, nous avons recensé une victime en moins et pour 2015, deux victimes supplémentaires par rapport à l'étude nationale. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que le recrutement de notre population s'est fait différemment par rapport au recrutement de l'échantillon à l'échelle nationale. Nous avons basé l'identification de nos victimes au travers d'une analyse des archives de thanatologie de L'Institut Médico-Légal, c'est-à-dire les dossiers autopsiques des victimes. L'étude nationale s'est basée sur des rapports de police judiciaire mais également sur des articles de presse, deux sources se complétant.

Si au moment de l'autopsie le lien entre le décès de la victime et des violences conjugales n'était pas connu, la victime n'était pas incluse dans notre protocole de recherche. Cette hypothèse permettrait d'expliquer une sous-estimation du nombre de féminicides par année dans notre travail, ce qui est le cas pour 2012. Seulement, pour l'année 2015, deux cas supplémentaires sont

recensés dans notre étude comparativement à l'échelle nationale. A l'heure actuelle, nous ne disposons pas de réponse quant à cette différence.

Comme précédemment décrit, en se rapportant à l'étude nationale des morts violentes au sein du couple (52, 54, 55), le département des Alpes-Maritimes se situe en première place à l'échelle nationale pour les années 2012, 2014 et 2015.

Au sein de l'IML du CHU de Nice, sur ces cinq années, les féminicides conjugaux représentent un pourcentage variable sur l'ensemble des personnes autopsiées dans le cadre d'un homicide (hommes et femmes). Les taux de féminicides conjugaux sur l'ensemble des homicides varient entre 9,5 % pour le taux le plus faible et 58,8 % pour le taux le plus élevé. Comparativement, à l'échelle mondiale, l'OMS en 2015 (60) et Stockl et al en 2013 (33) avançaient que 38 % des féminicides étaient le fait de partenaires ou d'ex-partenaires intimes. Dans le cadre de l'étude menée par l'Institut Médico-Légal de Garches, entre 2004 et 2012, ce taux de féminicides conjugaux représentait 54 % de l'ensemble des homicides féminins. Le taux moyen pour ces cinq années sur le département des Alpes-Maritimes est de 64,9 % (71).

○ Age des victimes :

La tranche d'âge la plus représentée parmi les victimes décédées se situe entre 40 et 49 ans. Vingt-cinq pour cent des victimes de notre population (soit sept au total) sont comprises dans cette catégorie. Des données similaires sont retrouvées à l'échelle nationale dans l'étude sur les morts violentes au sein du couple (51, 52, 53, 54, 55). Pour chacune des cinq dernières années, la tranche d'âge des victimes la plus représentée dans l'étude nationale se situe parmi les 41-50 ans, représentant une moyenne de 23,40 % de l'ensemble des féminicides conjugaux sur cinq ans. L'étude réalisée par l'IML de Garches retrouve entre 2008 et 2012 une moyenne d'âge de 55 ans (71).

Il convient de mettre en évidence que les catégories plus âgées sont loin d'être épargnées par le phénomène. En effet, notre thèse met en évidence que 28 % des victimes de notre population avaient plus de 70 ans. Comparativement, une étude statistique américaine a mis en évidence au cours de l'année 1999 que 21 % des victimes de féminicides conjugaux avaient 65 ans ou plus (19).

La proportion des victimes âgées de moins de 50 ans reste malgré tout la plus concernée : 57 % de notre effectif se situe dans la tranche d'âge inférieure à 50 ans. Il semblerait que dans la littérature ce constat soit similaire : il existe une corrélation inverse entre les violences conjugales et l'âge des victimes (19). Des taux supérieurs de violences sont enregistrés chez les femmes les plus jeunes.

L'âge inférieur à cinquante ans chez la femme constituerait un facteur favorisant de subir des violences conjugales.

○ *Situation matrimoniale des victimes :*

Notre travail a révélé que la majorité des décès s'est déroulée au sein de couples mariés (46 %) ou en concubinage (29 %). La prépondérance de ces situations matrimoniales se révèle similaire à l'échelle nationale pour ces cinq années. Les moyennes que nous avons réalisées à partir des données nationales étaient les suivantes : 55,77 % (avec un intervalle compris entre 50,68 % et 62,50 %) des couples étaient mariés et 29,60 % (intervalle allant de 25,73 % à 35,62 %) des couples étaient en concubinage (51, 52, 53, 54, 55).

A l'échelle de notre étude, le mariage et le concubinage constituent un facteur de risque de décès dans le cadre de violences conjugales.

○ *Facteurs déclenchants dans la survenue des décès :*

Pour douze cas de notre travail, nous avons pu mettre en évidence le facteur déclenchant et le contexte en cause dans les homicides conjugaux. Les facteurs déclenchants potentiellement identifiés étaient un contexte de séparation ancien décidé par la femme ou l'annonce récente d'un désir de séparation par la victime, une infidélité supposée de la victime alors que celle-ci et l'auteur étaient probablement encore en couple aux moments des faits et la présence d'une maladie incurable chez deux victimes probablement non supportée par les auteurs.

Une étude met en évidence que chez nos voisins canadiens, la séparation avec le partenaire de vie constitue un facteur de risque accru pour les femmes d'être victimes d'un homicide par leur ex-conjoint (65). Entre 1991 et 1999, le taux de femmes séparées tuées par leur ex-conjoint s'est chiffré à 39 pour un million de couples. Comparativement, le taux moyen de femmes tuées en

concubinage a été de 26 pour un million et de 5 femmes mariées pour un million (65). D'autres études tendent à confirmer le constat que la période suivant une séparation est à haut risque de létalité, l'homme habitué à dominer sa femme semble préférer la tuer plutôt que de la laisser se soustraire à son emprise. Le meurtre devient un acte de possession commis pour se venger de l'abandon et pour empêcher la femme de se donner à quelqu'un d'autre (21, 28, 39, 40, 77).

D'après notre étude et les résultats de la littérature, un contexte de séparation ou l'annonce récente d'une séparation constitue un facteur de risque de décès dans le cadre de violences conjugales.

○ Modes opératoires des décès :

Plusieurs modes opératoires ont été mis en évidence au cours de ce travail. Le principal était l'utilisation d'une arme seule dans 64 % des décès (arme à feu, arme blanche ou arme par destination). En prenant en compte les modes opératoires mixtes, l'utilisation d'une arme est survenue dans 75 % des cas. Comparativement, selon l'étude nationale, les auteurs ont utilisé une arme dans 72 % des féminicides conjugaux entre 2011 et 2015 ; il s'agit d'une moyenne que nous avons calculée sur ces cinq années, l'intervalle étant compris entre 67,12 % et 77,01 % (51, 52, 53, 54, 55).

Dans notre étude, l'arme à feu reste la première méthode en cause dans la survenue des décès (onze au total), suivie de l'arme blanche (quatre décès). Vient ensuite la strangulation comme autre mode opératoire majeur (quatre cas) devant l'utilisation des armes par destination. Cet ordre est superposable à celui décrit dans l'étude nationale des morts violentes au sein du couple entre 2011 et 2015 (51, 52, 53, 54, 55) ainsi que dans une étude nationale canadienne réalisée entre 1991 et 1999 (65).

Ainsi, d'après la littérature, la présence d'une arme à feu au domicile constitue un facteur de risque des homicides conjugaux déjà connu. Beaucoup d'homicides ont lieu au cours d'une crise et l'arme utilisée par le conjoint est celle qu'il a sous la main (21, 24). Une étude américaine (24) révèle que la présence d'une arme au domicile augmente de trois fois le risque d'homicide sur le lieu de vie. Ce risque d'homicide est augmenté de huit fois lorsque le détenteur de l'arme est un partenaire de vie et de vingt fois si ce partenaire de vie était également auteur de violences conjugales antérieures.

Il est bien évident que la disponibilité des armes à feu et la législation sur le port d'arme n'est pas comparable en France par rapport aux Etats-Unis d'Amérique. A ce sujet, une étude a révélé les disparités à l'échelle mondiale dans l'utilisation des armes dans les homicides au sens large (56). Les sources de cette étude conduisent à estimer que 74 % des homicides sont commis par arme à feu sur le continent américain (sur la base de trente pays), contre 21 % pour l'Europe (sur la base de trente-deux pays). A contrario, les armes blanches représentent une plus forte proportion des morts violentes dans les pays européens (36 %) qu'aux Amériques (16 %).

Une solution avancée dans la littérature pour diminuer les homicides par arme à feu serait de confisquer les armes à feu en possession de criminels et autres individus dangereux, notamment de tout individu pris en flagrant délit de violence conjugale (24). Une fois qu'un accusé a été trouvé coupable d'un crime violent, son domicile devrait faire l'objet d'une perquisition dans le but de saisir toutes armes à feu pouvant s'y trouver (37, 68).

○ Victimes collatérales :

Deux victimes collatérales ont été recensées dans notre étude : un enfant d'un couple et un adulte de la famille. De plus, dans sept cas sur vingt-huit, des enfants étaient présents au domicile et/ou témoins des scènes de violences. L'ensemble de ces victimes a été recensé à partir des données disponibles sur les rapports d'autopsie, or cette donnée n'est pas systématiquement recherchée ou connue au moment de l'autopsie, sous-estimant possiblement sa valeur et constituant un biais d'information.

Voici le récapitulatif à l'échelle nationale des victimes collatérales sur ces cinq dernières années (51, 52, 53, 54, 55) :

Année	2011	2012	2013	2014	2015
Victimes collatérales	17 dont 11 enfants mineurs	16 dont 9 enfants mineurs	21 dont 13 enfants mineurs	15 dont 7 enfants mineurs	19 dont 11 enfants mineurs
Nombre total de féminicides conjugaux	122	148	121	118	115

Tableau 14. Nombre de victimes collatérales des violences conjugales, par an, en France

Ce tableau met en évidence qu'en France, entre 2011 et 2015, plus de la moitié des victimes collatérales des homicides conjugaux sont des enfants.

Une étude réalisée en 1999 au Canada met également en avant le nombre d'enfants témoins ou victimes de ces homicides conjugaux (65). De la même façon que pour notre travail, cette étude canadienne souligne le fait que le nombre de ces victimes collatérales est sous-estimé, les rapports d'autopsies étudiés ne fournissant pas tous les renseignements nécessaires lors de leur analyse. Il ressort de cette étude, parmi 169 rapports d'homicides conjugaux analysés, que 29 indiquent la présence d'un enfant témoin de l'homicide, que 5 affaires indiquent l'homicide collatéral d'un enfant et que dans 2 cas l'enfant a été victime d'une tentative d'assassinat (65).

L'explication de ce constat alarmant sur les enfants victimes collatérales des homicides conjugaux pourrait tenir de la dynamique des relations existantes entre les auteurs/victimes. Le meurtre apparaît comme une vengeance perpétrée par un auteur désespéré, emportant parfois la vie de son enfant pour se venger de sa femme (37). Une autre analyse de ces victimes collatérales tiendrait du fait que la majorité de ces faits de violences surviennent au domicile familial, lieu de vie commun.

○ Lieu de survenue des faits et du décès :

Le lieu de survenue des décès des victimes est une information systématiquement recherchée au cours d'une autopsie et donc figurant dans le rapport d'autopsie. Il n'existe pas de biais d'information concernant ce critère car nous disposons pour chacun des vingt-huit cas de cette donnée.

Dans notre étude, 75 % des faits de violences conjugales ayant conduit au décès se sont déroulés au domicile des victimes. Cette constatation se confirme à l'échelle nationale avec en moyenne sur cinq ans 87,21 % des homicides conjugaux commis au domicile (51, 52, 53, 54, 55).

Une étude réalisée en 2008 a révélé que dans les pays européens, plus d'un tiers (35 %) des victimes de sexe féminin a été tué par le partenaire ou ex-partenaire (56). Il ressort de cette étude que **le foyer est le lieu où une femme risque le plus de se faire tuer**, alors que les hommes courent davantage ce même risque dans la rue (56). De ce constat en est déduite la nécessité d'extraire du domicile les femmes victimes de violences conjugales à haut risque de décès, soit par des mesures d'éviction du conjoint soit par l'hébergement en urgence des victimes.

A l'échelle mondiale, une étude révèle que les pays ayant de forts taux d'homicides, tels que la Colombie et El Salvador, affichent un plus fort pourcentage d'homicides perpétrés dans des lieux publics, ce qui est dû aux niveaux de violence plus élevés de la criminalité organisée et des homicides de rues, qui affectent principalement les hommes. Au contraire, dans les pays où les taux d'homicides sont bas, par exemple l'Australie ou la Norvège, davantage d'homicides sont perpétrés dans le foyer, ce qui reflète la part importante d'homicides commis par le conjoint ou les proches dans ces pays et, en conséquence, une proportion plus élevée d'homicides commis sur des femmes (56).

○ *Suicides et antécédents psychiatriques des auteurs :*

Le constat de notre étude est que plus de la moitié des auteurs (57 %) se sont suicidés ou ont tenté de se suicider à la suite des faits. En réalisant une moyenne à partir de l'étude nationale des morts violentes au sein du couple sur ces cinq dernières années, nous réalisons que 54 % des auteurs se sont suicidés ou ont tenté de se suicider, avec un intervalle compris entre 45 % et 63 % (51, 52, 53, 54, 55). L'étude menée par l'IML de Garches entre 2008 et 2012 retrouve que 38 % des auteurs se sont suicidés dans la suite des homicides conjugaux (71).

Le principal biais dans l'analyse de ce critère tient du fait que le devenir des auteurs en incarcération n'est pas toujours connu, notamment si l'incarcération a lieu dans un autre département. Il est envisageable qu'un nombre plus important de mis en cause aient tenté de se suicider ou se soient suicidés à distance des faits, sans que l'on en ait été informé.

Le fait de commettre un homicide, parfois suivi d'un suicide laisse présager la présence d'un terrain psychiatrique particulier chez l'auteur. Une étude française réalisée entre 1991 et 1996 sur cinquante-six cas d'homicides-suicides, a mis en évidence que 75 % des auteurs présentaient une dépression sévère, les faits s'étant déroulés dans la grande majorité des cas dans un contexte de séparation. Un travail de recherche américain a montré que la probabilité que l'auteur se suicide après l'homicide conjugal est d'autant plus forte que les liens qui l'unissent à la victime sont étroits et que c'est dans les cas où l'auteur tue un enfant, puis sa conjointe, qu'elle est la plus forte (31). Les relations auteurs/victimes sont soit de type « *possessif* », soit de type « *conjoint âgé et souffrant* » (21). Le lien entre le passage à l'acte des violences conjugales et l'autolyse de l'auteur a été décrit comme une tentative d'effacer des pensées ou des images insupportables de son propre

esprit, en lien avec une angoisse d'abandon mal tolérée retrouvée dans les ruptures ou les menaces de séparation du couple (69).

Les antécédents psychiatriques constituent un facteur de risque considérable de commettre des violences à l'égard de sa partenaire.

Dans notre étude, en s'appuyant sur les onze dossiers judiciaires examinés, nous avons eu accès à l'évaluation psychiatrique de quelques-uns d'entre eux. Parmi ces auteurs, sept présentaient des antécédents psychiatriques : un trouble de la personnalité, plusieurs syndromes anxio-dépressif parfois associés à un contexte d'alcoolisme chronique ainsi qu'une démence dégénérative.

D'après une étude, dans un couple avec un conjoint présentant des antécédents psychiatriques, le risque de violences conjugales est quasiment multiplié par deux. Les violences conjugales liées à des antécédents psychiatriques du conjoint constituent 17,2 % des violences domestiques (26).

De ce fait, il apparaît nécessaire d'imposer un dépistage des troubles psychiatriques ainsi qu'une prise en charge des auteurs de violences conjugales comme mesures judiciaires systématiques lorsqu'une femme victime de violences dépose plainte à l'encontre de son partenaire de vie. D'après une étude, 30 % des auteurs sanctionnés, mais sans obligation de soins, ne récidiveront pas (67). La seule sanction influencerait sur la récurrence, mais la prise en charge psychiatrique apparaît indispensable (14). Au Québec, à la suite du dépôt de plainte, 70 % des auteurs sont contraints par une orientation systématique et obligatoire vers un groupe de prise en charge psycho-éducative, alors qu'en France la proportion actuelle est inverse. Cette prise en charge est réservée pour les auteurs ne présentant pas de pathologie grave (14).

Il faut rappeler qu'en France, plusieurs lois existent sur la sanction et l'obligation de prise en charge des auteurs de violences conjugales :

- La **loi n° 2005-1549 du 12 Décembre 2005** (83) qui facilite au pénal les mesures d'éloignement du conjoint ou du concubin violent du domicile conjugal. L'éviction peut se faire à tous les stades de la procédure pénale avec la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique ;
- La **loi n° 2006-399 du 04 Avril 2006** (84) insiste sur les mesures d'éloignement du conjoint violent du domicile conjugal. L'auteur des faits peut par ailleurs se voir interdire de paraître aux abords du domicile familial. Une prise en charge sanitaire et sociale lui sera également proposée ou imposée ;
- La **loi n° 2007-297 du 05 Mars 2007** (85) envisage l'extension du suivi socio-judiciaire (SSJ) avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple ;

- La loi n° 2014-873 du 04 Août 2014 (89) prévoit la création d'un stage de responsabilisation destiné aux auteurs de violences conjugales.

Des lois existent mais leur mise en application reste encore problématique.

2. Le parcours médical, social et judiciaire des victimes

Le principal biais dans l'identification des parcours de chacune des victimes a été l'accès aux données :

- le parcours médical de quelques-unes des victimes, notamment celles ayant consulté aux urgences du CHU de Nice, a été partiellement réalisé compte tenu de certains dossiers médicaux conservés aux archives du CHU de Nice non retrouvés ;
- le parcours judiciaire a été partiellement réalisé du fait de l'accessibilité à seulement onze dossiers judiciaires sur vingt-huit ainsi que l'accès au nombre de dépôts de plainte pour le TGI de Grasse uniquement ;
- le principal biais dans l'identification du parcours social tient de l'absence de standardisation possible dans la récolte des données. Chaque structure disposait d'un système personnel d'archivage et de retranscription des informations ne permettant pas de contrôler d'éventuels biais de collecte.

L'analyse des trois parcours de chacune des victimes a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- Concernant le parcours médical :

Dix-neuf femmes de notre population ont consulté au moins une fois dans un service d'urgences des cinq grands centres hospitaliers du département. Parmi les dossiers médicaux de ces dix-neuf femmes, **aucun** ne mentionne de motif de consultation **en rapport avec des violences conjugales**. Parmi ces motifs d'admission, au moins six femmes ont consulté dans le cadre de lésions traumatiques (11#02, 12#03, 12#05, 12#07, 12#08 et 14#01) et deux femmes dans le cadre d'une prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire (15#06 et 11#02).

Les lésions traumatiques à l'origine de leurs admissions aux urgences médicales étaient exclusivement des fractures (vertébrale ou d'un membre), secondaires à des chutes accidentelles. Bien que les détails cliniques de ces lésions aient été exhaustifs sur les dossiers médicaux, les

mécanismes à l'origine de ces lésions étaient quant à eux succincts voire absents. Les circonstances de ces chutes accidentelles ne semblent pas avoir été explorées aux urgences. Il est tout à fait envisageable que l'origine de certaines lésions traumatiques soit des coups portés ou bien une bousculade à l'origine de la chute, masqués par le motif de « chute accidentelle ». A l'heure actuelle, nous ne sommes donc pas en mesure de préciser s'il est possible que ces lésions traumatiques aient été causées par le fait de violences conjugales.

Il en ressort parmi les quelques dossiers médicaux étudiés qu'aucun dépistage sur les violences conjugales n'ait été effectué au moment de la prise en charge des patientes présentant des lésions traumatiques. Il est également possible que la question ait été posée mais non retranscrite dans le dossier médical. Le dépistage des violences conjugales est loin d'être systématique dans le milieu médical et notamment dans des services d'urgences où le lieu et la lourdeur de la charge de travail des médecins ne laisse que peu de temps. Plusieurs études confirment le fait que les médecins posent peu la question de l'existence des violences chez leurs patientes (17, 27, 76). Dans une étude menée aux Etats-Unis, seules 7 % des femmes déclaraient avoir été interrogées sur les violences domestiques par un professionnel des soins médicaux. Quarante-six pour cent des femmes l'avaient été par le médecin généraliste, 24 % par un psychiatre, 11 % aux urgences, 3 % par un gynécologue et 16 % par un autre moyen (17).

Pourtant lorsque le dépistage est rendu systématique par l'intermédiaire d'un protocole de recherche, les résultats sont équivoques : dans une étude menée dans le service des urgences de l'Hôpital Rangueil à Toulouse en 2003, les femmes identifiées comme victimes de violences conjugales représentaient 40 % des patientes admises pour agression (12). A ce titre, une étude canadienne a évalué le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers au travers d'une trousse d'instruments visant à faciliter le dépistage des violences conjugales et l'intervention des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier (29). Cette trousse est constituée d'aide-mémoires renfermant des notions importantes sur les violences conjugales et de formulaires à remplir et à insérer dans les dossiers médicaux des patientes. La première étape de l'implantation de cette trousse dans les centres hospitaliers a été la formation des professionnels pour les sensibiliser à la problématique des violences conjugales. Il ressort de l'évaluation de cet outil une grande satisfaction des intervenants quant aux connaissances acquises sur la problématique par l'intermédiaire des formations et des aide-mémoires de la trousse. L'analyse de cet outil a permis de mettre en évidence que le dépistage doit être adapté en fonction du milieu d'utilisation. Il serait plus approprié de disposer d'un instrument

plus court, privilégiant des questions directes dans les services d'urgences (29, 32). Un exemple de question directe ayant été utilisée aux urgences et jugée facile d'utilisation est le suivant : « Est-ce que vous subissez des comportements violents ou des menaces de comportements violents de quelqu'un qui vous est intimement lié ? » (15).

En France, de nouvelles mesures voient le jour en matière de prévention et de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales au sein des services d'urgences hospitaliers. En application du 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (97) et de la circulaire du 25 Novembre 2015 relative à la mise en place de référents hospitaliers sur les violences faites aux femmes (96), la moitié des 513 référents identifiés des urgences ont été réunis pour une première journée de formation en date du 27 Juin 2016. Le référent sera chargé d'organiser des temps de sensibilisation et d'information pour l'ensemble du personnel du service d'urgences, de mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement et des victimes des supports de communication et de sensibilisation et d'identifier les partenaires utiles, tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur (102). Ces mesures constituent des espoirs d'évolution dans le domaine de la prévention et du dépistage des violences conjugales.

En dehors de la prise en charge des victimes de lésions traumatiques aux urgences médicales, notre travail a mis en évidence l'admission de deux patientes pour intoxication médicamenteuse volontaire au SAU du centre hospitalier d'Antibes (11#02 et 15#06). Nous n'avons malheureusement pas retrouvé le motif à l'origine de ces tentatives d'autolyse. Il est envisageable comme hypothèse que des violences conjugales subies dans le couple soient la raison d'un passage à l'acte chez ces patientes. En effet, une étude a révélé une forte prévalence d'un état de stress post-traumatique chez les victimes de violences conjugales (12 % de la population étudiée dans cette étude constituée de 50 individus). Ce trouble est fréquemment associé à d'autres troubles anxieux et dépressifs, définissant une population à risque plus important de suicide (10).

Concernant les examens médico-légaux réalisés sur réquisition au sein de l'UMJ pour cinq des victimes de notre population (13#03, 12#09, 12#06, 14#03 et 15#05), les lésions traumatiques qui ont été les plus fréquemment rencontrées sont les ecchymoses et les hématomes. Toutefois, une victime a présenté une fracture d'un doigt et une victime a été prise en charge dans le cadre d'un viol par son ex-partenaire.

Les ITT au sens du Code Pénal retrouvées déterminées sur ces cinq certificats sont souvent faibles voire nulles, y compris pour la patiente victime de viol. Le constat est le même à l'échelle nationale. La fréquence des délits dont les violences envers la partenaire entraînent une ITT inférieure à huit jours est 7,5 fois supérieure aux violences avec une ITT supérieure à huit jours (50). En 2013, en France, 1 220 faits de violences d'auteurs masculins à l'encontre de leur partenaire avec une ITT supérieure à huit jours ont été enregistrés, contre 9 216 faits avec une ITT inférieure à huit jours et 5 095 délits de violences n'entraînant pas d'incapacité (50). Toutefois, même si l'ITT est inférieure à huit jours, selon le Code Pénal, la qualité du conjoint ou d'ex-conjoint constitue une circonstance aggravante et sera toujours un délit, relevant du Tribunal Correctionnel (50, 80).

Concernant les violences sexuelles intraconjugales, à notre connaissance, une femme de notre population en a été victime. Elle a été prise en charge par les médecins légistes : il en ressort de son certificat qu'il n'existait pas de lésions traumatiques visibles sur le plan général, gynécologique et anal. L'ITT sur le plan physique était nulle. Il est fréquent que dans les cas d'agressions sexuelles, l'ITT fixée soit nulle ou inférieure à huit jours de par l'absence de lésions traumatiques sur le corps de la victime.

Il est ainsi indispensable de faire la part entre les deux versants à évaluer dans l'ITT : le somatique et le psychologique. Le concept « *d'ITT psychologique* » suscite encore de nombreuses incompréhensions alors même que la dimension judiciaire qui va être adjointe au soin psychologique, et qui conditionne pour grande part la reconnaissance du statut de victime, est une des données essentielles du pronostic global de la victime (23). Une étude française ayant réalisé une relecture de 3 850 dossiers de victimes a fait état des éléments suivants (23) :

- Douze pour cent des dossiers des victimes faisaient état de signes psycho-traumatiques initiaux significatifs. Ces signes avaient été négligés par les consultants et n'avaient donné lieu à aucune prise en charge conjointe ;
- Vingt et un pour cent des victimes ont secondairement, et selon leurs propres déclarations, évolué défavorablement au plan psychologique ;
- Soixante-quatre pour cent des dossiers des victimes présentaient une description des éléments somatiques post-traumatiques uniquement.

Ce sont donc 64 % de victimes pour lesquelles cette dimension psychologique n'avait pas été évoquée voire recherchée. Rapprochant ces chiffres à des données relevées dans la littérature

internationale au seul item de « l'état de stress post-traumatique » (72), nous comprenons qu'un nombre non négligeable de ces victimes ont possiblement évolué vers des pathologies plus graves qui auraient pu être prévenues ou prises en charge de façon plus efficace à l'occasion d'un dépistage systématique et d'une intervention plus précoce (73).

La recherche précoce et systématique des signes de gravité des effets de la violence, des stigmates psychologiques et des manifestations psychosomatiques est un impératif de qualité. Cette recherche devrait se traduire par l'organisation d'une consultation pluridisciplinaire destinée à dépister et à organiser le suivi des victimes les plus gravement traumatisées, dans un souci de prévention des effets sur la morbidité et la mortalité liées à la violence et notamment à éviter leur suicide. Elle a également vocation à proposer aux magistrats requérants ou aux avocats des victimes, un constat plus fiable de la gravité des violences observées au travers de l'ITT qui doit refléter les aspects somatiques mais également les éléments psychiques qui sont déterminants de l'évolution à court, moyen et long terme de la victime (23).

Toutefois l'évaluation de l'état psychologique du patient peut être difficile à déterminer dans le cadre des violences conjugales chroniques par le médecin légiste au cours d'une consultation. Il peut être alors nécessaire de demander un avis spécialisé sur le retentissement psychologique.

○ Concernant le parcours social :

Sept femmes de notre population étaient connues des instances sociales de notre département, représentant 25 % de notre échantillon. Parmi les dix structures sociales rencontrées dans ce travail, une seule ne nous a pas répondu, il est donc possible que cette moyenne soit un peu sous-estimée.

Sur ces sept femmes connues (11#02, 12#09, 13#01, 13#03, 14#02, 15#04 et 15#05), deux d'entre elles ont été prises en charge par une association (Harjes pour la première (15#04), le CIDFF, l'Abri Côtier et ALC pour la deuxième (15#05)) dans le cadre d'une plainte déposée à l'encontre de leur ex-partenaire de vie pour violences conjugales.

Les quatre autres femmes (12#09, 13#01, 13#03 et 14#02) étaient quant à elles connues des Maisons de Solidarité Départementale dans le cadre de demande d'Aides Financières allouées par le Conseil Départemental, ce qui représente 14 % des femmes de notre population qui étaient dans une situation de précarité financière. Il est envisageable que d'autres victimes de notre échantillon

aient également été dans une situation financière difficile sans avoir réalisé pour autant de démarches auprès du Conseil Départemental. Parmi les dossiers sociaux de ces cinq femmes, il figurait pour l'une d'entre elles la notion de violences conjugales antérieures. Cette notion n'est pas systématiquement recherchée au travers des interrogatoires des travailleurs sociaux des MSD.

Au total, seulement **deux femmes** de notre population (15#04 et 15#05) étaient connues des structures sociales pour une prise en charge secondaire à des violences conjugales. Une autre femme était connue pour la notion de violences conjugales antérieures subies mais le motif de sa démarche auprès d'une MSD ne semblait pas être en rapport avec ces violences.

A partir de nos données, il apparaît présomptueux d'avancer que la précarité financière et sociale joue un rôle dans la survenue de violences conjugales et en constituerait un facteur de risque. Les avis divergent dans la littérature concernant ce critère. Une étude menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) avance que la précarité économique des femmes les expose plus fréquemment à des relations de couples violentes (47). A contrario, l'enquête ENVEFF conclut à la présence des violences conjugales dans l'ensemble des milieux sociaux, mais **l'instabilité professionnelle représenterait un facteur favorisant les violences conjugales** (48). Henrion (46) reprenant les données de l'enquête ENVEFF indique que les chômeuses et les étudiantes sont les plus à risque de violences conjugales. **Ainsi, en réalité, c'est essentiellement l'absence d'autonomie financière des victimes qui serait un facteur favorisant une situation de violence.** Henrion note que si la violence conjugale ne suit pas la hiérarchie sociale, une grande instabilité professionnelle et le retrait du monde du travail semblent favoriser l'émergence de situations de cumul de violences, la situation précaire de ces femmes diminuant leur marge de manœuvre pour sortir de ces violences (46).

Enfin, le parcours social de la victime 15#05 est singulier et soulève des interrogations. Elle avait bénéficié d'une prise en charge exhaustive : un soutien juridique, un placement en hébergement d'urgence, une mesure judiciaire de protection et d'éloignement de son ex-partenaire violent puis un placement au sein du dispositif PHAST. Malgré l'ensemble de ces efforts réalisés, une question reste en suspens : où est la faille à l'origine de cette fin tragique ? Plusieurs hypothèses sont avancées :

- il est envisageable que la victime et l'auteur entretenaient malgré tout un contact ;
- il est possible qu'aucune mesure judiciaire n'ait été effective sur le mis en cause (mesure d'éloignement par exemple) ;

- il est possible que l'auteur ait retrouvé la victime, sur filature ou par hasard.

Autant d'hypothèses possibles mais malheureusement nous ne disposons pas à l'heure actuelle de l'accès au dossier judiciaire et des auditions du mis en cause ce qui aurait permis d'apporter des éléments de réponse.

- Concernant le parcours judiciaire :

Comme évoqué précédemment, le parcours judiciaire de certaines des victimes (onze au total sur vingt-huit) a été exploré au travers des dossiers judiciaires détenus par les TGI de Nice et Grasse (11#02, 12#02, 12#03, 12#04, 12#05, 12#07, 12#10, 13#01, 13#02, 14#02 et 15#03).

Nous avons également pu récolter des données supplémentaires par l'intermédiaire du Procureur de la République du TGI de Grasse sur les dépôts de plainte des victimes dont les dossiers judiciaires sont détenus au TGI de Grasse (la moitié de notre population).

Enfin, les certificats médico-légaux établis sur réquisition judiciaire à l'UMJ sont également une preuve de dépôt de plainte des victimes à l'encontre de leur partenaire.

Sur les onze dossiers consultables, **aucune** des victimes n'avait déposé plainte à l'encontre de son partenaire de vie.

Il s'avère également que pour l'ensemble des affaires judiciaires traitées sur le TGI de Grasse, **trois** victimes parmi notre population (13#04, 13#05 et 15#04) étaient connues des forces de l'ordre pour avoir déposé plainte à l'encontre de leur partenaire de vie. Leur dossier judiciaire n'était pas consultable. Nous avons obtenu cette information directement par l'intermédiaire du Procureur de la République de Grasse.

Concernant le TGI de Nice, nous savons à l'heure actuelle qu'au moins **quatre** des victimes dont les affaires judiciaires sont du ressort du TGI de Nice avaient déposé plainte et avaient bénéficié d'un examen médico-légal sur réquisition (12#09, 13#03, 14#03 et 15#05).

Au total, au moins **sept** femmes soit un quart de notre population étaient connues des services de police et de gendarmerie pour un dépôt de plainte dans le cadre de violences conjugales antérieures.

Ce constat est alarmant. Une étude canadienne a mis en évidence qu'il existe des difficultés d'échange entre les différentes structures judiciaires en jeu dans le traitement des dossiers de violences conjugales et ces difficultés entraînent une augmentation du risque d'agressions auxquelles sont exposées les victimes. L'absence de communication entre les tribunaux et les autres instances juridiques et les incohérences qui en résultent ont par le passé contribué à des homicides conjugaux et à des filicides (18). Selon l'étude française sur les morts violentes au sein du couple, en 2013, dans plus de la moitié des homicides, des faits de violences antérieures étaient connus des services de police ou des unités de gendarmerie (50, 53).

Le dépôt de plainte à l'encontre d'un conjoint ou ex-conjoint violent constitue un facteur de risque de décès et devrait attirer fortement l'attention.

Enfin, pour deux de ces victimes (11#02 et 12#02), des violences conjugales antérieures étaient connues de l'entourage du couple et mentionnées dans les procès-verbaux d'audition de l'enquête judiciaire au moment du décès. Nous pouvons envisager comme hypothèse que le seuil de tolérance de la victime face aux violences subies par son partenaire déstabilise son entourage au point de rompre les liens avec ses proches. L'entourage est découragé par l'absence de réaction de la victime, ne conduisant à aucun dépôt de plainte malgré la connaissance des faits de tous.

3. Récapitulatif des parcours

Le parcours médical, social et judiciaire n'a pu être réalisé dans son intégralité pour chacune des victimes du fait d'un manque d'accessibilité à certaines données.

Au total, nous disposons d'un parcours complet médical, social et judiciaire pour **neuf** victimes (11#02, 12#02, 12#03, 12#04, 12#05, 12#07, 12#10, 13#02 et 15#03).

Pour **deux** victimes (13#01 et 14#02), les dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés aux archives du CHU de Nice, rendant leur parcours partiellement complet. Nous savons qu'elles ont consulté au SAU du CHU de Nice car un enregistrement informatique de leur passage a été réalisé, mais les dossiers médicaux n'étaient pas consultables.

Pour **cinq** victimes, le dossier judiciaire n'était pas consultable (12#09, 13#03, 14#03, 15#04 et 15#05). Toutefois, nous disposons des données concernant des démarches de dépôt de plainte

antérieur au travers des consultations de certaines des victimes à l'UMJ mais aussi grâce à des informations supplémentaires transmises directement par le Procureur de la République du TGI de Grasse, complétant ainsi l'absence d'accessibilité aux dossiers judiciaires.

Pour les douze autres victimes, les dossiers judiciaires et parfois médicaux n'étaient pas consultables, rendant l'étude de leur parcours incomplet.

Une étude nationale a synthétisé, pour la métropole parisienne sur une période de cinq ans (entre 2008 et 2012), des données relatives aux démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales graves vivant avec leur conjoint. Le constat est le suivant : 53,5 % des victimes n'ont entrepris aucune démarche ; 37,6 % se sont adressées à un système de soins (médecin, psychiatre/psychologue ou hospitalisation) ; 16,2 % se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie ; 16,2 % ont contacté les services sociaux ; 11,5 % ont contacté un numéro vert d'aide aux victimes ou rencontré une association (50). Une comparaison statistique n'est pas significative entre le parcours de ces victimes vivant dans le bassin parisien et le parcours des victimes de notre population, mais le constat n'en reste pas moins surprenant. Plus de la moitié des femmes en situation de violences conjugales n'entreprennent aucune démarche. Ce constat montre les difficultés que rencontrent ces femmes dans une demande d'aide.

4. Identification des facteurs de risque des décès conjugaux

Ce travail nous a permis d'identifier plusieurs facteurs de risque de décès dans le cadre de violences conjugales :

- **l'âge inférieur à cinquante ans ;**
- **le mariage ou le concubinage ;**
- **le contexte de séparation ;**
- **la présence d'une arme à feu au domicile ;**
- **des dépôts de plainte antérieurs pour violences conjugales.**

Le foyer constitue le lieu de survenue le plus à risque des décès.

L'étude mondiale sur les homicides publiée en 2011 indique une certaine stabilité dans le temps des niveaux d'homicides liés à la violence conjugale (56). Ce phénomène a été associé aux

niveaux de tension sous-jacents dans la société et au fait que plusieurs facteurs de risque durables de violence conjugale ne sont susceptibles d'évoluer que lentement :

- une histoire de violence domestique antérieure ;
- le chômage du partenaire masculin ;
- la possession d'armes à feu ;
- la consommation de drogues et d'alcool ;
- la menace de séparation ;
- la jalousie sexuelle ou la soumission de la femme dans le couple.

Nous remarquons que les facteurs de risque identifiés dans le travail sont similaires aux facteurs de risque extraits d'une étude menée par l'ONU (56) sur les homicides dans le monde, développés ci-dessus.

Une autre étude a défini huit facteurs de risque d'homicides conjugaux (6) :

1. le conjoint a déjà menacé sa femme avec une arme ou encore il a proféré des menaces de mort ;
2. il y a une arme à feu à la maison ;
3. il a essayé de l'étrangler ;
4. il est constamment jaloux et il contrôle tous les faits et gestes de sa femme ;
5. la violence augmente en gravité et en fréquence ;
6. il a forcé sa conjointe à avoir une relation sexuelle ;
7. il abuse d'alcool et de drogues ;
8. il a battu sa femme ou sa conjointe quand elle était enceinte.

Une étude réalisée à l'unité médico-judiciaire de Pontoise explore les situations de violences conjugales à haut risque de létalité et met en avant les signes avant-coureurs d'homicide conjugal et les situations à risque (28) :

- la répétitivité de la violence conjugale : le geste fatal est souvent le point culminant d'une série d'épisodes violents (7, 21) ;
- la séparation : la période qui suit immédiatement une rupture de relation constitue un des moments où le risque de létalité est le plus important (21, 39, 40) ;
- les menaces verbales de mort ou de suicide de la part des auteurs : il existe un risque imprévisible de passage à l'acte (22) ;
- la présence d'une arme à feu et les menaces avec une arme (21) ;

- les violences physiques graves : strangulation, violences sexuelles sont des indices avant-coureurs d'homicide conjugal (5, 43) ;
- le profil de l'auteur de violences : la jalousie morbide, la consommation d'alcool et de drogues et les antécédents psychiatriques des auteurs constituent des facteurs de risque (43) ;
- la cohabitation : la difficulté à extraire la victime du lieu de vie conjugale constitue une situation à risque (43) ;
- certains indices recueillis sur la victime : l'existence d'une dépression, son fatalisme face à l'issue de la situation ou son ambivalence (refus de quitter le conjoint violent) (43).

Dans notre étude nous avons retrouvés des facteurs de risque déclenchant similaires.

Nous retrouvons dans chacune de ces études des facteurs de risque communs de violences conjugales à haut risque de létalité. Ces situations apparaissent donc bien identifiées, reste à les dépister et à les prévenir.

D. SYNTHÈSE DES PARCOURS DES VICTIMES ET DE L'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

1. Principaux éléments à retenir sur l'ensemble des différents parcours des victimes

Concernant le parcours médical :

- aucun des motifs de consultations des victimes admises aux urgences des grands centres hospitaliers des Alpes-Maritimes ne mentionnait un contexte de violences conjugales ;
- la majorité des ITT au sens du Code Pénal évaluées pour les victimes ayant bénéficié d'une consultation au sein de l'UMJ était inférieure à huit jours.

Concernant le parcours social : seules deux victimes de notre population de vingt-huit femmes étaient connues d'associations pour une prise en charge dans le cadre de violences conjugales.

Concernant le parcours judiciaire : plusieurs dépôts de plainte (au moins sept victimes) ont été enregistrés dans le cadre de violences exercées pas le conjoint.

Nous soulignons qu'une des victimes de notre population a bénéficié d'une prise en charge complète avec des démarches réalisées sur l'ensemble des trois versants judiciaire, social et médical. Malgré cette prise en charge pluridisciplinaire, l'issue en est restée tragique.

2. Les différentes caractéristiques des féminicides conjugaux des Alpes-Maritimes de notre étude, comparées aux caractéristiques des féminicides conjugaux dans la littérature

Caractéristiques étudiées	Dans notre étude	Dans la littérature
Mode opératoire de décès le plus fréquent	Arme à feu	Arme à feu (51, 52, 53, 54, 55)
Lieu de survenue des décès le plus fréquent	Domicile	Domicile (51, 52, 53, 54, 55)
Suicides ou tentatives de suicides des auteurs	57 %	Environ 50 % (51, 52, 53, 54, 55)

Tableau 15. Synthèse des caractéristiques de notre échantillon de victimes comparées aux caractéristiques des féminicides retrouvées dans la littérature.

3. Les différents facteurs de risques des féminicides conjugaux des Alpes-Maritimes de notre étude, comparés aux facteurs de risque des féminicides conjugaux dans la littérature

Facteurs de risque identifiés	Dans notre étude	Dans la littérature
Moyenne d'âge	53 ans	55 ans (71)
Situation matrimoniale	Mariée ou en concubinage	Mariée ou en concubinage (51, 52, 53, 54, 55)
Contexte de séparation	Oui	Oui (21, 28, 39, 40, 65, 77)
Présence d'arme à feu au domicile	Oui	Oui (21, 24, 36)
Dépôt de plainte pour violences conjugales antérieures	Oui : au moins 7 victimes	Oui (36)
Antécédents psychiatriques de l'auteur	Oui : présent chez au moins un quart des auteurs de l'étude	Oui (51, 52, 53, 54, 55)

Tableau 16. Synthèse des facteurs de risques de féminicides conjugaux identifiés dans notre étude comparés à ceux de la littérature.

E. PERSPECTIVES

L'état des lieux des féminicides dans le cadre de violences conjugales et l'analyse du parcours médical, social et judiciaire des victimes met en lumière le phénomène alarmant que représentent les violences conjugales sur le département des Alpes-Maritimes.

En analysant les parcours séparément, plusieurs perspectives d'évolution sont envisageables.

- *Sur le plan médical :*

Un des critères soulevés par ce travail est l'absence totale de dépistage de violences conjugales réalisé dans les Services d'Accueil des Urgences des grands centres hospitaliers du département. Aucun dossier médical analysé, notamment dans le cadre des patientes admises pour des lésions traumatiques, ne mentionnait la question de violences éventuelles subies au sein du couple.

La question du dépistage systématique semble difficilement réalisable, les services d'urgences n'étant pas des lieux adaptés pour créer une atmosphère sereine autour des victimes afin d'aborder cette problématique associé à un manque de temps des équipes soignantes.

Toutefois, la circulaire du 25 Novembre 2015 plaide l'instauration d'un référent « violences faites aux femmes » identifié dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence, désigné parmi les médecins du service d'urgence, du SAMU ou du SMUR (90). Ces référents ont vocation de sensibiliser les équipes médicales sur la problématique des violences conjugales afin d'en assurer une prise en charge optimale.

La solution pourrait se tenir dans l'application de cette circulaire avec **la création d'un réseau de lutte contre les violences faites aux femmes au sein du service des urgences du CHU de Nice.**

Il s'agirait d'identifier une personne référente dans les équipes de médecine d'urgence, chargée de sensibiliser son équipe et de coordonner les différents professionnels médicaux et non médicaux dans la prise en charge des femmes victimes de violences.

La première étape à mettre en place dans ce réseau serait de définir la population cible sur laquelle le dépistage systématique des situations de violences conjugales serait effectué, par exemple :

- **toutes les patientes consultant aux urgences pour une prise en charge de coups et blessures ;**
- **toutes les patientes admises aux urgences dans le cadre d'intoxication médicamenteuse volontaire.**

Par la suite pour effectuer le dépistage des violences conjugales sur cette population cible, nous nous permettons de proposer les mesures suivantes : la fiche d'accueil des urgences pourrait être modifiée avec la création d'une case à cocher « violences conjugales » dont la réponse pourrait être apportée en posant une question directe à la patiente : « Est-ce que vous subissez des comportements violents ou des menaces de comportements violents de quelqu'un qui vous est intimement lié ? » (15). Une réponse par l'affirmative orienterait la victime dans le réseau de lutte contre les violences faites aux femmes, dont le point de départ serait le service des urgences du CHU de Nice.

L'étape suivante ferait intervenir une équipe pluridisciplinaire qui se coordonnerait autour de la patiente pour lui apporter une prise en charge adaptée.

Plus la prise en charge de ces victimes sera précoce plus les chances de se sortir du mécanisme de violences augmenteront.

L'UMJ constitue un autre versant du parcours médical de ces victimes. Les patientes victimes de violences consultant à l'UMJ ont déjà réalisé la démarche de déposer plainte. Cependant, il serait envisageable de **créer un partenariat entre le Service des Urgences et le Service de Médecine Légale du CHU de Nice dans ce réseau de lutte contre les violences.** Les patientes consultant pour des faits de violences aux urgences et n'ayant pas encore porté plainte pourraient bénéficier d'un certificat médico-légal de constatations de coups et blessures, pièce majeure dans les démarches judiciaires. Ces certificats pourraient être effectués par des médecins légistes après l'orientation de la victime sur l'UMJ du CHU de Nice. Au décours, la victime pourrait bénéficier d'une prise en charge par la psychologue du service de Médecine Légale, et pourrait être orientée en cas de nécessité vers le service de psychiatrie.

○ *Sur le plan social :*

Ce qu'il ressort de l'analyse du parcours des quelques victimes prises en charge par une des structures sociales est qu'il existe autant de prises en charge sociale que d'institutions. Il n'existe pas d'harmonisation dans leur fonctionnement, de conduite à tenir ou de recommandations à l'échelle nationale définissant la prise en charge des femmes victimes de violences. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans le domaine du social, chaque situation est unique et se traite au cas par cas. Cependant, nous avons observé au cours de notre recueil de données des principes différents dans l'approche du soutien aux victimes de violences conjugales. Certaines structures sont plus portées sur l'assistance de la victime, qui semble d'ailleurs être considérée comme une victime avant tout. A l'inverse, d'autres structures se placent dans un accompagnement, sortant la femme de son statut de victime et la poussant à l'autonomisation. La femme est maîtresse de sa prise en charge, mais à condition qu'elle le décide. Quelle que soit l'approche, une étude a mis en évidence que l'accompagnement social des victimes est primordial dans sa lutte pour s'en sortir. Cette étude avance que l'aide sociale apportée, particulièrement en structure d'hébergement, place la violence conjugale comme un problème social à l'origine d'un mouvement de solidarité entre les femmes, facteur important dans le processus « *d'empowerment* » de la victime (la capacitation ou l'autonomisation) (9).

L'analyse de nos données sociales met en évidence que très peu de femmes de notre population avaient réalisé des démarches dans le cadre de violences conjugales. Les hypothèses à l'origine de ce constat pourraient être :

- le défaut de connaissance de ces associations par la population ;
- le défaut de connaissance de ces structures par les autres professionnels impliqués dans la lutte contre les violences faites aux femmes (services judiciaires et médicaux) ;
- la crainte des victimes de se rendre dans ces structures de peur des représailles des auteurs.

Les perspectives d'évolution dans le domaine social tiennent principalement du ressort de chacune des structures, voire du Conseil Départemental. A l'échelle de notre travail, les solutions envisageables seraient les suivantes :

- disposer de brochures d'informations sur chacune des structures sociales dans les salles d'attente des urgences des grands centres hospitaliers du département, dans les salles d'attente des médecins généralistes, des médecins dont les spécialités sont les plus

concernées par la problématique (psychiatres et gynécologues par exemple) ainsi qu'à l'UMJ ;

- sensibiliser les équipes médicales d'urgences à la problématique des violences conjugales et à la nécessité d'une prise en charge sociale, notamment lors de la journée de sensibilisation dans la lutte contre les violences faites aux femmes, le 25 Novembre, par des actions menées au sein du CHU de Nice ;
- réaffirmer un partenariat entre l'UMJ et les différentes structures sociales du département et disposer d'un numéro unique qui sera transmis par l'UMJ aux victimes permettant leur orientation sur la structure départementale la plus adaptée.

Une autre perspective d'évolution à souligner dans le domaine social relève de la prise en charge des auteurs de violences conjugales. Nous avons dénombré trois associations sur le département proposant une prise en charge psycho-sociale des auteurs, sur injonction du parquet. La perspective d'évolution dans ce domaine tient dans la généralisation de ce processus ainsi qu'une harmonisation à l'échelle nationale de leur prise en charge. L'accompagnement de l'auteur de violence, dès le premier dépôt de plainte de la victime, pourrait être la clé en terme de prévention des homicides conjugaux.

Enfin, l'augmentation du nombre de Téléphones Grand Danger (TGD) à disposition des victimes constituerait également un plan d'amélioration pour le futur. Il est envisageable que si les victimes de notre échantillon, notamment celles ayant porté plainte, avaient pu bénéficier d'un tel dispositif, les forces de l'ordre auraient pu être contactées dans l'urgence d'une situation qui s'envenime et en prévenir l'issue tragique.

○ *Concernant le parcours judiciaire :*

Malgré les dépôts de plainte des victimes, le décès de ces femmes n'a pu être évité. Il est également intéressant de se rendre compte du faible nombre de dépôts de plainte enregistrés dans notre population.

L'évaluation du risque de létalité constitue l'une des dimensions clés de l'intervention des acteurs pénaux. Cette évaluation doit reposer sur plusieurs éléments, d'après une étude (43) :

- les éléments contextuels : état des lieux où les forces de l'ordre interviennent, présence d'armes, accès à la victime ;

- la présence de facteurs de risque connus : sévérité des antécédents de violence conjugale, séparation des conjoints ;
- la relation entre l'agresseur et le contexte : historique et dynamique du couple ;
- les éléments de personnalité de l'auteur.

Il ressort de cette étude (43) que plus les intervenants judiciaires perçoivent d'indices différents, plus ils ont tendance à définir la situation comme dangereuse et la présence d'une arme à feu élève sur le champ leur appréciation de la dangerosité de la situation. Les intervenants pénaux sont également influencés par la perception que la victime a de la situation. Or, l'étude du point de vue des victimes révèle que leurs perceptions sous-estiment souvent la dangerosité des situations et leurs préoccupations sont différentes de celles des intervenants pénaux (43). Ce qui constitue une première hypothèse au faible nombre de plaintes enregistrées chez les femmes victimes de violences, ne constituant pas une priorité pour elles.

D'autres hypothèses sont envisageables quant à la faible prévalence des dépôts de plainte :

- un accueil non adapté au sein des commissariats et des gendarmeries des victimes de violences (temps d'attente trop long, manque de confidentialité, etc.) ;
- parfois une attitude des forces de l'ordre qui peut être jugée comme insuffisamment empathique par les femmes victimes de violences conjugales lors de leur accueil ;
- un défaut de caractérisation de l'infraction : l'absence de prise de plainte pour des violences jugées mineures par les forces de l'ordre ou la réalisation d'une simple main courante malgré l'obligation de la prise de plainte ;
- la peur des représailles des victimes par les auteurs de violences en cas de dépôt de plainte ;
- la honte ressentie par les victimes de vivre ces situations de violences conjugales ;
- le caractère manipulateur de certains auteurs, vis-à-vis de leur partenaire de vie mais parfois également vis-à-vis des forces de l'ordre, faisant meilleure figure que la victime ;
- le manque de mise en place de sanction effective de l'auteur comme l'amende, la prison, les mesures d'éloignement, le bracelet électronique et la prise en charge psychiatrique des auteurs sur injonction pénale.

Ces hypothèses permettent d'apporter une réflexion sur les perspectives d'évolution dans le domaine judiciaire :

- l'enregistrement de la plainte devrait être appliqué obligatoirement devant toutes situations de violences conjugales avec la délivrance systématique d'une réquisition aux fins de se faire examiner par un médecin légiste ;
- un espace dédié, assurant confidentialité et sérénité dans l'échange, avec des agents des forces de l'ordre sensibilisés à la problématique des violences conjugales au sein de chaque commissariat et gendarmerie ;
- chaque auteur devrait avoir l'obligation légale de se soumettre à une évaluation psychiatrique ainsi qu'à une prise en charge adaptée.

Au Canada, il existe des outils permettant l'évaluation des risques de violence conjugale utilisés notamment à l'égard des auteurs des violences, comme par exemple, les mesures d'intervention auprès des hommes en vue de prévenir les homicides familiaux, un outil permettant une appréciation du risque d'homicide conjugal ainsi qu'une gestion de ce risque avec des stratégies adaptées (39, 40) ;

Ces perspectives d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ont été définies à l'échelle de chacun des parcours, séparément.

La solution la plus adaptée semble provenir d'une articulation entre les trois parcours, **un réseau pluri professionnels**, regroupant des acteurs judiciaires, sociaux et médicaux. Ce type de réseau existe déjà pour la communauté d'agglomération des Pays de Lérins, réseau situé à l'ouest du département des Alpes-Maritimes. L'acteur manquant de ce réseau reste les urgences médicales.

A ce titre, il est en projet au sein du service de Médecine Légale du CHU de Nice de développer sur la partie Est du département un réseau pluridisciplinaire de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ce projet aurait pour but d'identifier les partenaires concernés par la problématique afin de tisser un réseau autour de la femme victime de violences. Le but étant de ne plus travailler seul chacun de son côté afin d'éviter de perdre dans la nature ces femmes trop souvent indécises et mal orientées.

Enfin, l'application du **score de dépistage des signes de gravité chez les femmes victimes de violences conjugales** s'impose comme une perspective d'avenir intéressante pour éviter les décès. Il s'agirait d'appliquer un outil permettant une articulation entre les acteurs médicaux et judiciaires, qui semble avoir déjà fait ses preuves outre-mer ainsi que chez nos voisins canadiens (39, 40). Ce score permettrait de compléter l'outil médico-judiciaire parfois limité qu'est l'ITT Pénale, qui ne reflète pas la gravité de la situation et ne concerne qu'un fait ponctuel alors que les violences conjugales s'installent dans la majorité des cas sur la chronicité. Ce score permettrait d'accélérer les procédures de signalement et donc de protection des femmes victimes de violences.

De plus, il apparaît nécessaire de réaliser une évaluation psychologique voire psychiatrique systématique des femmes victimes de violences conjugales admises à l'UMJ dans le cadre de réquisitions afin de déterminer le retentissement psychologique de ces violences, souvent chroniques.

VI. CONCLUSIONS

Le département des Alpes-Maritimes est un département français particulièrement touché par la problématique des féminicides conjugaux. L'état des lieux est alarmant, d'autant plus que malgré des actions menées l'issue en est restée tragique pour ces vingt-huit femmes.

Il en ressort de notre analyse les éléments suivants :

- aucun dépistage ne semble être effectué au sein des services d'urgences des grands centres hospitaliers lorsque des patientes sont admises, notamment pour la prise en charge de lésions traumatiques ;
- un nombre très restreint de femmes de notre échantillon a bénéficié d'une prise en charge au sein d'une structure sociale dans le cadre de violences conjugales ;
- des dépôts de plainte à l'encontre des partenaires de vie pour violences conjugales avaient été enregistrés pour un quart de notre population.

Au travers de l'analyse du parcours de ces victimes, ce travail a permis d'identifier plusieurs facteurs de risque des féminicides conjugaux qui sont les suivants :

- l'âge des victimes inférieur à cinquante ans ;
- le mariage ou le concubinage ;
- la présence d'une arme à feu au domicile ;
- des dépôts de plainte antérieurs de la part des victimes pour violences conjugales ;
- le contexte de séparation ;
- les troubles psychiatriques de l'auteur.

Le foyer des conjoints n'est pas un facteur de risque en soi mais constitue le lieu de survenue des décès le plus fréquent.

A l'heure actuelle, l'analyse des différents parcours de ces victimes laisse transparaître un défaut de coordination entre les acteurs médicaux, sociaux et judiciaires. Des actions sont certes menées mais séparément, à l'origine d'un risque accru de perdre de vue la victime.

Des perspectives d'évolution dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales existent. La prévention des décès de ces femmes doit passer par la création, à l'échelle du département, de plusieurs réseaux pluridisciplinaires, couvrant l'ensemble du département, alliant des acteurs médicaux, sociaux et judiciaires. Seul un réseau bien tissé entre les services d'urgences des grands centres hospitaliers effectuant des dépistages ciblés systématiques, le service de Médecine Légale du CHU de Nice, les médecins légistes du réseau de proximité, les différentes structures sociales impliquées dans la lutte contre les violences conjugales, les services de police et de gendarmerie ainsi que les parquets de Nice et Grasse, permettra d'assurer une protection efficace et pérenne autour de la victime. Les différents acteurs se doivent d'échanger ensemble et de travailler d'un commun accord dans la lutte contre les violences et la prévention des féminicides conjugaux.

Au sein de ce grand réseau, plusieurs éléments sont à mettre en place, par exemple :

- l'utilisation d'un score de dépistage des signes de gravité des violences conjugales subies par les victimes afin d'évaluer les risques de décès, établis par les médecins légistes et permettant de réaliser un signalement aux Procureurs. Ce score permettrait d'entretenir un lien étroit entre le service de Médecine Légale et les TGI dans la lutte contre les féminicides conjugaux ;
- la création d'un référent hospitalier « femme victime de violences », dont la mission serait de sensibiliser les équipes médicales d'urgences sur la problématique des violences faites aux femmes et leur dépistage au sein des urgences. Il serait envisageable dans ce cadre-là de créer un partenariat avec le service de Médecine Légale pour assurer le suivi médico-judiciaire des victimes identifiées ;
- la diffusion de brochures d'informations concernant les différentes structures sociales impliquées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, au sein des salles d'attente des urgences des grands centres hospitaliers et chez les spécialistes concernés par la problématique. Le partenariat doit être renforcé entre ces structures sociales et le service de Médecine Légale, point de chute des victimes ayant déjà réalisé des démarches judiciaires et pour lesquelles un accompagnement social est primordial.

Ces perspectives d'avenir sont des propositions qui permettraient d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales voire d'en prévenir les issues les plus tragiques.

Ce travail a été limité par le manque d'accessibilité à certaines informations, notamment celles contenues au sein des dossiers judiciaires non consultables. Ce travail sera à compléter ultérieurement, une fois les dossiers judiciaires instruits et accessibles, ce qui permettra de réaliser une analyse plus approfondie du parcours de ces femmes victimes de violences conjugales ainsi qu'un meilleur reflet des facteurs de risque de ces violences.

La prise en charge psycho-sociale des auteurs de violences conjugales est également une perspective d'évolution dans la lutte contre les récidives des violences conjugales ainsi que dans la prévention des situations à haut risque de létalité. Cette prise en charge devrait être systématique, dès le premier dépôt de plainte de la victime.



Il ne faut pas oublier que dans le domaine de l'être humain, la complexité de chacun rend d'autant plus difficile une prise en charge adaptée pour chaque victime de violences conjugales. Dans la situation hypothétique d'une prise en charge pluridisciplinaire optimale, le risque zéro n'existe malheureusement pas, la femme victime de violences conjugales est un être complexe, où se succèdent doutes et décisions, qu'il faut savoir respecter et accompagner, au mieux, individuellement.

VII. ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Estimation par pays de la mortalité liée aux violences conjugales dans l'Europe des 27.....	139
Annexe 2 : Fiche de signalement de violences intrafamiliales, à disposition des officiers de police judiciaire	140
Annexe 3 : Modèle de certificat de constatation de coups et blessures établi au sein de l'Institut Médico-Légal du CHU de Nice.....	141
Annexe 4 : « Charte fonctionnelle » du réseau de professionnels autour de la violence conjugale de la Communauté d'Agglomération des Pays de Lérins	142
Annexe 5 : Convention signée à l'origine de notre travail de thèse.....	148
Annexe 6 : Questionnaires de collecte de données concernant le parcours social, judiciaire et médical des victimes.....	160
Annexe 7 : Lettre de M. Éric Ciotti.....	163

Annexe 1 : Estimation par pays de la mortalité liée aux violences conjugales dans l'Europe des 27

		Project IPV EU-Mortality <i>Mortality estimation related to intimate partner violence in EU27 (Mixed model : National data and theoretical)</i>					
<p style="text-align: center;">Year 2006</p>							
T1 Women homicides rate IPV related :		40	T2 Men homicides rate IPV related :		3		
T3 Familial homicide rate IPV related :		10	T4 Perpetrator suicide rate IPV related :		30		
T5 Suicide rate IPV related :		10					
<i>Country</i>	<i>T1 Homicides women</i>	<i>T2 Homicides men</i>	<i>T3 Homicides collateral</i>	<i>T4 Perpetrator suicides</i>	<i>T5 Suicides women</i>	<i>Total</i>	<i>Per million</i>
Austria	12 ^a	2	2	6	14	36	4,36
Belgium	35 ^b	8	9	26	35	113	10,75
Bulgaria	37	7	4	11	10	69	8,94
Cyprus	2	1	0	1	0	4	5,22
Czech Republic	94 ^c	12 ^d	7	21	16	150	14,63
Denmark	12	2	1	4	9	28	5,16
Estonia	22 ^e	7 ^e	2	6	2	39	29,00
Finland	23 ^g	5 ^a	2	7	18	55	10,47
France	137 ^h	31 ^h	14 ^h	46 ^h	178	406	6,44
Germany	247	21	25	74	123	490	5,94
Greece	14	5	1	4	4	28	2,52
Hungary	57	6	6	17	33	119	11,81
Ireland	15	3	1	4	6	29	6,89
Italy	94 ⁱ	9 ⁱ	14	42 ⁱ	48	207	3,52
Latvia	44	9	4	13	4	74	32,25
Lithuania	18 ^j	13 ^j	6	17	11	65	19,10
Luxembourg	2	0	0	1	2	5	10,66
Malta	2	0	0	0	0	2	4,94
Netherlands	41	6	4	12	34	97	5,94
Poland	123	24	12	37	54	250	6,55
Portugal	34	7	3	10	9	63	5,96
Romania	115	19	12	35	26	207	9,58
Slovakia	16	4	2	5	4	31	5,75
Slovenia	3	1	0	1	6	11	5,49
Spain	68 ^f	18	12	35	41	174	3,98
Sweden	28	3	3	8	24	66	7,29
United Kingdom	95 ^l	33 ^l	15	45	67	255	4,22
TOTAL	1390	256	161	488	778	3 073	6,23

vendredi 28 mai 2010 **IPV EU-Mortality** *Psytel*

Annexe 2 : Fiche de signalement de violences intrafamiliales, à disposition des officiers de police judiciaire

> FICHE DE SIGNALEMENT DE VIOLENCES INTRA-FAMILIALES
<p>Date : _____ Heure : _____</p> <p>Adresse : _____ Quartier sensible : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>Mode de saisine</p> <p><input type="checkbox"/> Appel téléphonique de la victime <input type="checkbox"/> Appel téléphonique d'un enfant <input type="checkbox"/> Appel téléphonique du voisinage <input type="checkbox"/> Démarche de la victime au service <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____</p>
<p>Personnes concernées</p> <p>> Victime</p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____</p> <p>Date et lieu de naissance : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p><input type="checkbox"/> majeur <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> imprégnation alcoolique <input type="checkbox"/> mineur <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> toxicomanie</p> <p>Adresse (si autre que le lieu d'intervention) : _____</p>
<p>> Auteur</p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____</p> <p>Date et lieu de naissance : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p><input type="checkbox"/> majeur <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> imprégnation alcoolique <input type="checkbox"/> mineur <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> toxicomanie</p> <p>Adresse (si autre que le lieu d'intervention) : _____</p>
<p>Nature des faits</p> <p><input type="checkbox"/> violences graves <input type="checkbox"/> dégradations <input type="checkbox"/> violences à caractère sexuel <input type="checkbox"/> violences légères <input type="checkbox"/> menaces <input type="checkbox"/> autres</p> <p>Utilisation d'une arme : <input type="checkbox"/> à feu <input type="checkbox"/> blanche <input type="checkbox"/> per destination</p> <p>Résumé succinct des faits : _____</p>
<p>Renseignements sur l'habitat</p> <p><input type="checkbox"/> collectif <input type="checkbox"/> en location <input type="checkbox"/> insalubre <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> en propriété <input type="checkbox"/> salubre</p>
<p>Situation familiale</p> <p><input type="checkbox"/> mariage <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> séparation en cours <input type="checkbox"/> famille monoparentale <input type="checkbox"/> séparation prononcée <input type="checkbox"/> divorce prononcé <input type="checkbox"/> famille recomposée</p> <p>Nombre d'enfants mineurs au foyer : _____ Nombre d'enfants majeurs au foyer : _____</p>
<p>Antécédents</p> <p><input type="checkbox"/> première saisine <input type="checkbox"/> situation connue des services de police <input type="checkbox"/> saisine récurrente <input type="checkbox"/> situation connue de l'autorité judiciaire <input type="checkbox"/> situation connue des services sociaux</p>
<p>Mesures prises</p> <p>Auteur <input type="checkbox"/> garde à vue <input type="checkbox"/> auditionné <input type="checkbox"/> examen médical <input type="checkbox"/> laissé libre <input type="checkbox"/> non auditionné <input type="checkbox"/> hospitalisé <input type="checkbox"/> en dégrèvement <input type="checkbox"/> avis au magistrat référent du parquet</p> <p>Victime <input type="checkbox"/> laissée sur place avec prise en charge <input type="checkbox"/> laissée sur place sans prise en charge <input type="checkbox"/> examen médical <input type="checkbox"/> hospitalisée <input type="checkbox"/> mesure d'hébergement : <input type="checkbox"/> foyer d'accueil <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> voisinage <input type="checkbox"/> structure associative <input type="checkbox"/> chambre d'hôtel</p> <p><input type="checkbox"/> saisine services sociaux : <input type="checkbox"/> département <input type="checkbox"/> mairie ou CCAS</p> <p><input type="checkbox"/> intervention du bureau d'aide aux victimes <input type="checkbox"/> intervention du représentant d'association d'aide aux victimes présent au commissariat</p>

Annexe 3 :
Modèle de certificat de constatation de coups et blessures établi au sein de
l'Institut Médico-Légal du CHU de Nice

COMMEMORATIFS:

ANTECEDENTS selon ses déclarations :

ETAT ACTUEL

1) DOLEANCES :

2) EXAMEN CLINIQUE : Habillage et déshabillage autonomes..

Taille déclarée :...cm. Poids déclaré :... kg. Tension artérielle :... .

Crâne-face-cou :

Rachis cervical :

Thorax-abdomen :

Membre supérieur droit :

Membre supérieur gauche :

Membre inférieur gauche :

Membre inférieur droit :

Dos :

Le reste de l'examen ne révèle aucune anomalie post-traumatique récente évidente.

DISCUSSION :

M.aurait été victime de violences le dans les conditions précisées ci-dessus. Les constatations médicales initiales ont mis en évidence...Ce jour à l'examen, il présente

En conséquence, compte tenu des déclarations du patient, des renseignements fournis, des documents médicaux présentés, de mes constatations, le handicap majeur au sens du Code Pénal (qui ne se confond en aucune manière avec l'interruption des activités professionnelles ou assimilées) dans les actes ordinaires et essentiels de la vie quotidienne est estimé à une durée de ... , sous réserve de complications ultérieures éventuelles.

CONCLUSION :

1° - J'ai examiné M. le ... dans le cadre des faits allégués du ...

2°- L'Incapacité Totale de Travail au sens du Code Pénal est évaluée à une durée de ... et DONC INFÉRIEURE À HUIT JOURS, sauf complications ultérieures éventuelles.

Annexe 4 :
**« Charte fonctionnelle » du réseau de professionnels autour de la violence
conjugale de la Communauté d'Agglomération des Pays de Lérins**

" CHARTE FONCTIONNELLE "
DU
RESEAU DE PROFESSIONNELS
AUTOUR DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Communauté d'agglomération des PAYS DE LERINS

« CHARTE FONCTIONNELLE »

RESEAU DE PROFESSIONNELS AUTOUR DE LA VIOLENCE CONJUGALE.

Communauté d'agglomération des PAYS DE LERINS

Sommaire

1. Création du réseau
2. Les membres signataires de la présente charte
3. Objectifs du réseau
4. Les principes
5. Cadre légal
6. Modalités d'action

Les membres du réseau de professionnels autour de la violence conjugale affirment, dans la présente charte, leur adhésion aux objectifs et aux valeurs qui fondent leur participation à la lutte contre les violences conjugales et familiales.

Les adhérents au réseau interviennent auprès des victimes, des auteurs et des enfants exposés à la violence conjugale dans le but de prévenir l'apparition et la répétition des comportements violents à travers les générations, la récurrence, et par là même d'accompagner les victimes directes et indirectes.

Les membres ancrent leur travail de prévention et de lutte contre la violence conjugale dans une conception égalitaire entre femmes et hommes.

La présente charte est remise aux professionnels du réseau autour de la violence conjugale des pays de Lérins. Elle définit le cadre des relations et des règles qui doivent s'exercer entre tous les membres.

1. Création du réseau

Le réseau a vu le jour fin 2007 sous l'égide de la politique de la ville de Cannes et de la délégation départementale du droit des femmes suite aux constats inquiétants du nombre croissant de femmes victimes de violence conjugale.

L'association Parcours de Femmes organise et anime le réseau depuis sa création.

2. Les membres signataires de la présente charte

Le réseau est constitué de partenaires institutionnels, associatifs, qui interviennent dans les différents champs : juridique, social, médical, médico-social, hébergement, éducatif, justice ayant le même objectif et sur le territoire de l'Agglomération Pays de Lérins.

3. Objectifs du réseau

Les membres du réseau ont délimité 4 objectifs :

- 1 Etre un comité d'expertise (partage de connaissances, veille juridique et technique)
- 2 Organisation et communication interne au réseau (échange et analyse sur des situations afin de trouver des solutions concrètes, créer un outil technique)
- 3 Faire de la prévention, de l'information et de la formation (sensibilisation)
- 4 Etre un observatoire afin de recueillir les constats, faire remonter les besoins auprès des instances institutionnelles et associatives et être force de propositions.

4. Les principes

- " Le premier principe de tout accompagnement des situations de violence au sein du couple est l'affirmation que toutes les formes de violences sont inacceptables " *.
- Le refus de la violence sous toutes ses formes.
- L'intervention auprès des personnes concernées afin d'assurer une prise en charge de qualité.
- L'accueil et l'écoute sont au cœur de nos pratiques
- Respect des principes de confidentialité, discrétion et secret professionnel.

** Extrait de la charte du réseau de prévention et de lutte contre les violences conjugales de l'arrondissement de Lens.*

5. Cadre légal

Nos pratiques s'inscrivent dans un cadre légal :

- ⇒ L'article 222-13-6 du code pénal reconnaît la particularité des violences commises au sein du couple.
- ⇒ L'article du 4 avril 2006 élargit le champ d'application de la circonstance aggravante de nouveaux auteurs et de nouvelles infractions (meurtres, viols, agressions sexuelles).
- ⇒ La loi 2010-769 du 9 juillet 2010 relatives aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants, crée un délit de violences psychologiques au sein du couple existant ou pas.

Les textes de référence sont:

- ⇒ Code civil : articles 515-9 à 515-13 : Délivrance d'une ordonnance de protection
- ⇒ Code pénal : articles 222-7 à 222-16-3 : Peines encourues pour violences physiques
- ⇒ Code pénal : articles 222-33-2 à 222-33-2-1 : Peines encourues pour harcèlement moral
- ⇒ Code pénal : articles 222-23 à 222-26 : Peines encourues en cas de viol
- ⇒ Circulaire n°2014/0130/C16 relative à la lutte contre les violences au sein du couple
- ⇒ Loi du 4 août 2014 : Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes
- ⇒ L 313-12 et suivants du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA).

6. Modalités d'action

Les professionnels du réseau se réunissent en deux temps :

- **en groupe élargi** afin de réunir l'ensemble des partenaires
- **en groupe restreint** afin d'échanger sur des situations et/ou travailler sur des thématiques.

La signature de cette charte contractualise l'engagement et la mobilisation active des membres dans la mise en œuvre des actions du réseau autour de la violence conjugale, Pays de Lérins.

Je soussigné(e) (1)

confirme l'adhésion de (2)

au Réseau de professionnels autour de la violence conjugale des pays de Lérins.

Cachet et Signature

(1) Nom / Prénom/Qualité du signataire

(2) Nom de la structure partenaire

Annexe 5 :
Convention signée à l'origine de notre travail de thèse

**PROTOCOLE DE RECHERCHE RELATIF AUX PARCOURS DES FEMMES
DECEDEES SUITE A DES VIOLENCES CONJUGALES
ET AUTOPSIEES DE 2011 A 2015
DANS LE DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES ET
RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE DE CES DECES**

I. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE ET DESCRIPTION GENERALE DE LA RECHERCHE

1. Contexte

Les violences conjugales sont un véritable problème de santé publique. En effet, d'après l'étude « Evaluation économique des violences conjugales en Europe » issue du programme européen DAPHNE III 2007-2013, le coût global des violences conjugales en France a été estimé en 2006 à 2,5 milliards d'euros.

Concernant l'état des lieux des violences conjugales en France, la dernière enquête nationale date de 2000 (enquête Enveff) et révèle que 14,2 % des femmes avaient été victimes de violences domestiques au moins une fois dans leur vie et que pour 4,2 % d'entre elles les violences avaient été répétées. L'indicateur global de violences conjugales concernait 10 % des femmes en 2000.

Un des axes développés par le 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes est l'amélioration du recueil et de l'analyse des données statistiques des violences faites aux femmes pour ainsi contribuer à l'amélioration et à l'ajustement des politiques menées et des actions de prévention et de prise en charge.

Selon une enquête du ministère de l'Intérieur publiée en 2014, 143 personnes sont décédées, victimes de violences conjugales, dont 118 femmes pour l'année 2014.

En 2012, le département des Alpes-Maritimes a été le plus touché avec 11 victimes décédées (13 en 2010, hommes et femmes confondus).

En France, tous les deux jours et demi, un homicide est commis au sein du couple.

Ces chiffres sont inquiétants. Il apparaît donc urgent de protéger ces femmes victimes de violences car le risque de décès est réel.

La loi du 4 Août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes prévoit dans son article premier que : « l'Etat et les collectivités territoriales, ainsi que leurs établissements publics, mettent en œuvre une politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes selon une approche intégrée ». Cette politique inclut notamment « des actions de prévention et de protection permettant de lutter contre les violences faites aux femmes et les atteintes à leur dignité ».

Cette loi du 4 août 2014 renforce la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes par la mise en place des mesures suivantes :

- La généralisation du numéro de téléphone grand danger
- Le renforcement de l'ordonnance de protection
- L'éviction du conjoint violent du domicile
- L'autorité parentale de l'auteur est systématiquement mise en question par la justice.
- Création d'un stage de responsabilisation destiné aux auteurs de violences conjugales
- L'accueil et la mise à l'abri inconditionnelle de toute femme victime qui le sollicite.

2. Justification du projet

- Les décès liés aux violences conjugales constituent des homicides. Ils entraînent donc un obstacle médico-légal à l'inhumation et une autopsie médico-légale doit être réalisée pour déterminer les causes et les circonstances du décès.
- L'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice se propose, au travers d'un travail de thèse de médecine, de répertorier les différentes victimes de violences conjugales autopsiées à l'Institut entre 2011 et 2015, de relever leur identité et les causes exactes de la mort.
- Les femmes décédées de violences conjugales ont le plus souvent été victimes d'épisodes de violences domestiques antérieures, qu'elles soient physiques, et/ou psychologiques et/ou sexuelles. Elles ont donc souvent eu recours à des professionnels de santé (Unité Médico-Judiciaire, Service d'Accueil des Urgences, médecin traitant), aux forces de l'ordre et aux services judiciaires, ainsi qu'aux travailleurs sociaux et aux associations prenant en charge les victimes de violences conjugales. Ces différents acteurs de la prise en charge de ces femmes détiennent des dossiers, registres et archives mentionnant les faits déclarés par les victimes et l'intervention et l'aide apportées en retour. Différentes études ont mis en évidence le manque de formation, de connaissance et de sensibilisation de ces différents partenaires et maillons de la prise en charge. Ces constats sont confirmés par l'observatoire communal des violences conjugales, mis en place par la Ville de NICE.
- Une partie du travail consistera à rechercher si les victimes autopsiées à l'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice étaient connues des professionnels de santé hospitaliers, des forces de l'ordre, des services judiciaires, des travailleurs sociaux et des associations venant en aide aux victimes. Il sera ainsi possible de relever les critères socio-économiques et familiaux des victimes, mais également de retracer et analyser leur parcours de prise en charge.

Les objectifs de ce protocole sont :

- d'étudier les circonstances et les causes des décès de femmes victimes de violences domestiques
- de recenser les éventuelles procédures antérieures effectuées par ces femmes dans le cadre de ces violences
- de rechercher des facteurs de risque et des signaux d'alerte précédant les homicides.

Ceci permettra d'améliorer leur prise en charge et d'éviter certains décès secondaires aux violences conjugales.

Cette étude est motivée par le **4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes**, qui comporte plusieurs axes.

- Le premier axe du plan est intitulé « *Organiser l'action publique autour d'un principe d'action partagé : aucune violence déclarée ne doit demeurer sans réponse* ».

Le dixième point de cet axe a pour but d'organiser autour du préfet et du procureur de la République un nouveau pilotage départemental des réponses apportées aux violences. Il est notamment mentionné : « *L'organisation par chaque préfet, en lien avec le procureur de la République, d'un état des lieux annuel, quantitatif et qualitatif des violences faites aux femmes dans le département* ».

- Le troisième axe du plan est intitulé « *Mobiliser l'ensemble de la société* ».

Le premier point de cet axe a pour but de renouveler le plaidoyer pour agir avec le programme de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. Le travail de cet observatoire porte sur trois volets dont deux justifient notre étude :

- volet 1 : « *Améliorer la connaissance des phénomènes de violences faites aux femmes. Le travail relatif à ce premier volet consistera à : renforcer la recherche publique sur les violences faites aux femmes : une attention toute particulière doit être portée aux travaux de recherche universitaire en droit, en médecine, en sciences sociales, et notamment dans le champ des études de genre, pionnières en matière de recherches sur les violences faites aux femmes et les violences de genre. Le ministère des Droits des femmes encouragera la recherche dans toutes les disciplines pouvant permettre de mieux comprendre les mécanismes des violences faites aux femmes et d'envisager des réponses novatrices et plus efficaces pour les combattre* ».
- volet 3 : « *Accompagner la création d'observatoires territoriaux. Ces observatoires ont pour objectifs :*
 - *Le renforcement des outils existants et des bonnes pratiques ;*
 - *L'animation d'un réseau de partenaires (police, justice, santé, éducation, associations...), et l'organisation d'évènements en lien avec la problématique des violences faites aux femmes pour rendre visible le phénomène ;*
 - *La transmission à l'observatoire national des violences envers les femmes des données collectées et des bonnes pratiques identifiées sur son territoire* ».

Ainsi, notre étude s'inscrit dans l'orientation du 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes qui préconise le lien entre les observatoires nationaux et les observatoires locaux.

Notre recherche pourra ainsi apporter de nouvelles données à l'observatoire municipal de la Ville de Nice apparu avec la création du poste de Référente des femmes victimes de violences à la Ville de Nice en Novembre 2011.

II. PRINCIPAUX TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES DE REFERENCES :

1. Législation relative aux violences faites aux femmes

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles,

Vu la Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence contre les femmes (1993),

Vu le programme d'action pour prévenir et éliminer la violence à l'égard des femmes signé par la France lors de la 4^{ème} Conférence mondiale sur les femmes tenue à Pékin en 1995, la violence étant dénoncée comme « un problème universel constituant une violation des droits fondamentaux des femmes »,

Vu le protocole de la convention sur l'élimination des discriminations envers les femmes adopté par l'Assemblée Générale de l'ONU en 1999 et ratifié par la France le 7 juin 2000,

Vu le 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016,

Vu la loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce et introduisant la mesure d'éviction du conjoint violent au 1er janvier 2005,

Vu la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive qui permet de faciliter, sur le plan pénal, l'éloignement de l'auteur (conjoint ou concubin) du domicile de la victime à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives, tout en prévoyant, si nécessaire, la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique,

Vu la loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, qui accroît la répression des violences faites aux femmes, notamment : en élargissant le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex ») et à de nouvelles infractions (meurtres-viol-agressions sexuelles) ; en complétant les dispositions de la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales qui consacrent au plan pénal l'éviction du conjoint violent du domicile du couple ; en reconnaissant le viol entre époux lorsqu'il démontre une véritable volonté du conjoint violeur d'assujettir sa victime ; introduisant également la notion de respect dans les obligations du mariage,

Vu la loi du 5 mars 2007, centrée sur le traitement de la délinquance des mineurs mais intégrant également des mesures concernant les violences conjugales, telles que l'alourdissement des peines applicables aux auteurs de violences conjugales qui pourront aussi faire l'objet de mesures de suivi judiciaire,

Vu la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants,

Vu le décret n°2010-1134 du 29 septembre 2010 relatif à la procédure civile de protection des victimes de violences au sein des couples complétée par les 3 circulaires diffusées par le ministère de la Justice pour l'application de ce texte :

- du 3 août 2010 sur la présentation des dispositifs de droit pénal et de procédure pénale de la loi du 9 juillet 2010 précitée, à l'exception de celles liées à l'ordonnance de protection, dont l'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} octobre 2010
- du 1^{er} octobre 2010 sur le volet civil de l'ordonnance de protection et les nouvelles dispositions en matière d'autorité parentale
- du 4 octobre 2010 sur le volet pénal de l'ordonnance de protection.

Vu la loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, prévoyant dans son article premier que : « l'Etat et les collectivités territoriales, ainsi que leurs établissements publics, mettent en œuvre une politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes selon une approche intégrée ». Cette politique inclut notamment « des actions de prévention et de protection permettant de lutter contre les violences faites aux femmes et les atteintes à leur dignité ».

2. Législation relative aux aspects médico-légaux :

Vu le Code Pénal et notamment :

- article 223-6 faisant référence à la non-assistance à personne en danger :
« *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

- article 226-13 faisant référence au secret professionnel :
« *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* »

- article 226-14 faisant référence à la rupture du secret professionnel :
L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ».

Vu le code de déontologie médicale :

- article 9 :

« *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.* »

- article 44 :

« *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.* »

- l'article 4 stipule :

« *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

- l'article 51 indique :

« *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »

Le Code de la Santé Publique précise depuis 2002 par l'article L. 4441-10 :

« *Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article 226-14 du code pénal. Lorsque l'instance disciplinaire est informée de l'engagement, à la suite d'un tel signalement, de poursuites pénales pour violation du secret professionnel ou toute autre infraction commise à l'occasion de ce signalement, elle sursoit à statuer jusqu'à la décision définitive de la juridiction pénale.* »

Dans tous les cas, et en dépit de la loi, chaque médecin devra s'appuyer sur sa conscience personnelle et son sens de la responsabilité.

III. L'ETUDE

Le présent protocole a pour objectifs de retracer le parcours des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales de 2011 à 2015 au travers de leurs démarches sociales, judiciaires et médicales, ainsi que de déterminer les facteurs de risque des décès de ces victimes dans le département des Alpes-Maritimes.

Etude entre,

L'Etat représenté par Monsieur Adolphe COLRAT, Préfet des Alpes-Maritimes,

Le Tribunal de Grande Instance de Nice, représenté par Monsieur Jean-Michel PRETTE, Procureur de la République,

Le Tribunal de Grande Instance de Grasse, représenté par Monsieur Georges GUTIERREZ, Procureur de la République,

Le Conseil Départemental des Alpes-Maritimes représenté par Monsieur Éric CIOTTI, Président,

La Ville de Nice représentée par Monsieur Christian ESTROSI, Maire,

Et

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice, représenté par Monsieur Emmanuel BOUVIER MULLER, Directeur Général,

Le Service d'Accueil des Urgences Hospitalières des villes d'Antibes représenté par Monsieur Jérémie SECHER, Directeur Général, et Madame Diana RAFIDINIAINA, Chef de Service, de Cannes représenté par Monsieur Jean-François LEFEBVRE, Directeur Général, et Monsieur Frédérique MERLE, Chef de Service, de Grasse représenté par Monsieur Frédéric LIMOUZY, Directeur Général, et Monsieur Olivier PELLAT, Chef de Service, de Menton représenté par Monsieur Franck POUILLY, Directeur Général, et Madame Véronique MATTEI, Chef de Service, de Nice représenté par Monsieur Emmanuel BOUVIER MULLER, Directeur Général, et Monsieur Jacques LEVRAUT, Chef de Service,

L'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice, représenté par le Pr Gérald QUATREHOMME, le Dr Elodie BIGLIA et Mlle Maël SERVANT, interne

Dans le cas de l'obtention de l'accord à la participation à l'étude de l'ensemble des personnes citées ci-dessus, un avenant pourra venir compléter ce protocole initial.

1. Objectifs de l'étude

- Etablir un état des lieux, pour le département des Alpes-Maritimes, de la prévalence des femmes décédées dans le cadre de violences conjugales.
- Rechercher les circonstances et causes de décès des femmes victimes de violences conjugales.
- Retracer le parcours de prise en charge de ces femmes décédées de violences conjugales, sur le plan médical, social et judiciaire.
- Rechercher les facteurs de risque de décès des femmes victimes de violences conjugales dans le département des Alpes Maritimes.

2. Déroulement de l'étude

Le déroulement de l'étude aura lieu dans le cadre d'une thèse de médecine. Elle sera placée sous la responsabilité du département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice, et du Laboratoire de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de Nice dirigé par le Professeur G. QUATREHOMME, qui seront chargés du

recueil et de l'exploitation des données. L'étude sera menée par Mademoiselle M.SERVANT, interne en médecine générale et inscrite au DESC de médecine légale, dans le cadre de sa thèse dirigée par le Docteur E.BIGLIA, médecin légiste au CHU de Nice.

1. Il s'agit d'une étude rétrospective qui portera sur une période de 5 ans de 2011 à 2015. L'ensemble des données sera récolté sur la base de dossiers archivés.

2. Après avoir obtenu l'adhésion au projet des intervenants (Préfecture, Parquets de Nice et de Grasse, Police Nationale et Gendarmerie Nationale, Conseil Général du 06, Ville de Nice, CHU de Nice, Services d'Accueil des Urgences Hospitalières des villes d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, Associations d'aide aux femmes victimes de violences conjugales du 06), l'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice (institut médico-légal et unité médico-judiciaire) se mettra en relation avec chacun d'eux pour expliquer l'intitulé du protocole, afin d'obtenir l'autorisation d'accéder aux informations détenues par chaque partie.

3. Dans un premier temps, les dossiers autopsiques seront étudiés pour déterminer le nombre exact de victimes. Le but est d'identifier les critères suivants :

- nom de la victime
- date de naissance
- commune de domicile
- date du décès
- lieu du décès
- cause de la mort
- situation matrimoniale
- Parquet en charge de l'affaire (Nice ou Grasse)
- autres remarques utiles relevées dans les dossiers : antécédents médicaux de la patiente, évaluation psychiatrique du conjoint, suicide du conjoint après l'homicide, contexte de violences conjugales connu de l'entourage, contexte de séparation en cours connu de l'entourage, statut matrimonial de l'auteur, victime connue des services sociaux ou médicaux.

L'ensemble de ces données ne pourra être échangé et exploité qu'avec l'accord du Parquet compétent territorialement.

4. Dans un deuxième temps, l'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice recherchera si ces victimes décédées étaient connues des services intervenants dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales :

- sur un volet social :
 - associations d'aides aux victimes
 - Conseil Général
 - services sociaux de la Ville de Nice
- sur un volet judiciaire :
 - services de police nationale et gendarmerie nationale
 - services judiciaires
- sur un volet médical :
 - Service d'Accueil des Urgences des villes d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice
 - unité médico-judiciaire du CHU de Nice.

5. Si ces victimes étaient connues de ces différents acteurs, leur parcours et les éventuelles procédures mises en place seront reconstitués.

Dans le cadre du volet judiciaire, après autorisation du Parquet, les dossiers des différentes affaires criminelles détenus par le Tribunal de Grande Instance de Grasse seront consultés sur place.

6. L'accès aux dossiers sociaux permettra d'identifier les critères socio-économiques, familiaux et environnementaux de ces victimes et de rechercher d'éventuels facteurs de risque.

7. Cette étude exploitera obligatoirement des données nominatives. Une Déclaration Normale a été faite auprès de la CNIL, le 01 Juin 2015, permettant d'utiliser ces données relatives à l'identité.

De ce fait aucun élément nominatif ne sera divulgué lors de la rédaction de cette étude. Une seule personne centralisera les données relatives à l'identité de ces femmes et garantira la sécurité de leur identité en anonymisant les données nominatives par des codes numériques et alphabétiques.

La rédaction de l'étude finale garantira le respect de cet anonymat ainsi que le respect du secret professionnel médical et judiciaire. Aucun élément isolé pouvant laisser sous-entendre l'identité d'une patiente ou de son conjoint ne figurera dans la rédaction.

1. Pilotage et Suivi

Un comité de suivi composé des représentants des signataires pourra se réunir si nécessaire, à la demande des parties. Il aura pour objectif de faciliter les échanges et éventuellement d'apprécier la nécessité de mettre en place des mesures de réajustements.

2. Clause de confidentialité

Les parties signataires sont tenues à un devoir de réserve et de confidentialité.

3. Champ d'application

Le présent protocole s'applique sur le ressort des Tribunaux de Grande Instance de Nice et de Grasse.

4. Durée

Le présent protocole est conclu pour une durée d'un an à compter de la date de signature par les membres et est reconductible de manière tacite.

Le présent protocole sera soutenu comme thèse de fin de troisième cycle d'étude médicale, la soutenance de thèse étant prévue à la fin de l'année 2016. La date officielle sera communiquée ultérieurement.

5. Résultats de la recherche

L'Institut Médico-Légal du Département de Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice, représenté par Mlle M.SERVANT, communiquera les résultats de cette recherche par différents moyens :

- lors de la soutenance de sa thèse de fin de troisième cycle d'étude médicale ;
- au travers d'une publication dans l'observatoire municipal de la Ville de Nice ;
- au travers d'une publication dans une revue spécialisée médicale.

Les données individuelles recueillies seront rendues totalement anonymes. Les différents partis impliqués dans ce protocole de recherche seront bien évidemment conviés à la soutenance de thèse.

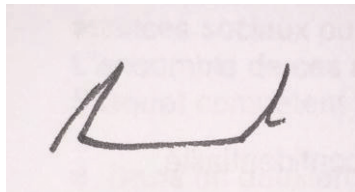
Ce travail s'inscrit dans l'orientation du 4^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes qui préconise le lien entre les observatoires nationaux et les observatoires locaux.

Ces différentes publications devront permettre d'établir de nouvelles préconisations de prise en charge des femmes victimes de violences pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Ce protocole de recherche prendra fin à la remise des résultats.

SIGNATURES

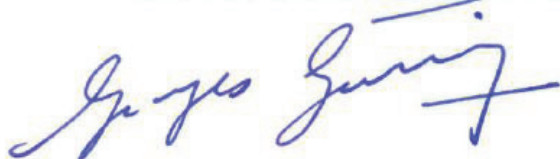
Le Préfet des Alpes-Maritimes



Adolphe COLRAT

Le Procureur de la République
Du Tribunal de Grande Instance de Nice


Jean-Michel PRETRE

Le Procureur de la République du
Tribunal de Grande Instance de Grasse


Georges GUTIERREZ

Le Président du Conseil Général

Eric CIOTTI

Le Maire de la Ville de Nice

Christian ESTROSI

Le Directeur du CHU de Nice



Emmanuel BOUVIER MULLER

En présence de

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Madame le Docteur Elodie BIGLIA

Mademoiselle Maël SERVANT

Service d'Accueil des Urgences Hospitalières :

Antibes



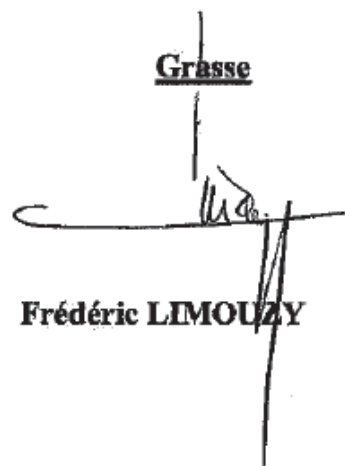
Jérémie SECHER

Cannes



Jean-François LEFEBVRE

Grasse



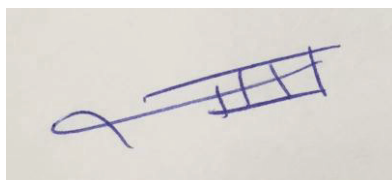
Frédéric LIMOUZY

Menton



Franck POUILLY

En présence de Monsieur le Directeur de l'Institut Médico-Légal du Département de
Médecine Légale, Sociale et Pénitentiaire du CHU de Nice



Gérald QUATREHOMME

Annexe 6 :
**Questionnaires de collecte de données concernant le parcours social, judiciaire
 et médical des victimes**

VOLET SOCIAL

Date de naissance de la victime :
Nom marital / Nom de jeune fille :
Prénom :
Numéro d'anonymat recherche :
La victime s'est-elle présentée à votre association ?
Quel en a été le motif ? (ou) Le motif était-il en rapport avec des violences conjugales ?
S'est-elle présentée plusieurs fois à l'association (en dehors d'un suivi régulier proposé)?
Si oui, combien de fois ?
Si oui, le motif de violences conjugales a-t-il été répété ?
Qu'a-t-il été proposé à la victime :
aide psychologique :
assistance juridique :
assistance sociale :
logement provisoire :
consultation médicale :
La victime a-t-elle été orientée vers un médecin légiste ?
Si oui, s'agit-il de l'IML du CHU de Nice ?
A-t-il été proposé une prise en charge pour le "mis en cause" ?
Autres remarques :

VOLET JUDICIAIRE

Date de naissance de la victime :
Nom marital / Nom de jeune fille :
Prénom :
Numéro d'anonymat recherche :
La victime a-t-elle déjà porté plainte ? Combien de dépôt ?
La victime a-t-elle déposée une main courante ? Combien de dépôt ?
Le(s) motif(s) étai(en)t-il(s) en rapport avec des violences conjugales ?
Qu'a-t-il été proposé à la victime :
aide psychologique :
orientation vers une association :
assistance sociale :
consultation médicale (médecin légiste ? Autre ?) :
A-t-elle bénéficié d'une réquisition aux fins de se faire examiner par un médecin légiste ?
Y'a-t-il eu des actions menées contre le mis en cause ? (jugement, mesure d'éloignement, éviction domicile, bracelet électronique, détention, GAV...)
Autres remarques :

VOLET MEDICAL

Date de naissance de la victime :
Nom marital / Nom de jeune fille :
Prénom :
Numéro d'anonymat recherche :
La victime s'est-elle présentée à l'accueil des Urgences ?
Quel en a été le motif ?
Existe-il dans le DM un rapprochement entre le motif d'hospitalisation et de possibles violences conjugales ?
Quel a été le descriptif des lésions initiales ? Symptômes initiaux ?
S'est-elle présentée plusieurs fois à l'accueil des urgences ?
Si oui, combien de fois ?
Si oui, le motif de violences conjugales a-t-il été répété ? (+ description des lésions)
Qu'a-t-il été proposé à la victime comme prise en charge :
aide psychologique :
hospitalisation :
assistance sociale :
orientation vers association :
consultation médicale spécialisée:
La victime a-t-elle été orientée vers un médecin légiste ?
Si oui, s'agit-il de l'IML du CHU de Nice ?
Autres remarques :

Annexe 7 :
Lettre de M. Éric CIOTTI



DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

Le Président

Madame Maël SERVANT
Hôpital de Cimiez
Service de médecine légale
4, avenue Reine Victoria
06000 NICE

Nice, le 19 OCT. 2015

Madame,

J'ai le plaisir de porter à votre connaissance que, sur ma proposition, la commission permanente, qui s'est réunie ce jour, a décidé d'approuver le protocole de recherche relatif aux parcours des femmes décédées et autopsiées suite à des violences conjugales dans les Alpes-Maritimes.

Je précise que les modalités seront détaillées dans une convention spécifique qui vous sera adressée prochainement.

Heureux d'avoir pu répondre à votre attente et restant à votre entière disposition,

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes respectueux hommages.

Bien cordialement

Eric CIOTTI
Député des Alpes-Maritimes
Président du Conseil départemental

VIII. BIBLIOGRAPHIE

REVUES – PÉRIODIQUES – QUOTIDIENS D'INFORMATIONS

1. Accorsi, F. (2003). Violence, comment peut-on frapper une femme ? Magazine « *Psychologies* », Mieux vivre sa vie, n°223, p. 69.
2. Ana Rita Pereira, Duarte Nuno Vieira, Teresa Magalhaes. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *Journal of forensic and legalmedicine*. 2013.
3. Boy A, Kulczycki A. What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*. 2008 ;14(1):53-70.
4. Burquier R, Hofner M-C, Romain N, Mangin P. Caractéristiques des femmes victimes de violences graves dans un échantillon clinique. *JIV*. 2009 ; 21 tome 7, n° 3.
5. Campbell JC. Assessing dangerousness in domestic violence cases : history, challenges and opportunities. *Criminol Public Policy*. 2005 ; 4(4) : 653-73.
6. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block CR, et al. Assessing risk factors for intimate partner homicide. *Natl Int Justice J*. 2003 ; 250 : 15-9.
7. Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate partner violence. *Am Fam Physician*. 2011 ; 83 (10): 1165-1172.
8. Cusson M, Marleau J. Les homicides familiaux : approches comparatives et prévention. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 2006 ; 14 : 265-76.
9. Damant D, Paquet J, Bélanger J. Analyse du processus d'empowerment dans des trajectoires de femmes victimes de violence conjugale à travers le système judiciaire. *Criminologie*. 2000 ; 33(1) : 73-95.

10. Ferroul D, Gaulon S, Ducrocq F, Vaiva G, Hedouin V, Gosset D. Violences conjugales, ESPT et comorbidité psychiatrique : étude portant sur 50 patients. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2003 ; 3(4) : 207-214.
11. Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Représentations de la violence envers les femmes dans le couple : mesures du phénomène - Le cas français. *Santé, société et solidarité*. 2008 ; 1 : 109-116.
12. Gainza D, Telmon N, Blanc A, Pauwels C, Lauque D, Rougé D. Identification et accueilles femmes victimes de violences conjugales dans un service d'urgences. *J MédLég Droit Méd*. 2004 ; 47 (5) : 212-216.
13. Haroche A. Des hommes bien sous tous rapports... mais des rapports violents. *JIM*. Novembre 2011.
14. Houel A, Laporte J. Violences conjugales et criminels dits « passionnels ». *Psychiatrie et violence*. 2009.
15. Hurley K-F, Brown-Maher T, Campbell S-G, Wallace T, Venugopal R, Baggs D. Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. *Emergency Medicine Journal*. 2005 ; vol. 22 : 97-98.
16. Kacenenbogen N, Offermans AM. La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste. *Rev Med Brux*. 2010 ; 31 : 415-425.
17. Klap R, Tang L, Wells K, Starks SL, Rodriguez M. Screening for domestic violence among adult women in the United States. *J Gen Intern Med*. 2007 ; 22 (5) : 579-584.
18. Lalande C, Gauthier S. Répondre aux problèmes d'arrimage entre les tribunaux en présence de violence conjugale. *Trajetvi*. 2016.
19. Lamberg L. Domestic Violence : What to Ask, What to Do. *JAMA*. 2000 ; 284 (5) : 554-556.

20. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bull AcadNatlé Med.* 2002 ; 186 (6) : 949-961.
21. Lecompte D, Tucker ML, Fornes P, Institute of Forensic Medicine, Paris. Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year old period. *J Clin Forensic Med.*1998;5(1):15-6.
22. Leth PM. Intimate partner homicide. *Forensic Sci Med Pathol.* 2009 ; 5(3) : 199-203.
23. Levi-Faict T-W, Escard E, Van Derhorst A, Miele C, Boyer B, Peltier-Evrard C, Bey A, Debout M.Évaluation du retentissement immédiat du psycho traumatisme : du concept à l’alphabet de la victime.*JIDV.* 2009 ; Tome 7, n°3.
24. Ludwig J. Better Gun Enforcement, Less Crime. *Criminology in Public Policy.* 2005 ; 4(4) : 677-716.
25. Margairaz C, Girard J, Halpérin DS. Violences au sein du couple. Implications pour le praticien. *Forum Med Suisse.* 2006 ; 6 : 367-373.
26. Miller E, Breslau J, Petukhova M, Fayyad J, Green JG, Kola L, Seedat S, Stein DJ, Tsang A, Viana MC, Andrade LH, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Hu C, Karam EG, Kovess-Masfety V, Tomov T, Kessler RC. Premarital mental disorders and physical violencein marriage : cross-national study of married couples. *Br J Psychiatry.* 2011 ; 199 (4) : 330-337.
27. Nelson HD. Screening for domestic violence - Bridging the evidence gaps. *Lancet.* 2004; 364 (S1) : 22-23.
28. Rakotomahanina L, Ghaith A, Die G. Les signes avant-coureurs d’homicide conjugal. Etude analytique réalisée à l’unité médico-judiciaire de Pontoise. *La revue de médecine légale.* 2010. 1, 81-86.

29. Rinfret-Raynor M, Dubé M, Drouin C. Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation d'un ensemble d'outils. *Nouvelles pratiques sociales*. 2006 ; 19(1) : 72-90.
30. Roberto K, McCann B-R, Brossoie N. Intimate Partner Violence in Late Life: An Analysis of National News Reports. *J Elder Abuse Negl*. 2013; 25(3): 230–241.
31. Stack S. Homicide Followed by Suicide : An Analysis of Chicago Data. *Criminology*. 1997. Vol 35, n°3, p. 435-453.
32. Stayton C-D, Duncan M-M. Mutable influences on intimate partner abuse screening in health care settings. *Trauma, Violence & Abuse*. 2005 ; 6(4) : 271-285.
33. Stockl H, Devries K, Rotsein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Garcia Moreno C. The global prevalence of intimate partner homicide : a systematic review. *Lancet*. 2013; 382:859-65.
34. Thomas A, Telmon N, Allery JP, Pawels C, Rougé D. La violence conjugale 10 ans après. *Concours Méd*. 2000 ; 122 (29) : 2041-2044.
35. Usta J, Antoun J, Ambuel B. Involving the Health Care System in Domestic Violence : What Women Want. *Ann Fam Med*. 2012 ; 10 (3) : 213-220.

COMMUNICATIONS ORALES

36. Senamaud-Dabadie K, Schnedecker B, Ledoux K. *Les violences conjugales : Intérêt de la mise en place d'une procédure de signalement entre l'Unité Médico-Judiciaire, le Parquet et le Bureau d'Aide aux Victimes de Pointe à Pitre*. Société Française de Médecine Légale. 2015.
37. Cusson M, Marleau J. *Les homicides familiaux : approche comparative et prévention*. Xème Colloque de l'AICLF. Istanbul, 22-23 mai 2006.

PUBLICATIONS ISSUES DE LA RECHERCHE

38. Deroff M-L. *Parcours de femmes victimes de violences conjugales*. Université de Bretagne Occidentale. 2015.
39. Drouin C, Drolet J. *Guide d'intervention : Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe*. Montréal. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). 2004.
40. Drouin C, Lindsay J, Dubé M, Trépanier M, Blanchette D. *Guide d'intervention : Intervenir auprès des hommes en vue de prévenir l'homicide conjugal*. Montréal. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). 2012.
41. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Intimate Partner Violence and Firearms*. Fact Sheet. 2007.
42. Millar A, Code R, Ha L. *Recensement des outils d'évaluation des risques de violence conjugale utilisés au Canada*. Division de la recherche et de la statistique – Ministère de la Justice du Canada. 2009.
43. Rondeau G, Lindsay J, Lemire G, Brochu S, Brodeur N, Drouin C. *Gestion des situations de violence conjugale à haut risque de létalité*. Montréal. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). 2002.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

44. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. *La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE*. Janvier 2013.
45. Council of Europe. *Recommendation of the committee of ministers to member states on the protection of women against violence*. 2002.

46. Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé*. Paris : La Documentation Française ; 2001.
47. INSEE Région Bretagne. *Femmes et Violences*. Dossier d'Octant n°50 ; 2006.
48. Jaspard M et équipe Enveff. *Enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff)*. 2001.
49. Ministère des Droits des Femmes. *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*. N°1 - Novembre 2013.
50. Ministère des Droits des Femmes. *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*. N°4 - Novembre 2014.
51. Ministère de l'Intérieur – Délégation aux Victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple* - Année 2011.
52. Ministère de l'Intérieur – Délégation aux Victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple* - Année 2012.
53. Ministère de l'Intérieur – Délégation aux Victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple* - Année 2013.
54. Ministère de l'Intérieur – Délégation aux Victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple* - Année 2014.
55. Ministère de l'Intérieur – Délégation aux Victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple* - Année 2015.
56. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. *L'Etude mondiale sur l'homicide*. 2011.
57. Ordre National des Médecins. *Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales*. Bulletin d'informations de l'Ordre National des Médecins. 2011 ; 17 : 16-17.

58. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS ; 2002.
59. Organisation Mondiale de la Santé. *La violence à l'encontre des femmes. Violences d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes*. Aide-mémoire n° 239. Septembre 2011.
60. Organisation Mondiale de la Santé. *Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes*. Aide-mémoire n° 239. Décembre 2015.
61. Rene L. *Rapport de la Commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins*. Mars 1994
62. Société Civile Psytel Ingénierie de l'information. Programme DAPHNE III. *Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe – « IPV EU_Morality »*. 2007.
63. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*. Avril 2005.
64. Statistique Canada. *Enquête sur la violence envers les femmes (EVEF)*. 1993.
65. Statistique Canada. *La violence conjugale après la séparation*. Catalogue n°85-002, Vol. 21, n°7. 2001.
66. Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Catalogue n° 85-224-X. Ottawa 2011.

OUVRAGES

67. Broué J, Guevremont C. *Quand l'amour fait mal*. Montréal : Editions Saint-Martin ; 1989.

68. Cook P-J, Moor M-H. *Guns, Gun Control and Homicide : A Public Health Perspective*. In Smith M-D, Zahn M-A (éd.) *Homicide. A Sourcebook of Social Research*. Thousand Oaks CA : Sage.
69. Fonagy P, Target M. *Vers une compréhension de la violence : l'utilisation du corps et le rôle du père*. Dans R. 1. Perelberg. *Violence et suicide* ; 2004. pp. 100-131.
70. Frappé P. *De la question au type d'étude*. In : Frappé P. *Initiation à la Recherche*. Mayenne : GMSanté et CNGE ; 2011. pp. 25-83.
71. Hervé C, Stanton-Jean M, Ribau-Bajon C. *Violences sur le corps de la femme, aspects juridiques, culturels et éthiques*. Paris : Dalloz ; 2012.
72. Hindlet J-Y. *Les états de stress post-traumatiques*. Paris ; MEDI SPHERE ; 1997.
73. Meichenbaum D. *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy*. London ; JOHN WILEY & SONS Ltd ; 1996.
74. Millet E. *Pour en finir avec les violences conjugales*. Paris : Marabout ; 2005.
75. Proulx J, Cusson M, Ouiemet M. *Les violences criminelles*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 1999. pp. 77-90.

THESE ET MEMOIRE

76. Biglia E. *Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale : expériences et attente de femmes victimes, étude qualitative par entretien semi-dirigés*. Th : Méd : Nice ; 2012.
77. Drouin C. *Intervenir dans les situations à haut risque de létalité : le point de vue des acteurs pénaux et des victimes*. Montréal, université de Montréal, école de criminologie, mémoire de maîtrise, 2001.

78. Nasr R. *Les violences conjugales : Etude comparative entre Liban, France et Canada*. Th : Méd : Lyon 2 ; 2009.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES, JURISPRUDENCES

79. France. Article R.4127-4 relatif au secret professionnel. Code de Santé Publique, 8 août 2004.

80. France. Loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du Code Pénal. JORF, 23 juillet 1992. p. 9864.

81. France. Loi n° 2002-304 du 4 mars 2002 relative au nom de famille. JORF, 5 mars 2002 p. 4159.

82. France. Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. JORF, 27 mai 2004. p. 9319.

83. France. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. JORF, 8 Décembre 2005.

84. France. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. JORF, 5 avril 2006. p. 5097.

85. France. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°0056, 7 mars 2007. p. 4297.

86. France. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF, 10 juillet 2010. p. 12762.

87. France. Instruction NOR IOCL1124524C du 9 septembre 2011 relative au droit de séjour des personnes victimes de violences conjugales. Disponible sur : www.circulaire.legifrance.gouv.fr

88. France. Décret n° 2013-8 du 3 janvier 2013 portant création du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. JORF n°0004, 5 janvier 2013. p. 407, texte n° 34.
89. France. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. JORF n°0179, 5 août 2014. p. 12949, texte n° 4.
90. France. Circulaire n° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

ADRESSES ELECTRONIQUES

91. Bureau Fédéral de l'Égalité entre Femmes et Hommes. *La spirale de la violence, typologies des auteur-e-s et des victimes : conséquences pour le travail de consultation et d'intervention*. Septembre 2012. Feuille d'information trois, disponible sur www.egalite-suisse.ch
92. Laroche D. *Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada en 2004*. Version révisée. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec ; 2007 [consulté le 29/09/2012]. Disponible sur : www.stat.gouv.qc.ca
93. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. *Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes*. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf
94. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. *Journée de lutte contre les violences faites aux femmes*. Dossier de presse du 20 Novembre 2014 disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/11/DP-violences-final.pdf>

95. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. *Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes*. Disponible sur <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
96. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. MIPROF. Article disponible sur <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-mission-interministerielle-de,91-.html>
97. Ministère des Droits des Femmes. *Plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes*. 2013. Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf>
98. Ministère de la Justice. *Dispositif femmes en très grand danger*. Article disponible sur <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/dispositif-femmes-en-tres-grand-danger-19710.html>
99. Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité. *Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels*. Brochure disponible sur http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Brochure_le-role-des-professionnels_Violences.pdf
100. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP). *Le profil des personnes de 18 à 75 ans s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint 1 ou ex-conjoint sur 2 ans lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » INSEE-ONDRP de 2008 à 2012*. Repère n°18. Octobre 2012. Enquête disponible sur : <https://www.inhesj.fr/>
101. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale. Editions Août 2016. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
102. Salmona M. *Les violences psychologiques au sein du couple*. Juin 2010. Article disponible sur : <http://stopauxviolences.blogspot.fr/2010/06/les-violences-psychologiques-au-sein-du.html>

103. Société Française de Médecine d'Urgence. *Violences faites aux femmes: les référents des urgences réunis pour une première journée de formation*. 28 Juin 2016. Article disponible sur www.sfm.org

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Réactualisé par le Pr. Bernard Hoerni et publié dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4