



HAL
open science

Hommes victimes de violences conjugales : une analyse des pratiques médico-légales en Haute-Normandie

Élise Hardoin

► **To cite this version:**

Élise Hardoin. Hommes victimes de violences conjugales : une analyse des pratiques médico-légales en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04787949

HAL Id: dumas-04787949

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04787949v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation

Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique

Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Remerciements

Aux membres du jury :

À *Monsieur le Professeur Gilles TOURNEL* : de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ma formation en me transmettant vos connaissances et la passion de notre métier ; en espérant continuer d'apprendre à vos côtés à l'avenir.

À *Madame le Docteur Bérengère DAUTRÊME* : de m'avoir épaulée et conseillée tout au long de ce travail de thèse et bien au-delà. Merci pour ton écoute, ta bienveillance et bien plus encore.

À *Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN* : de m'avoir accueillie dans votre service et de m'avoir transmis un peu de votre savoir.

À *Monsieur le Professeur Grégoire MOUTEL* : d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de donner un autre regard sur ce travail.

À *Monsieur le Docteur Bernard KOUNDÉ* : de m'avoir fait découvrir ce métier si passionnant et enrichissant et de m'avoir encouragée dans cette voie.

À *Monsieur le Docteur André GILIBERT* : pour le travail d'analyse des données, pour votre professionnalisme et votre écoute.

Aux membres du service de médecine légale : qui m'ont acceptée comme membre à part entière dans cette famille que forme la médecine légale. Merci à tous pour votre gentillesse, vos précieux conseils et votre écoute. Vous m'avez accompagnée dans cette nouvelle vie et j'espère que cela continuera à l'avenir.

Plus particulièrement merci à Albane et Audrey, pour avoir formé toutes ensembles un sacré trio.

Aux membres du service de l'UMD du CH du Rouvray : qui m'ont fait découvrir une nouvelle manière de voir le monde et qui m'ont transmis leur passion avec humour et bienveillance.

Aux membres du service des urgences pédiatriques : qui m'ont appris, toujours avec bonne humeur, leur savoir et la passion de leur métier.

Aux membres du service de l'UMJ du CH de Boulogne-sur-Mer : qui ont su m'accueillir avec bienveillance et m'ont permis de confirmer cette vocation pour ce métier si spécial.

À mes parents : sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Vous m'avez transmis vos valeurs, votre amour et votre soutien indéfectible. Je vous aime.

À ma famille : qui a su m'épauler tout au long de ce voyage. Un merci particulier à ma grand-mère ainsi qu'aux amis qui sont devenus, au fil des années, des membres à part entière.

À mes ami(e)s : qui m'ont soutenue et qui ont toujours cru en moi. A ceux d'hier et d'aujourd'hui, à ceux qui seront toujours là, à mes frères et sœurs de cœur. Vous avez grandi à mes côtés et j'espère nous voir vieillir tout(e)s ensemble. Un merci tout particulier :

À *Adèle*, qui m'a vu grandir (et que j'ai vu grandir) ;

À *Astrid*, pour ton soutien sans faille et ses soirées d'internat à rêver de notre avenir ;

À *Amélie* (parce qu'on aime toutes les deux les livres) et à *Solène*, pour nos soirées « mamies » ;

À *Candice*, mon acolyte, pour ces souvenirs, ces rires, ces bières, ces soirées, pour tout ;

À *Emma* et *Marie*, pour votre soutien sans faille et vos conseils ;

À *Laurine* (qui a su m'épauler depuis le début), *Alexandre* et *Kenjy*, qui ont rendu ma vie à Rouen plus douce.

Aux êtres chers : qui ont toujours su être à mes côtés au quotidien, dans les moments de joie comme de tristesse et qui, depuis toujours, partagent leur amour inconditionnel.

Une pensée particulière à ceux qui nous ont quittés mais qui, d'une certaine manière, continue de nous transmettre leur lumière.

Sommaire

INTRODUCTION	22
I. UNE HISTOIRE DE VIOLENCES CONJUGALES	23
Définition	23
Reconnaissance législative des violences conjugales à travers les âges	23
<i>Le XIXème : une ébauche</i>	24
<i>Le grand tournant des années 80-90</i>	25
<i>Et de nos jours ?</i>	25
Violences conjugales masculines, quelle place dans notre société ?	28
<i>Épidémiologie sur les victimes</i>	28
<i>Imaginaire collectif et média</i>	35
Considération et prise en charge des victimes	37
<i>Le parcours</i>	37
<i>L'ITT et le médecin légiste</i>	38
<i>A Rouen, le CASA, un foyer pour les accueillir</i>	39
Problématique et présentation du travail de thèse	39
II. MATERIEL ET METHODE	39
Méthode de l'étude	39
<i>L'identification</i>	40
<i>L'examineur</i>	40
<i>La typologie des violences</i>	40
<i>L'examen clinique somatique</i>	41
<i>L'examen clinique psychiatrique</i>	41
<i>Les conséquences des violences</i>	41
<i>Conclusions médico-légales</i>	41
Recrutement	42
Analyse des données	43
III. RESULTATS	44
Épidémiologie	44
Comparaison de l'ITT	47
IV. DISCUSSION	48
D'un point de vue épidémiologique	48
Attribution de l'ITT	55
Autres problématiques soulevées	57
V. CONCLUSION	59

Liste des abréviations

AS	Agression sexuelle
CASA	Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ESEPP	Enquête sur la Sécurité dans les Espaces Publics et Privés
ESG	Enquête Sociale Générale
IDN	Idées noires
IDS	Idées suicidaires
ITT	Incapacité Totale de Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAD	Syndrome anxio-dépressif
SSMSI	Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure
TA	Tentative d'autolyse
TSPT	Troubles du stress post-traumatique
VC	Violences conjugales
VIF	Violences intrafamiliales

Figures et tableaux

Figures :

Figure 1 : Décès dans le couple, évolution de 2006 à 2021	34
Figure 2 : Répartition des modes opératoires en 2021	35
Figure 3 : Flow chart de l'étude réalisée	42
Figure 4 : Forest plot de l'étude	47
Figure 5 : Répartition par tranches d'âge des victimes de violences conjugales en 2020	49
Figure 6 : Nombre de femmes de 15 à 64 ans victimes de violences conjugales pour 1 000 habitantes	57

Tableaux :

Tableau 1: Infractions et peines encourues dans le cadre de violences conjugales	23
Tableau 2 : Répartition des violences selon leur type et le sexe des victimes ("Journal of Interpersonal Violence, Rai and Choi, 2021")	30
Tableau 3 : Les victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de sécurité en 2020	32
Tableau 4 : Effectifs et proportions de victimes de violences conjugales au sein de l'enquête Genese	33
Tableau 5 : Évolution du nombre des victimes de violences conjugales lors des 2 confinements de 2020 par rapport aux mêmes périodes en 2019	33
Tableau 6 : Classification des infractions en fonction de l'ITT attribuée	38
Tableau 7 : Caractéristiques des patients de l'étude (identification)	44
Tableau 8 : Caractéristiques des patients de l'étude (typologie des violences)	44
Tableau 9 : Caractéristiques des patients de l'étude (examen somatique)	45
Tableau 10 : Caractéristiques des patients de l'étude (sémiologie psychiatrique)	46
Tableau 11 : Caractéristiques des patients de l'étude (conséquences des violences)	46
Tableau 12 : Caractéristiques des patients de l'étude (conclusions médico-légales)	47

Introduction

Les violences conjugales sont un enjeu majeur dans notre société actuelle comme en atteste leur présence prépondérante dans les médias et dans les décisions politiques aussi bien sur le plan national qu'europpéen. Pour devenir un enjeu de santé publique aussi important, de grandes avancées ont été réalisées au cours de notre histoire, notamment sur le plan juridique.

Bien que ce soit au travers des femmes, principales victimes et vectrices de l'information, que les progrès en matière de considération et de prise en charge ont pu être effectués, les hommes peuvent être également victimes de ce type de violences. Cette catégorie de victimes présente à ce jour peu de visibilité en matière de santé publique, de prévention et dans les médias. Quelles sont les données actuellement disponibles sur ce sujet dans notre pays et dans le monde ? Quel est la part d'hommes victimes de violences conjugales en France ?

Ce manque de représentation pose la question de la prise en charge et de l'accompagnement. Sont-ils similaires à ceux des femmes victimes ? En effet, existe-t-il une différence dans l'évaluation du retentissement de ces violences entre hommes et femmes par les professionnels concernés ? Et si une telle différence existe, quel peut en être l'impact dans la procédure judiciaire ?

Cette étude a pour objectif d'une part d'établir une épidémiologie des violences conjugales en Haute-Normandie et d'autre part d'évaluer s'il existe une différence d'évaluation de ces violences entre hommes et femmes dans cette zone.

Pour se faire, l'étude se base sur l'analyse des certificats médico-légaux et l'attribution du nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail, au sens pénal du terme, aux victimes de violences conjugales par les médecins légistes dans le cadre d'une procédure judiciaire. Les données épidémiologiques obtenues sont-elles en accord avec les données nationales et internationales ? Existe-t-il une tendance à donner davantage de jours à certaines victimes, en fonction de leur sexe, pour des caractéristiques identiques ?

I. Une histoire de violences conjugales

Définition (1) (2)

Les violences conjugales (VC) désignent l'ensemble des violences commises au sein d'un couple, quel que soit le statut relationnel des partenaires (mariage, Pacs, union libre, séparation). Il existe plusieurs formes de violences : physiques, verbales, psychologiques, économiques et sexuelles.

Elles se définissent par un pouvoir coercitif exercé par un partenaire sur l'autre.

L'OMS les décrit ainsi : « ... *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination* ».

En France, les violences conjugales sont punies par la loi. Elles entrent dans le cadre des violences volontaires et constituent une circonstance aggravante par le lien qui unit les protagonistes. Ainsi, le Code pénal définit que toute violence entre conjoints s'apparente à un délit.

Le tableau ci-dessous résume les diverses infractions possibles au sein des VC, les peines encourues, les articles ci-référents et leurs catégorisations.

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	CODE PENAL articles	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Captation d'images et diffusion d'images présentant un caractère sexuel	2 ans d'emprisonnement et 60 000 € d'amende	226-2-1	DELIT Tribunal correctionnel 6 ans pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail ≤ 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-12	
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail > 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	222-13	
Harcèlement par des propos ou comportements répétés (en fonction de l'ITT)	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'ITT)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-14	CRIME Cour d'assises 20 ans pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	
Viol	20 ans de réclusion	222-24	
Meurtre	Réclusion à perpétuité	221-1 et 221-4	

Tableau 1: Infractions et peines encourues dans le cadre de violences conjugales

Reconnaissance législative des violences conjugales à travers les âges

La reconnaissance juridique des violences conjugales, et plus particulièrement sur le plan pénal, est un long processus qui s'étend sur plusieurs siècles jusqu'à nos jours et qui ne cesse encore d'évoluer aujourd'hui au rythme de la société.

Quels sont les points marquants de l'Histoire à ce sujet en France ?

Le XIXème : une ébauche (3)

Au XIXème siècle, les violences conjugales pouvaient se résumer en une maxime : une violence pour deux normes ; celle de la justice civile et celle de la justice pénale. Ainsi, la régulation des conflits familiaux revenait aux deux Codes en vigueur à l'époque.

Il faut toutefois se placer dans le contexte de la société de l'époque où l'ambivalence entre droits et devoirs conjugaux, notamment en faveur du mari, rendait difficile pour le droit pénal de s'initier dans les affaires privées.

En 1804, on pouvait lire dans un article du Code civil, à qui incombait la tâche de réguler les affaires privées, que « ... *tous excès, sévices et injures graves*... » étaient des motifs valables de séparation des corps et donc de divorce.

Ainsi, la solution principale, fournie par la Justice aux victimes de violences conjugales, était le recours au divorce par l'intermédiaire du Code civil.

Or, l'utilisation des termes précédemment évoqués revenait à reconnaître une forme de violence intrafamiliale qui elle, était du ressort de la juridiction pénale en termes de délit voire de crime.

De plus, le Code pénal de l'époque, a instauré des textes et termes juridiques permettant de prendre en considération cette société à part entière qu'est la famille et les relations qui s'y jouent en son sein.

Pour exemple, on désignait, à l'époque, par le terme d'*uxoricide* le meurtre d'une femme par son mari puis par défaut de langage tout meurtre commis par un conjoint sur l'autre.

En 1791, on pouvait lire dans l'article 14 de la loi du 22 juillet 1791, que constituait comme circonstance aggravante, toute violence commise sur une femme.

En 1801, un projet de réforme de ces textes a été entrepris en vue de concevoir le futur Code pénal de 1810. Ses auteurs avaient pour ambition d'insister sur les violences commises au sein des familles. Dans ce contexte, ils ont proposé l'introduction du terme *conjugucide* pour aborder les homicides conjugaux et dont la peine serait alors comparable à celle d'un parricide.

L'emploi de ce terme montre ainsi un début de considération de l'existence de violences conjugales et de leur reconnaissance pénale. Pour autant il ne sera pas retrouvé dans le Code pénal de 1810.

En 1826, apparaît un travail statistique, appelé : « *Compte général de l'administration de la justice criminelle* », qui va mettre en lumière l'existence de ces violences au sein du couple. Ce dernier les nommera même les « *dissensions domestiques* ».

On peut alors observer une ébauche de reconnaissance de ces violences intra-familiales (VIF) comme une entité à part ayant un certain impact sur la société de l'époque. La médiatisation de plusieurs affaires de VC au cours de ces décennies va permettre d'améliorer les textes et la reconnaissance de ces dernières. L'avis de la

société est alors davantage pris en compte mais pose également le problème de l'objectivité des juges lors des procès.

Dans ce contexte, chaque affaire de VC était jugée au cas par cas, en tenant compte des textes, de la jurisprudence et de l'opinion publique. Aucun consensus n'était alors clairement établi.

Par ailleurs, la majorité des faits de VC n'aboutira pas à une démarche juridique pénale.

De ce fait, la volonté de préserver l'ordre social établi et l'unité familiale va prévaloir sur ces avancées juridiques et plus particulièrement sur la considération des VIF et ce, jusqu'au XXe siècle.

Le grand tournant des années 80-90 (4)

Les années 70 marquent un tournant en France avec un bouleversement dans la conception de la société qui devient davantage personnaliste.

L'individu et son identité à part entière vont alors supplanter l'ordre social existant, ce qui va influencer la Justice de manière générale.

En parallèle, l'émergence du féminisme, dans un contexte politique favorable dans les années 80, va permettre de mettre en lumière le problème des violences conjugales et pousser les autorités publiques à s'en préoccuper.

Dans ce contexte, l'individu et plus particulièrement les femmes vont, petit à petit, entrer au cœur des problématiques sociétales. En tenant pour exemple la reconnaissance et la définition, par la loi du 23 décembre 1980, du viol ; ce dernier étant autrefois considéré comme une affaire de mœurs et de l'ordre de la sphère du privé. Toutefois, la reconnaissance du viol entre époux par la jurisprudence (Cour de cassation de 1990) n'interviendra réellement qu'en 1992.

Cette année correspond d'ailleurs à l'adoption du Code pénal nouveau qui va poser la protection des personnes comme base du système répressif en France. Ainsi, ce nouveau code va intégrer comme circonstance aggravante toute violence commise par un conjoint sur l'autre, entraînant par là même une élévation du montant maximum de la peine encourue pour chaque délit et crime (1994).

D'autre part, tenant compte des évolutions sociales, ce texte va permettre une extension de la protection au concubin et conjoint, en l'absence de statut marital.

Et de nos jours ? (5,6)

Il faudra attendre les années 2000 pour voir apparaître de futures avancées. Ces dernières découlent notamment de l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes de 2002. La prévention et la répression des VC seront alors un point primordial de la loi du 12 décembre 2005, renforcée en 2006 (loi du 4 avril 2006).

Cette dernière a ajouté un volet préventif portant sur l'éloignement de l'auteur des violences quel que soit le statut relationnel avec la victime présumée. Ce dispositif

avait été créé par la loi du 12 décembre 2005 mais ne concernait que le conjoint et le concubin.

Elle met alors divers moyens en place, prévus pour toutes formes de couple : mariage, union libre ou PACS, ce qui implique qu'il peut s'agir d'un couple homosexuel ou d'anciens partenaires.

D'un point de vue pénal, la loi de 2006 prévoit que la circonstance aggravante sur conjoint demeure applicable même après la fin des relations, lorsque les faits ont été commis « *en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime* » (Article 132-80 du Code pénal). A noter que diverses infractions (violences, tortures et actes de barbarie) comprenaient déjà, depuis le Code pénal de 1992, une telle cause d'aggravation.

En application de ce principe, elle a ainsi étendu cette circonstance aggravante au meurtre (article 221-4, alinéa 9, nouveau du Code pénal). La peine maximale passe alors de trente ans de réclusion criminelle à la réclusion criminelle à perpétuité. Il en est de même pour les violences sexuelles. Elle reconnaît, dans l'article 222-22, que les agressions sexuelles sont constituées « *quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage* ». A noter que la peine maximale pour le viol commis par le conjoint, le concubin ou le pacsé est passée de quinze ans à vingt ans de réclusion criminelle.

Sur le plan civil, la notion de respect mutuel entre conjoint, reconnu jusqu'alors par la jurisprudence est également introduite en 2006 dans l'article 212 du Code civil.

A cette époque, un 1^{er} plan triennal est lancé par le Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale afin de financer des campagnes de sensibilisation auprès du grand public et des professionnels de santé (notamment pour dépister et prendre en charge les victimes). Une plateforme téléphonique est également créée, le 3919.

En 2010, les violences faites aux femmes deviennent « une grande cause nationale ». Dans ce contexte, la loi du 9 juillet 2010 est mise en place. Elle permet d'étoffer les dispositifs de lutte contre les violences conjugales.

Elle supprime, par exemple, la notion de présomption de consentement aux relations sexuelles entre époux. Elle renforce, par ailleurs, la répression des violences psychologiques et crée ainsi le délit de harcèlement moral entre époux, concubins ou pacsés (article 222-33-3 du Code pénal).

D'un point de vue préventif, cette loi permet la délivrance d'une ordonnance de protection des victimes en urgence et met en place des mesures d'éviction du conjoint(e) présumé(e) violent(e).

Dans les années 2010-2019, plusieurs plans triennaux vont permettre d'améliorer la lutte contre les violences faites aux femmes et par extension aux VIF et VC.

Les professionnels de santé vont ainsi être formés à dépister et prendre en charge ces violences.

Un protocole national pour l'amélioration et la prise en charge des victimes de violences conjugales (en particulier les femmes) est également mis en place en 2014. Le « *téléphone grand danger* », nouveau dispositif de protection des victimes, est ainsi créé. Il permet à une victime de contacter directement une plateforme spécialisée en cas de danger qui préviendra les Forces de l'Ordre si besoin. Il est réservé aux cas les plus graves de VC.

En 2019, un Grenelle sur les violences conjugales a été lancé afin d'établir des engagements concrets et collectifs pour lutter plus efficacement contre ces violences. 54 mesures ont ainsi été rédigées dans le but de prévenir ces dernières, de protéger les victimes et d'éviter les récidives (7).

Dans ce contexte, le rôle des professionnels de santé devient prépondérant dans le dépistage et l'accompagnement des victimes de violences conjugales. La loi du 30 juillet 2020 leur permet ainsi d'informer le procureur de la République de toute information relative à des VC « *lorsqu'il[s] estime[nt] en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences* ». Ces professionnels doivent, dans la mesure du possible, obtenir l'accord de la victime majeure et l'informer de ce signalement. Par ailleurs, cette loi a permis la création de nouvelles infractions d'atteintes à la vie privée entre conjoints en ajoutant la circonstance aggravante dans ce contexte (usurpation d'identité, appels téléphoniques malveillants, ...). Ces infractions ont été considérées comme telles depuis août 2020 (8).

Enfin, depuis le 1er janvier 2024, des pôles spécialisés dans la lutte contre les VIF supervisent le traitement des plaintes pour violences conjugales.

Ils sont composés d'un juge du siège et d'un membre du Parquet et ont pour mission d'améliorer la circulation des informations entre les différents acteurs.

L'ensemble de ces évolutions juridiques témoigne du long parcours de reconnaissance de ces violences et de leurs victimes par la société. Ces dernières années se sont concentrées sur les violences faites aux femmes avec des avancées marquantes en termes de considérations politique, sociétale et juridique. Le tout aboutissant à une assimilation des violences conjugales comme des violences faites aux femmes, sans aborder de manière concrète celles subies par les hommes au sein des VIF.

Comment sont alors réparties les violences conjugales, quel est le profil des victimes ?

Violences conjugales masculines, quelle place dans notre société ?

Épidémiologie sur les victimes

Que représente la part d'hommes et de femmes victimes de violences conjugales dans nos sociétés actuelles ? Quelles sont les dernières données épidémiologiques dont nous disposons ?

a. Dans le monde

Plusieurs études ont été menées à travers le monde dans le but d'établir un profil des victimes de VC et ainsi de déterminer l'impact de ces violences sur nos sociétés. Cependant, les dernières études purement épidémiologiques sur le sujet datent du début des années 2000, laissant interrogatif sur leur caractère représentatif de l'actualité. En effet, ces dernières décennies, de nombreuses avancées en termes de libération de la parole des victimes ont été réalisées. Il faut également prendre en considération l'amélioration de leur prise en charge par les forces de sécurité des différents pays. Ces facteurs influencent le pourcentage de victimes recensées.

Toutefois, une étude multicentrique menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), réalisée en 2006, a permis de mettre en évidence une prévalence de femmes victimes de violences conjugales allant de 15% à 70% selon les pays. Dans cette étude, 24 000 personnes ont été interrogées, issues de tous les milieux socio-culturels, dans 10 pays (9).

De plus, un rapport a été diffusé par l'OMS en 2021 sur les violences commises par les partenaires intimes notamment à l'égard des femmes entre 2000 et 2018 dans près de 160 pays. Cependant, ce rapport ne prend en compte que les violences physiques et sexuelles (du fait que ces violences sont définies et mesurées de la même manière dans les différentes enquêtes qui ont permis d'établir ce rapport).

Ainsi, selon ce dernier, environ 27% des femmes, âgées de 15 à 49 ans, ont subi au moins un acte de VC dans leur vie depuis l'âge de 15 ans.

Cette proportion augmente jusqu'à 40%, voire plus, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et d'Océanie. Dans la plupart des pays européens et en Amérique du Nord, ce pourcentage se situe aux alentours de 25%.

Sur une année, environ 13% des femmes dans le monde sur cette tranche d'âges ont subi au moins un acte de violence de la part d'un partenaire ou ex-partenaire. Aucune donnée concernant les victimes masculines de VC n'avait été fournie par l'OMS dans ce rapport.

Il est également intéressant de se pencher sur les études statistiques réalisées par les gouvernements dans un objectif de description et de prévention.

Pour exemple, la dernière étude réalisée sur le sujet par l'Institut de Statistique du Québec en 2021-2022 qui se base sur les données de 2019. Au cours de cette année, les femmes représentaient la majorité des victimes de VC (76,2%). Cependant, le taux

de victimes de VC, entre 2015 et 2019, a progressé plus rapidement chez les hommes (+ 17,6 %) que chez les femmes (+ 8,2 %).

Les femmes étaient davantage représentées parmi les victimes d'infractions graves telles que les agressions sexuelles (97,5%), les homicides et les tentatives de meurtre (89,7%), ...

La tranche d'âge la plus représentée chez les victimes de VC en 2019 au Canada était les 25-29 ans (672 victimes/100 000 personnes) puis les 18-24 ans (608 victimes/100 000 personnes) et enfin les 30-39 ans (606 victimes/100 000 personnes).

Enfin, la majorité des auteurs de ces infractions étaient des hommes (77,1%).

Certaines études scientifiques réalisées sur le sujet se concentrent davantage sur l'instauration de ces violences au sein des familles, de leur répercussion et des conséquences en termes de santé et d'économie.

Aux Etats-Unis, les VC ont ainsi été responsables en 2010 de 1 295 décès ce qui correspond à environ 10% de l'ensemble des homicides de cette même année dans le pays.

Selon une enquête nationale du pays réalisée en 2011, les hommes seraient trois fois moins à risque de subir des blessures dues à ces violences que les femmes. La première agression survient avant l'âge de 25 ans chez 58,2% des hommes victimes de VC. A noter que 14,1 % des hommes ont été victimes pour la première fois avant l'âge de 18 ans.

Les auteurs précisent que ces données sont par ailleurs largement sous-estimées en lien avec l'absence de signalement de ces violences auprès des forces de sécurité (10)

Un rapport du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), réalisé en 2016 au Royaume Uni sur les violences domestiques, inclut désormais la part des VC subies par les hommes. Dans ce rapport, le terme de violences domestiques comprend notamment les violences et abus entre partenaires intimes (anciens ou actuels). Il prend en considération toute forme de violences psychologiques, physiques, sexuelles, financières et émotionnelles. En se basant sur des chiffres recueillis par une association caritative de soutien aux hommes victimes de VC (*ManKind Initiative*), il a été mis en évidence une augmentation du nombre de cas de VC chez les hommes signalés auprès des forces de sécurité. Ainsi, en Angleterre et au Pays de Galles, en 2015, 128 767 hommes ont déclaré avoir été victimes de VC. Ce nombre était de 115 818 en 2014 et de 92 139 en 2013.

Dans ce rapport, les auteurs émettent l'hypothèse que ce manque de signalement réalisé par les hommes victimes peut s'expliquer par le fait que ces derniers peuvent avoir l'impression d'être les seuls à en faire l'expérience. En effet, 59% des victimes masculines de VC sont plus à même de croire qu'il ne s'agit pas de VC, contre 40% des victimes féminines (11).

Plus récemment, une étude américaine, publiée en 2021, s'est penchée sur le profil des victimes de VC au sein de la communauté sud asiatique américaine. En effet, les auteurs précisent que cette communauté, dont ils sont eux-mêmes membres, comprend environ 5,4 millions de personnes à travers les Etats-Unis. Pour ces derniers, les différentes études basées sur les VC au sein de cette communauté se sont principalement concentrées sur les femmes qui, de par leur culture sud-asiatique, ne se reconnaissaient pas en tant que victimes ; conduisant à des lacunes et incohérences sur les taux de prévalence des VC.

L'objectif de leur étude était alors d'examiner la prévalence de victimes de VC au sein de cette communauté.

Ils ont recueilli un échantillon de 468 personnes à travers 50 États des Etats-Unis au sein de 7 groupes ethniques sud-asiatiques. 44% des participants étaient des hommes et 64,2% des individus avaient entre 18 et 35 ans. L'ethnie la plus représentée était la communauté indienne (70,2% des participants).

Au regard de la typologie des violences subies, la plus répandue était la violence physique (48%), suivie par la violence psychologique (38%). Les violences économiques (35%) et verbales (27%) étaient également décrites. Enfin, les violences sexuelles représentaient 11% des violences.

Le tableau ci-dessous résume la répartition de ces violences selon leur typologie et le sexe de la victime au sein de cette étude (12).

	Violences physiques N = 224	Violences psychologiques N = 176	Violences économiques N = 163	Violences verbales N = 128	Violences sexuelles N = 50
Part des hommes	41%	35%	29%	22%	10%
Part des femmes	57%	43%	42%	34%	12%

Tableau 2 : Répartition des violences selon leur type et le sexe des victimes ("*Journal of Interpersonal Violence, Rai and Choi, 2021*")

Les dernières données épidémiologiques internationales démontrent l'intérêt que suscite la problématique des violences conjugales pour les différents gouvernements. Toutefois, la part des hommes victimes de violences conjugales reste peu documentée sur le plan international. Quelles sont les dernières données sur le sujet en France ?

b. En France (13) (14) (15)

En France, depuis 2007, une enquête menée chaque année par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) a pour but d'évaluer et de décrire les infractions dont sont victimes les familles et les individus. Il s'agit de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS). Elle permet de compléter les données administratives sur les infractions relevées par les Forces de l'Ordre, avec ou sans plainte au décours.

Elle a lieu en partenariat avec l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP, supprimé fin 2020) et avec le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI, créé en 2014).

Le recueil des informations au cours de cette enquête distingue d'une part la nature des violences subies (sexuelles ou physiques) et d'autre part le lieu de résidence de l'auteur présumé. A noter que dans ce contexte, les violences psychologiques et verbales ne sont pas représentées.

D'après cette étude, sur la période de 2011 à 2018, en moyenne par an, on estime le nombre de victimes de VC à 295 000 en France métropolitaine dont 82 000 hommes soit 28% des victimes de VC environ (hors prise en considération des violences verbales et psychologiques). Ces violences aboutissent peu à des plaintes, notamment en matière de violences à caractère sexuel.

Ainsi, sur cette période, 27% des victimes, en moyenne par an, se sont rendus dans un commissariat ou dans une brigade de gendarmerie ; 18% des victimes ont déposé plainte et 7% une main courante ou un procès-verbal de renseignement judiciaire.

Plus récemment, en 2020, hors homicides, les Forces de l'Ordre ont recensé 159 400 victimes de VC dont 12,7% d'hommes. La discordance qui existe entre le pourcentage d'hommes victimes enregistrées par les forces de sécurité (12,7 %) et la proportion rapportée par l'enquête CVS d'hommes victimes (28%) peut s'expliquer par le fait que les hommes déposent moins souvent plainte que les femmes dans ce contexte.

La majorité des VC commises par le conjoint, sans tenir compte de son sexe (homme ou femme), sont des violences volontaires physiques ou psychologiques.

Seulement 3% des victimes de VC ont porté plainte pour des violences à caractère sexuel.

Ainsi, en 2020, concernant les violences physiques volontaires, 113 800 victimes ont été notifiées. Cela correspond à environ 71% de l'ensemble des VC enregistrées. Plus des ¾ des victimes étaient des femmes.

Pour les violences psychologiques, les Forces de l'Ordre ont recensé 36 700 délits de harcèlement et de menaces par conjoint. Dans 43% des cas, il s'agissait de menaces de mort. 11% des victimes étaient des hommes.

A noter que ces derniers sont plus souvent victimes de violences verbales à type d'insultes et de propos diffamatoires à hauteur de 59%.

Les conséquences de ces violences peuvent entraîner ou non une incapacité totale de travail (ITT). Le tableau ci-dessous décrit la répartition des victimes de violences conjugales enregistrées par les Forces de l'Ordre en France en 2020 ainsi que la catégorisation et la description des infractions retenues.

	Victimes femmes	Victimes hommes	TOTAL	Part des femmes parmi les victimes (en %)
Crimes	4 690	110	4 810	98
homicides	102	23	125	82
viols	4 560	80	4 640	98
autres crimes sur partenaires	30	10	40	75
Délits	134 590	20 120	154 710	87
agressions sexuelles	850	20	870	98
violences volontaires, avec ou sans ITT	98 990	14 800	113 790	87
<i>dont ITT > 8 jours</i>	3 760	350	4 110	91
<i>dont ITT < 8 jours</i>	41 090	5 280	46 370	89
<i>dont sans ITT</i>	54 140	9 170	63 310	86
menaces de mort	14 280	1 510	15 790	90
harcèlement et autres menaces	18 530	2 400	20 930	89
atteintes à la vie privée	1 170	260	1 430	82
injures, diffamations ...	770	1 130	1 900	41
TOTAL	139 280	20 230	159 520	87
TOTAL hors homicide	139 190	20 210	159 400	87

Tableau 3 : Les victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de sécurité en 2020

Il semble important de préciser que ces chiffres émanent des données fournies par les Forces de l'Ordre et ne sont pas le reflet de la population générale. Il est alors possible de citer l'enquête Genese qui se penche sur le sujet. Ainsi, cette enquête, réalisée en France en 2021, est la première enquête statistique du (SSMSI, créé en 2014). Elle a pour objectif d'établir, par l'intermédiaire d'un large échantillon d'hommes et de femmes (109 000 individus) vivants en France métropolitaine, âgés de 18 à 74 ans, une vue d'ensemble des violences dans notre pays. Elle définit ainsi les violences en 3 groupes : les violences subies durant l'enfance, les violences subies au sein des couples et les violences commises par d'autres individus (non-partenaires).

D'après cette dernière, plus d'un homme sur 5 et une femme sur 4 rapportent avoir subi au moins un épisode de violences psychologiques depuis l'âge de 15 ans dans un contexte de couple. Dans le cadre de violences physiques et sexuelles, il s'agit d'un homme sur 18 et d'une femme sur 6. La figure ci-dessous détaille les effectifs et proportion des victimes de VC dans l'étude Genese (16).

	Effectifs en milliers					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Victimes au moins une fois depuis l'âge de 15 ans						
Violences psychologiques	4 012	18,7	6 164	27	10 176	23
<i>Contrôle ou emprise</i>	3 192	14,9	4 260	18,7	7 453	16,8
<i>Harcèlement moral ou dénigrement</i>	1 751	8,2	4 523	19,8	6 275	14,2
<i>Intimidations ou menaces</i>	1 656	7,7	3 822	16,8	5 477	12,4
Violences physiques ou sexuelles	1 192	5,6	3 622	15,9	4 815	10,9
<i>Violences physiques exclusivement</i>	891	4,2	1 750	7,7	2 642	6
<i>Violences sexuelles exclusivement</i>	SD	SD	626	2,7	786	1,8
<i>Violences physiques et sexuelles</i>	141	0,7	1 246	5,5	1 388	3,1
Victimes au moins une fois au cours des 5 dernières années						
Violences psychologiques	2 018	9,4	2 378	10,4	4 396	9,9
Violences physiques ou sexuelles	402	1,9	985	4,3	1 387	3,1
Victimes au moins une fois au cours des 12 derniers mois						
Violences psychologiques	825	3,9	969	4,2	1 794	4,1
Violences physiques ou sexuelles	144	0,7	270	1,2	414	0,9

SD : sous le seuil de diffusion

Tableau 4 : Effectifs et proportions de victimes de violences conjugales au sein de l'enquête Genese

Il est également intéressant de se pencher sur les chiffres de 2020. En effet, lors des périodes de confinement sanitaire liées à l'épidémie de Covid-19, le nombre de faits de VC enregistrés par les Forces de l'Ordre a diminué par rapport au nombre sur les mêmes périodes de 2019.

Cependant, en rétrospection sur l'année et en prenant en considération la date de commission des faits rapportés, on constate une hausse du nombre de victimes de 10% lors du 1^{er} confinement par rapport à la même période de 2019.

Ces chiffres ne sont toutefois pas définitifs. En effet, les faits commis pendant les confinements qui ont été enregistrés par les Forces de l'Ordre en janvier 2021 ne sont pas encore comptabilisés.

	Evolution (en %) entre les périodes		
	1er confinement 2020 17/03/2020 au 10/05/2020 VS 17/03/2019 au 10/05/2019	2ème confinement 2020 30/10/2020 au 14/12/2020 VS 30/10/2019 au 14/12/2019	Ensemble des 2 confinements 2020
Ensemble violences conjugales en date d'enregistrement	-3	-8	-6
<i>dont violences volontaires, avec ou sans ITT</i>	8	-9	-1
<i>dont harcèlement par conjoint</i>	-37	-6	-20
<i>dont menaces de mort</i>	-37	-13	-19
<i>dont viols</i>	-19	3	-7
Ensemble violences conjugales en date de commission *	10	-13	0

(*) Pour 2020 : faits commis durant les périodes de confinement et enregistrés avant début janvier 2021 ; pour 2019 : faits commis durant les périodes de 2019 correspondant à celles des confinements de 2020 et enregistrés avant début janvier 2020.

Tableau 5 : Évolution du nombre des victimes de violences conjugales lors des 2 confinements de 2020 par rapport aux mêmes périodes en 2019

Le tableau ci-dessus montre l'évolution du nombre de victimes de VC enregistrées par les Forces de l'Ordre lors des confinements de 2020 par rapport aux périodes de 2019.

En résumé, en France, presque 1/3 des victimes de VC sont des hommes. En prenant en considération les victimes enregistrées par les Forces de l'Ordre, ce pourcentage diminue pour atteindre 13% des victimes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes ont tendance à ne pas signaler les violences dont ils sont victimes auprès des brigades de gendarmerie et des commissariats.

Selon les dernières études épidémiologiques réalisées en France, les consultations répétées concernaient davantage les femmes. L'âge moyen est d'environ 41 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes.

En se penchant sur la typologie des violences subies, les coups de poing et griffures sont retrouvées en première intention chez les victimes masculines. Les femmes victimes, quant à elles, subissent en premier lieu des saisies et poussées puis des coups de poing ou gifles.

A noter que les victimes masculines sont plus fréquemment la cible de coups portés à l'aide d'objets contondants et d'armes blanches.

En se focalisant sur les lésions retrouvées au cours des examens médico-légaux ; les abrasions, contusions et hématomes sont constatés majoritairement. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes victimes. Toutefois, les hommes présenteraient davantage de plaies et de lésions viscérales/vasculaires que les femmes (17,18).

Concernant les violences psychologiques, il n'a pas été retrouvé de données récentes sur le sujet en France. Il en est de même pour les VC au sein des couples homosexuels.

Enfin, selon l'étude de la Délégation aux victimes (DAV) sur les morts violentes au sein du couple réalisée en 2021, 143 victimes d'homicide ont été enregistrées soit 122 femmes et 21 hommes. On note une augmentation de l'ordre de 14% des homicides au sein des couples. Ces chiffres correspondent à un décès au sein des couples tous les 2 jours ½ en France. Le diagramme ci-dessous indique la part d'hommes et de femmes victimes d'homicide au sein du couple en France entre 2006 et 2021 (18).

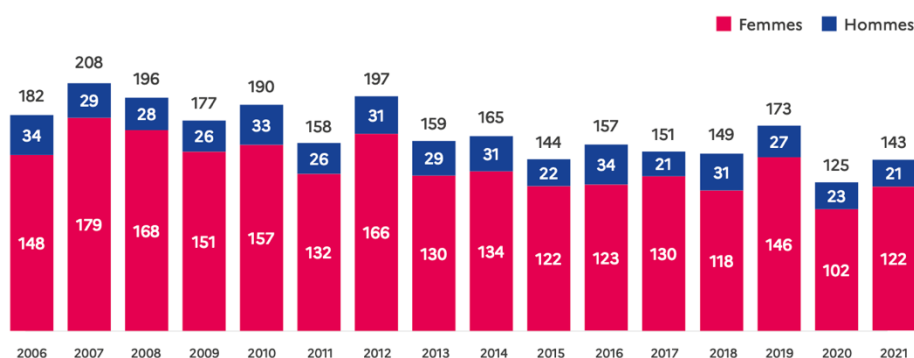


Figure 1 : Décès dans le couple, évolution de 2006 à 2021

Dans plus de 8 cas sur 10, l'auteur était un homme. La tranche d'âge majoritaire pour les victimes comme pour les auteurs est de 30 à 49 ans. L'utilisation d'armes est majoritairement retrouvée chez les femmes auteurs. Les auteurs masculins, quant à eux, utilisent des modes opératoires plus diverses comme le montre le diagramme ci-dessous (18).

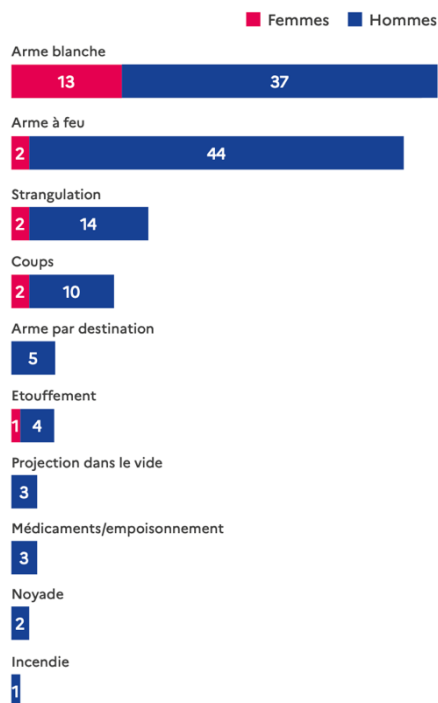


Figure 2 : Répartition des modes opératoires en 2021

Parmi les hommes victimes, 29% avaient subi des violences conjugales antérieures et un homme avait déposé plainte (18).

Dans 80% des cas, les faits étaient qualifiés de meurtre, dans 17% des cas d'assassinat (meurtre avec préméditation) et dans 3% des cas de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Enfin, la part des tentatives d'homicide au sein des couples en France en 2021 sur l'ensemble des tentatives d'homicide était de 7% (19).

Ainsi, presque un tiers des victimes de VC sont des hommes. Toutefois, la problématique des VC est majoritairement abordée au travers des femmes victimes que ce soit dans les médias, chez les professionnels de santé, chez les Forces de l'Ordre ou dans la société de manière générale.

Qu'en est-il de la représentation des hommes victimes de VC dans l'imaginaire collectif (société, médias, ...) ?

Imaginaire collectif et média (20–24)

La reconnaissance des hommes victimes de violences conjugales est un fait récent dans nos sociétés occidentales.

La première appellation de ces hommes victimes survient en 1977, aux Etats-Unis, sous la nomination de « *mari battu* ». Cette expression, employée par la sociologue américaine Suzanne Steinmetz, apparaît dans son étude « *Behind Closed Doors - Violence in The American Family* » sortie en 1980.

Cet ouvrage est basé sur une enquête nationale de sept ans et portant sur plus de 2 000 familles américaines. Elle a pour objectif d'étudier les violences intrafamiliales (violences physiques et verbales) et de retracer le lien qui existe entre ces dernières et les interactions qui subsistent entre les membres d'une même famille.

Le terme de « *mari battu* » sera, par la suite, remplacé par celui d'« *homme battu* » dans le langage courant.

Si la reconnaissance des femmes victimes de VC reste précaire, celle des hommes victimes le semble d'autant plus. La considération de ces femmes victimes découle de plusieurs années d'étude sur le sujet. Dans ce contexte, celle des hommes (comme vu dans le précédent paragraphe) en est encore à ses balbutiements. Ce décalage temporel peut s'expliquer en partie par une population cible moindre. Les informations disponibles sur le sujet se retrouvent principalement lors d'études épidémiologiques.

Toutefois, la naissance de diverses associations de défense des hommes victimes de VC dans plusieurs pays est un fait encourageant. Il est possible de citer l'association *Mankind Initiative* au Royaume-Uni ou encore *About 1IN3* en Australie (25) qui militent pour la reconnaissance des hommes victimes de VIF.

En France, l'association *SOS Hommes Battus France*, créée en 2020, démontre une volonté dans notre pays de faire entendre la voix de ces victimes.

A travers ces associations, différents moyens de lutte et de protection sont mis en œuvre tels que des groupes de paroles, des permanences téléphoniques ou des centres d'hébergement d'urgence. Certains de ces derniers sont réservés aux hommes comme en Corée du Sud, au Canada ou en Suisse. A noter que, bien qu'il n'en existe pas en France, les refuges existants ont pour objectif de venir en aide à toute victime de VIF, sans tenir compte de leur genre ou orientation sexuelle.

L'ensemble de ces exemples atteste d'une volonté de reconnaissance de toutes les victimes de VC et de VIF quel que soit leur genre. Pour les hommes victimes, cette légitimation a débuté plus tardivement en lien avec une population cible moins nombreuse et une forme de tabou de nos sociétés.

Malgré la précarité de cette légitimation, des mesures gouvernementales et des changements de mentalité s'opèrent dans nos sociétés permettant une meilleure prise en charge de ces victimes.

Considération et prise en charge des victimes

Le parcours (26)

a. Où s'adresser ?

Les victimes de violences conjugales en France peuvent s'adresser à divers acteurs. Si elles nécessitent des soins médicaux urgents ou non, elles peuvent consulter tout professionnel de santé en cabinet libéral ou dans les hôpitaux. Ces derniers pourront par la suite les orienter à travers les diverses démarches voire réaliser un signalement s'ils le jugent nécessaire et selon certains critères.

Les associations d'aide aux victimes sont nombreuses en France, organisées en fonction des départements et régions. Chaque victime peut donc s'orienter vers ces dernières en fonction de sa localisation géographique. Ces associations regroupent, en général, des professionnels de santé (médecins, psychologues, sage-femmes, ...), des assistantes sociales et des aides juridiques. Il existe également des centres d'hébergements d'urgence.

Les victimes peuvent également contacter la plateforme téléphonique : 3919. Il s'agit d'une plateforme d'écoute et de réponse primaire pour orienter ou transférer vers un numéro utile. Elle ne traite pas des situations d'urgence nécessitant le recours aux Forces de l'Ordre.

b. Porter plainte

Les personnes victimes de VC peuvent à tout moment s'orienter vers les services de police ou de gendarmerie afin de déposer une plainte ou signaler une situation d'urgence.

A noter qu'il n'existe plus de dépôt de main courante pour les victimes de VC, il s'agit directement d'un dépôt de plainte depuis 2020 (27).

c. Constater ses blessures

Lors du processus de dépôt de plainte ou à leur demande, les victimes peuvent faire constater leurs blessures causées par ces violences (qu'elles soient physiques ou psychologiques) par un professionnel de santé. Ce dernier rédige alors un certificat descriptif qu'il va remettre à la personne demandeur.

Sur réquisition judiciaire, ce certificat sera remis à l'autorité requérante. Si c'est la victime qui en fait la demande, il lui sera remis en main propre.

Depuis le 31 mars 2021, les victimes peuvent demander une copie de ce certificat lorsque celui-ci a été rédigé sous réquisition judiciaire (28).

L'ITT et le médecin légiste

Au décours de la rédaction de ce certificat descriptif, le médecin peut délivrer une Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme.

Qu'est-ce que l'ITT et à quoi correspond-elle ?

L'ITT est un terme juridique correspondant à l'incapacité pour la victime d'effectuer les actes de la vie quotidienne tels que s'alimenter, se laver, se mouvoir, ... Il n'y a pas de lien avec le travail de la personne.

Elle est établie par le médecin qui évalue les conséquences de ces violences sur la victime. Elle ne reflète pas la violence administrée. Son existence implique une perturbation des actes de la vie courante en raison d'un traumatisme qu'il soit physique, sexuel ou psychologique.

Dans le cadre de violences volontaires		
ITT	≤ 8 jours	> 8 jours
Catégorisation de l'infraction	Contravention de 5e classe (tribunal de police)	Délit (tribunal correctionnel)

Dans le cadre de violences involontaires		
ITT	≤ 3 mois	> 3 mois
Catégorisation de l'infraction	Contravention de 5e classe (tribunal de police)	Délit (tribunal correctionnel)

Tableau 6 : Classification des infractions en fonction de l'ITT attribuée

Elle est un indicateur de la conséquence de ces violences sur les personnes pour les magistrats et les Forces de l'Ordre. Elle aide ainsi à catégoriser les infractions sur le plan pénal. Les tableaux ci-dessus résument la classification des infractions en fonction de l'ITT attribuée.

A noter que cela reste un indicateur, les magistrats étant les seuls décideurs pour catégoriser ces violences. De plus, dans le cadre de VC, il s'agit d'une circonstance aggravante et donc d'un délit.

En France, ce sont les médecins légistes qui établissent majoritairement les ITT dans le cadre de réquisitions judiciaires ou à la demande des victimes. Ils peuvent également conseiller une expertise psychologique ou psychiatrique du retentissement des violences subies s'ils le jugent nécessaire.

Ces médecins légistes exercent au sein d'unités médico-judiciaires (UMJ). Il s'agit d'un service pluridisciplinaire composé de professionnels de santé, de psychologues,

d'agents médico-administratifs, de juristes et de représentants d'associations d'aide aux victimes. Elles se situent au sein des hôpitaux et permettent ainsi d'établir un lien entre justice et santé. Les victimes reçues peuvent alors être orientées vers d'autres services de santé en fonction des besoins.

A Rouen, le CASA, un foyer pour les accueillir

En Seine Maritime, la principale UMJ se situe à Rouen au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) Charles Nicolle. Il s'agit du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA). Comme pour les autres UMJ en France, il est composé de professionnels de santé, de psychologues, d'une assistante sociale et de représentants d'associations d'aides aux victimes.

Il se compose également d'une Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED) qui reçoit les enfants victimes.

En 2023, 6 963 actes cliniques ont été réalisés dont 5 725 consultations médico-légales.

20.5% de ces consultations concernaient des victimes de VC, soit 1 171 consultations. Dans le cadre de consultations psychologiques, 145 victimes de VC ont été vues dont 4 hommes (Sources : données recueillies *via* les archives du CASA).

Problématique et présentation du travail de thèse

La reconnaissance des victimes de VC est un long processus tant sur le plan sociétal que sur le plan légal.

Les hommes sont les principaux auteurs de ces violences. Néanmoins, ils représentent près d'un tiers des victimes de VC en France.

De part l'imaginaire collectif et la représentation inter et intrapersonnel des hommes victimes de VC, leur prise en charge est-elle la même ?

Pour tenter de trouver une ébauche de réponse à cette question, nous nous sommes intéressés à l'évaluation des victimes de VC par les médecins légistes et notamment au travers de l'ITT. Ces médecins évaluent-ils de la même manière les hommes victimes et les femmes victimes de VC pour des faits similaires (contexte, blessures, ...) ? Existe-t-il une différence dans le nombre de jours d'ITT attribués au décours des consultations ?

II. Matériel et méthode

Méthode de l'étude

Une étude quantitative observationnelle rétrospective monocentrique a été réalisée afin de comparer l'évaluation des violences conjugales, par un médecin

légiste, en fonction du sexe de la victime et ce, en se basant sur une donnée quantitative qu'est l'ITT.

Pour se faire, plusieurs données ont été recueillies dans les archives numériques du CASA de Rouen. Ces données sont regroupées sur plusieurs documents *Excel*.

Dans un premier temps, les profils des patients ont été sélectionnés et regroupés sur un document *Excel* sur une période allant de janvier 2018 à décembre 2022.

Tous les profils masculins sur cette période ont été recrutés. Afin d'augmenter la puissance statistique, il a été convenu de recruter deux profils féminins pour un profil masculin. Ces dernières ont été incluses de manière aléatoire.

Dans un second temps, sur un autre document *Excel*, les profils ont été anonymisés à l'aide d'un numéro d'identification et les diverses données nécessaires ont été recueillies et catégorisées après lecture des compte-rendu médicaux.

Si des données étaient manquantes, celles-ci étaient notifiées : « *DM* ». De même, lorsque des données ne concernaient pas le profil de la victime, elles étaient marquées par « *NC* ». Plusieurs catégories de données ont été créées et détaillées ci-dessous.

L'identification

Le sexe de la victime, son âge, la présence ou non d'antécédents pouvant interférer avec l'évaluation pratiquée lors de la consultation ont été recueillis.

De même, le contexte et le statut relationnel de la victime vis-à-vis de son agresseur présumé ont été intégrés (couple, grossesse, séparation, garde partagée).

L'examineur

L'identification du médecin examinateur et son sexe ont été recueillis. L'utilisation des initiales des médecins a été retenue.

La typologie des violences

Le type de violences subies a été précisé comme suit :

- les violences physiques (*VP*) ;
- les violences verbales (*VV*) correspondant aux insultes, menaces de morts et propos dévalorisants ;
- les violences psychologiques (*psy*) avec les menaces de mort avec objets, le contrôle financier et relationnel.

Il a été précisé s'il s'agissait d'épisodes uniques ou multiples et si le laps de temps entre le dernier fait de violences et la consultation au CASA était \leq ou $>$ à 1 mois.

Les éventuelles consultations auprès d'autres professionnels de santé au décours, ainsi que le nombre de consultations antérieures au CASA ont été recueillis.

L'examen clinique somatique

Le nombre d'ecchymoses, abrasions et dermabrasions retrouvées à l'examen clinique est regroupé en un unique groupe avec un chiffre arbitrairement fixé \leq ou $>$ à 5 pour les catégoriser. Il en est de même avec le nombre d'hématomes. Ainsi, trois sous-catégories étaient possibles : 0, \leq 5, $>$ 5.

Le choix du nombre 5 a été fixé en se basant sur le nombre lésions le plus fréquemment retrouvé dans les rapports.

La présence d'une plaie par arme blanche, par arme à feu et d'une éventuelle fracture était notifiée.

Si des violences à caractère sexuel étaient décrites, leur type était divisé en deux catégories : *viol ou attouchement*.

Enfin, l'âge des lésions (si contemporaines entre elles ou d'âges différents) et leur localisation (zones de prise/défense ou zones non visibles) étaient pris en compte.

L'examen clinique psychiatrique

La présence d'une réaction psychologique adaptée, d'un état de stress aigue, d'un trouble de stress post-traumatique (SSPT), d'idées noires (IDN), d'idées suicidaires (IDS), de tentatives d'autolyse (TA) et/ou d'un syndrome anxiodépressif (SAD) était précisée.

Pour cela, la catégorisation de la réaction psychique s'est basée d'une part sur le descriptif et les termes employés par les médecins dans leurs comptes-rendus et d'autre part, sur les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM V) lorsque cela était possible (cf. Annexes 1, 2 et 3).

Les conséquences des violences

Si une hospitalisation a été nécessaire, celle-ci était notifiée ainsi que sa durée en jours et son secteur (somatique ou psychiatrique).

Il en était de même pour la mise en place d'un traitement (somatique ou psychiatrique) et si la victime avait bénéficié au décours des violences d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique.

Conclusions médico-légales

Le nombre de jours d'ITT posé par le médecin examinateur a été recueilli en jours. La demande d'une expertise psychologique ou psychiatrique a également été incluse.

Recrutement

Les sujets ont été inclus au sein des victimes de violences conjugales ayant consulté au CASA, entre janvier 2018 et décembre 2022, sur réquisition judiciaire. Les hommes victimes examinés sur cette période ont tous été inclus et les femmes victimes, de manière aléatoire.

Au total, 609 profils ont été recrutés dont 203 hommes et 406 femmes. Aucun critère d'exclusion sur l'âge n'avait été posé.

3 individus (1 homme et 2 femmes) ne rapportant aucune violence ont été exclus. Les sujets pour lesquels l'ITT n'était pas évaluée en raison de demande d'expertise complémentaire ont également été écartés (24 hommes, 60 femmes).

522 sujets dont 178 hommes et 344 femmes ont ainsi été inclus dans l'analyse principale comme l'indique le *Flow chart* ci-dessous.

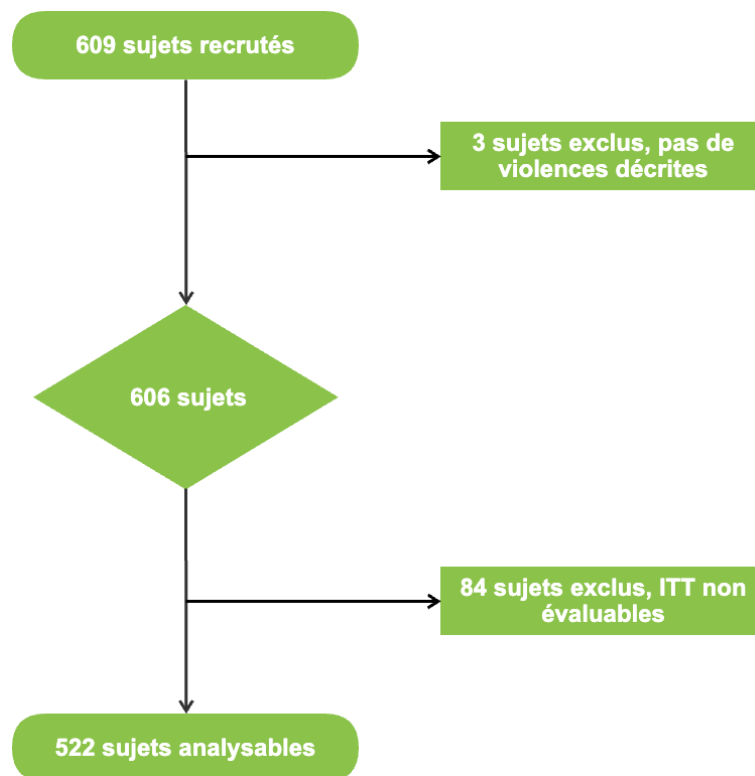


Figure 3 : Flow chart de l'étude réalisée

17 médecins examinateurs ont été identifiés dans l'étude. Après recueil et analyse des données, leurs initiales ont été anonymisées pour la diffusion des résultats et remplacées par un chiffre aléatoire donné de 1 à 17.

Analyse des données

Après exclusion des sujets sans évaluation d'ITT et/ou n'ayant pas subi de violences, une imputation multiple a été réalisée sur les 96 sujets présentant au moins une donnée manquante, avec 100 jeux d'imputation portant sur les variables de confusion potentielles.

Un modèle linéaire général a été estimé, expliquant la durée d'ITT par les variables de confusion potentielles précédemment décrites lors du paragraphe « *Méthode de l'étude* » (hors conclusions médico-légales).

L'identité du médecin a été traitée comme une variable catégorielle.

L'interaction médecin par rapport au sexe du patient a été prise en compte, c'est-à-dire qu'on a estimé un effet « *sexe du patient* » différent pour chaque médecin.

L'effet « *sexe du patient* » s'interprète alors comme la différence de moyenne de durée d'ITT pour un patient de sexe féminin par rapport à un patient de sexe masculin, à caractéristiques égales sur toutes les variables sus-décrites. Un effet « *sexe du patient* » différent a été calculé pour chaque médecin et ceci s'interprète comme le biais cognitif du médecin.

De ce modèle, des intervalles de confiance à 95% associés à chacun des médecins sur cet effet « *sexe du patient* » ont été calculés, reflétant l'incertitude portant sur le biais cognitif du médecin.

Ensuite, sous hypothèse d'indépendance des médecins, une tendance générale discriminative a été estimée comme l'effet « *sexe du patient* » moyen sur les 17 médecins où chaque médecin, peu importe le nombre de patients qu'il avait vu, comptait pour une seule observation. Cela a été estimé avec la méthode de Student à un seul échantillon (avec comparaison d'une moyenne observée à une moyenne théorique à zéro).

Enfin, les 10 médecins femmes ont été comparées aux 7 médecins hommes par un Student sur séries indépendantes (un groupe de $n=10$ versus un groupe de $n=7$).

III. Résultats

Épidémiologie

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
Age, moyenne ± EC	37.78 ± 12.66	41.69 ± 13.66	35.82 ± 11.67	<0.0001
ATCD				0,34
Non	561 (92.1%)	184 (90.6%)	377 (92.9%)	
Oui	48 (7.9%)	19 (9.4%)	29 (7.1%)	
Contexte				0,15
Séparation	286 / 596 (48.0%)	97 / 197 (49.2%)	189 / 399 (47.4%)	
Couple	266 / 596 (44.6%)	87 / 197 (44.2%)	179 / 399 (44.9%)	
Garde partagée	26 / 596 (4.4%)	11 / 197 (5.6%)	15 / 399 (3.8%)	
Grossesse	18 / 596 (3.0%)	2 / 197 (1.0%)	16 / 399 (4.0%)	

Tableau 7 : Caractéristiques des patients de l'étude (identification)

La moyenne d'âge des victimes est d'environ 38 ans. Les hommes sont en moyenne plus âgés que les femmes.

Dans plus de 90% des cas, aucun antécédent susceptible d'interférer avec l'examen pratiqué n'est rapporté.

48% des victimes sont séparées de leur conjoint(e). Dans 18 cas, un contexte de grossesse est identifié dont 2 chez des hommes victimes (auteure enceinte aux moments des faits).

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
Type de violences				0.28
VP+VV+PSY	407 / 606 (67.2%)	145 / 202 (71.8%)	262 / 404 (64.9%)	
VP	86 / 606 (14.2%)	24 / 202 (11.9%)	62 / 404 (15.3%)	
VV+PSY	39 / 606 (6.4%)	9 / 202 (4.5%)	30 / 404 (7.4%)	
VP+VV	37 / 606 (6.1%)	11 / 202 (5.4%)	26 / 404 (6.4%)	
VP+PSY	28 / 606 (4.6%)	8 / 202 (4.0%)	20 / 404 (5.0%)	
PSY	9 / 606 (1.5%)	5 / 202 (2.5%)	4 / 404 (1.0%)	
Nombre d'épisodes				0.02
Plusieurs	486 / 568 (85.6%)	175 / 194 (90.2%)	311 / 374 (83.2%)	
Unique	82 / 568 (14.4%)	19 / 194 (9.8%)	63 / 374 (16.8%)	
Durée épisode/consultation				0.46
≤1 mois	535 / 586 (91.3%)	172 / 191 (90.1%)	363 / 395 (91.9%)	
>1 mois	51 / 586 (8.7%)	19 / 191 (9.9%)	32 / 395 (8.1%)	
Consultation médicale préalable				0.08
Non	330 (54.2%)	120 (59.1%)	210 (51.7%)	
Oui	279 (45.8%)	83 (40.9%)	196 (48.3%)	
Nombre de passages au CASA antérieurs	57 (9.4%)	23 (11.3%)	34 (8.4%)	0.24

Tableau 8 : Caractéristiques des patients de l'étude (typologie des violences)

En ce qui concerne les violences, la plupart des victimes ont rapporté des violences physiques, verbales et psychologiques combinées, sans différence significative entre

les deux groupes. Les hommes sont davantage victimes de violences psychologiques isolées. *A contrario*, les femmes rapportent plus de violences physiques isolées.

Il ne s'agit pas, dans la majorité des cas, d'épisode isolé de violences aussi bien chez les hommes (90.1% des cas) que chez les femmes victimes (83.2% des cas).

Il n'existe pas de différence significative concernant les consultations médicales antérieures.

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
Ecchymose, abrasion				0.0005
0	260 (42.7%)	67 (33.0%)	193 (47.5%)	
≤5	234 (38.4%)	99 (48.8%)	135 (33.3%)	
>5	115 (18.9%)	37 (18.2%)	78 (19.2%)	
Hématome				0.27
0	568 (93.3%)	191 (94.1%)	377 (92.9%)	
≤5	40 (6.6%)	11 (5.4%)	29 (7.1%)	
>5	1 (0.2%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	
Plaie arme blanche				<0.0001
Non	597 (98.0%)	192 (94.6%)	405 (99.8%)	
Oui	12 (2.0%)	11 (5.4%)	1 (0.2%)	
Plaie arme à feu				0.34
Non	608 (99.8%)	202 (99.5%)	406 (100.0%)	
Oui	1 (0.2%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	
Fracture				0.45
Non	591 (97.0%)	199 (98.0%)	392 (96.6%)	
Oui	18 (3.0%)	4 (2.0%)	14 (3.4%)	
Agression sexuelle				<0.0001
Non	569 (93.4%)	199 (98.0%)	370 (91.1%)	
Viol	36 (5.9%)	2 (1.0%)	34 (8.4%)	
Attouchement	4 (0.7%)	2 (1.0%)	2 (0.5%)	
Age des lésions				0.0001
Contemporaine	315 (51.7%)	129 (63.5%)	186 (45.8%)	
Différent	41 (6.7%)	13 (6.4%)	28 (6.9%)	
Non concerné	253 (41.5%)	61 (30.0%)	192 (47.3%)	
Localisation des lésions				0.0001
Prise/défense	310 (50.9%)	127 (62.56%)	183 (45.07%)	
Non visible	46 (7.55%)	15 (7.39%)	31 (7.64%)	
Non concerné	253 (41.54%)	61 (30.05%)	192 (47.29%)	

Tableau 9 : Caractéristiques des patients de l'étude (examen somatique)

L'absence d'ecchymose et d'abrasion est constatée de manière plus fréquente en générale. Les hommes victimes semblent présenter moins de lésions que les femmes. Il existe, cependant, une différence significative concernant les plaies induites par arme blanche. Les hommes sont ainsi plus nombreux à présenter ce type de lésions. De même, les femmes sont davantage victimes de violences à caractère sexuel que les hommes dans le cadre de VC.

Lorsque des lésions sont constatées, ces dernières sont majoritairement contemporaines et localisées en regard des zones de prise et/ou de défense.

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
Réaction adaptée				0.01
Oui	456 / 592 (77.0%)	140 / 197 (71.1%)	316 / 395 (80.0%)	
Non	136 / 592 (23.0%)	57 / 197 (28.9%)	79 / 395 (20.0%)	
Etat de stress aigu				0.03
Non	556 / 592 (93.9%)	191 / 197 (97.0%)	365 / 395 (92.4%)	
Oui	36 / 592 (6.1%)	6 / 197 (3.0%)	30 / 395 (7.6%)	
IDN, IDS, TA				0.85
Non	562 / 592 (94.9%)	188 / 197 (95.4%)	374 / 395 (94.7%)	
Oui	30 / 592 (5.1%)	9 / 197 (4.6%)	21 / 395 (5.3%)	
TSPT				0.55
Non	590 / 592 (99.7%)	197 / 197 (100.0%)	393 / 395 (99.5%)	
Oui	2 / 592 (0.3%)	0 / 197 (0.0%)	2 / 395 (0.5%)	
SAD				0.07
Non	574 / 592 (97.0%)	195 / 197 (99.0%)	379 / 395 (95.9%)	
Oui	18 / 592 (3.0%)	2 / 197 (1.0%)	16 / 395 (4.1%)	

Tableau 10 : Caractéristiques des patients de l'étude (sémiologie psychiatrique)

Concernant le retentissement psychologique des violences mentionnées, 77% des victimes présentent une réaction dite « adaptée » à la suite d'une exposition à un évènement traumatique, sans différence significative entre les 2 groupes. Toutefois, les femmes victimes semblent plus à même de décrire un retentissement plus important (état de stress aigu, IDN/IDS/TA, TSPT et SAD).

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
Hospitalisation				0.05
Non	586 / 608 (96.4%)	196 (96.6%)	390 / 405 (96.3%)	
Somatique	14 / 608 (2.3%)	7 (3.4%)	7 / 405 (1.7%)	
Psychiatrie	8 / 608 (1.3%)	0 (0.0%)	8 / 405 (2.0%)	
Durée d'hospitalisation en jours, moyenne ± EC	0.22 ± 2.45	0.1 ± 0.55	0.28 ± 2.98	0.40
Traitement introduit				0.03
Non	519 / 607 (85.5%)	171 / 202 (84.7%)	348 / 405 (85.9%)	
Psy	51 / 607 (8.4%)	12 / 202 (5.9%)	39 / 405 (9.6%)	
Somatique	37 / 607 (6.1%)	19 / 202 (9.4%)	18 / 405 (4.4%)	
Suivi				<0.0001
Aucun	399 / 606 (65.8%)	162 / 202 (80.2%)	237 / 404 (58.7%)	
psychologique	182 / 606 (30.0%)	35 / 202 (17.3%)	147 / 404 (36.4%)	
psychiatrique ± psychologique	25 / 606 (4.1%)	5 / 202 (2.5%)	20 / 404 (5.0%)	

Tableau 11 : Caractéristiques des patients de l'étude (conséquences des violences)

Ces violences n'aboutissent pas à une hospitalisation dans plus de 96% des cas. Cependant, les hospitalisations dans un secteur somatique sont plus nombreuses. Par ailleurs, aucun homme n'a rapporté d'hospitalisation en psychiatrie. Lorsque des traitements sont introduits, il s'agit majoritairement de traitements psychiatriques. Il existe une différence significative concernant le suivi psychologique +/- psychiatrique entre les deux groupes. En effet, lorsque ce dernier est initié, cela concerne davantage les femmes victimes.

Variables	Total	Hommes	Femmes	p.value
	609	203	406	
ITT en jours, moyenne \pm EC	4.09 \pm 5.34	3.49 \pm 5.43	4.4 \pm 5.28	0.06
Expertise psychologique				0.01
Non	532 (87.4%)	187 (92.1%)	345 (85.0%)	
Oui	77 (12.6%)	16 (7.9%)	61 (15.0%)	
Expertise psychiatrique				0.52
Non	561 (92.1%)	189 (93.1%)	372 (91.6%)	
Oui	48 (7.9%)	14 (6.9%)	34 (8.4%)	

Tableau 12 : Caractéristiques des patients de l'étude (conclusions médico-légales)

Au total, le nombre donné de jours d'ITT en moyenne est d'environ 4 jours, sans différence significative entre les hommes et les femmes victimes. Une expertise psychologique est demandée dans 1 cas sur 8 et concerne principalement les femmes. L'expertise psychiatrique est plus rarement conseillée.

Comparaison de l'ITT

Sur les 17 médecins, la médiane du nombre de patients par médecin est de 34 (intervalle inter-quartile : 12 à 58), avec un minimum à 3 et un maximum à 81 patients pour le médecin le plus « actif ». 15 des 17 médecins ont au moins 8 patients et les 2 derniers ont seulement 3 patients chacun.

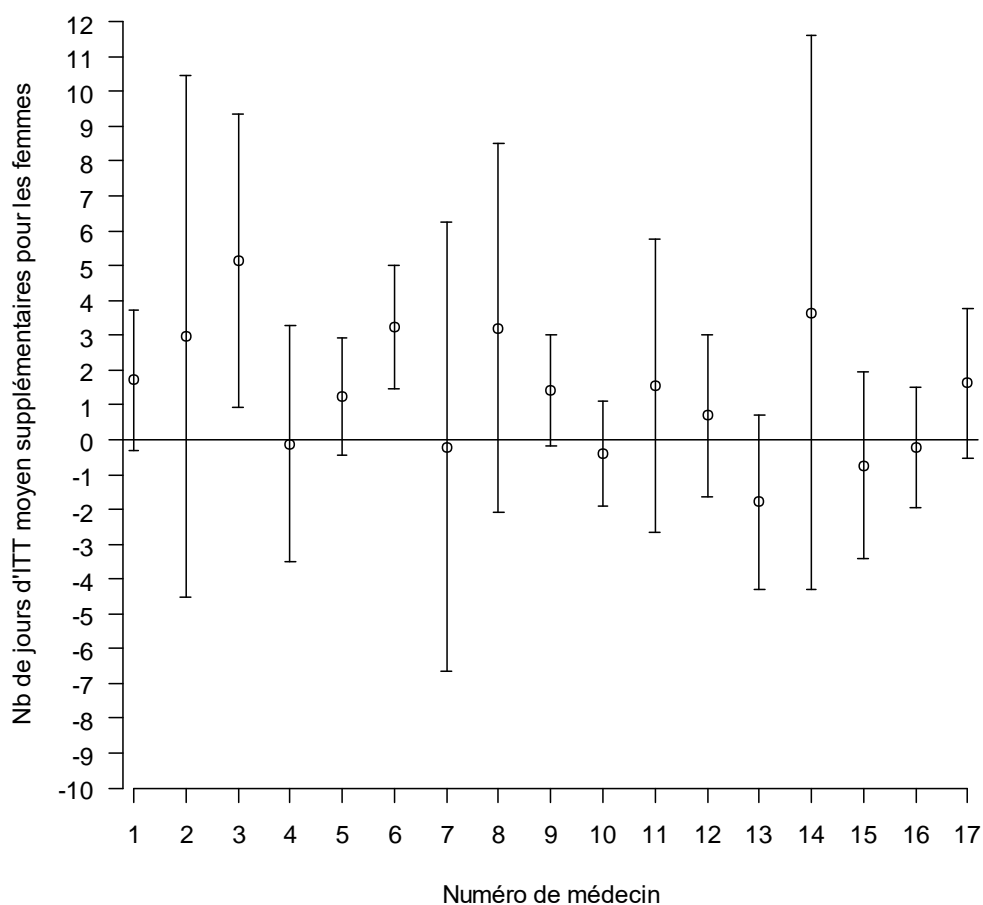


Figure 4 : Forest plot de l'étude

La tendance générale (soit la moyenne des 17 médecins) estimée par Student à un seul échantillon sur les effets médecins individuels est de +1.35 (95% IC [0.40 ; 2.30], $p=0.008$) jours supplémentaires pour les femmes, à caractéristiques égales par rapport aux hommes (sous hypothèse d'indépendance des médecins les uns des autres).

Sur les 10 médecins de sexe féminin contre les 7 médecins de sexe masculin, la différence de tendance discriminative en faveur des femmes n'est pas significative, avec une estimation de la différence à -0.09 (95% CI -2.08 to 1.91, $p=0.93$) jours d'ITT supplémentaires pour les patientes pour les médecins femmes par rapport aux médecins hommes. La puissance statistique est cependant tellement mauvaise qu'on ne peut conclure, puisque l'intervalle de confiance est plus large (± 2 environ) que l'effet discriminatif global (+1.35).

Les caractéristiques des patients, intégrées dans le modèle, expliquent une part importante de la variance de l'ITT : 64.8% (R^2 ajusté sur le nombre de degrés de liberté) pour le modèle complet (contenant notamment le médecin avec l'interaction sexe-patient) ; 62.2% pour le modèle excluant les effets médecin, de telle sorte que finalement, seulement un peu plus de 2% de la variance totale de l'ITT est explicable par l'effet du médecin.

IV. Discussion

D'un point de vue épidémiologique (29) (30) (31) (32)

L'âge moyen des victimes de l'étude est ainsi comparable à celui des recherches effectuées en France en 2017 (16). En prenant en compte les dernières données de l'INSEE sur les victimes de VIF de 2016 à 2020, on constate que la majorité des victimes masculines a, en moyenne, un âge compris entre 35 et 39 ans, contre 41 ans dans l'étude, et que les victimes féminines ont, en moyenne, un âge compris entre 30 et 34 ans, contre environ 36 ans dans l'étude, comme indiqué sur le diagramme ci-dessous. Il conviendra de préciser que les données des âges inférieurs à 15 ans n'ont pas été citées puisqu'elles s'apparentent davantage aux VIF entre parents et enfants plutôt qu'entre conjoints (14).

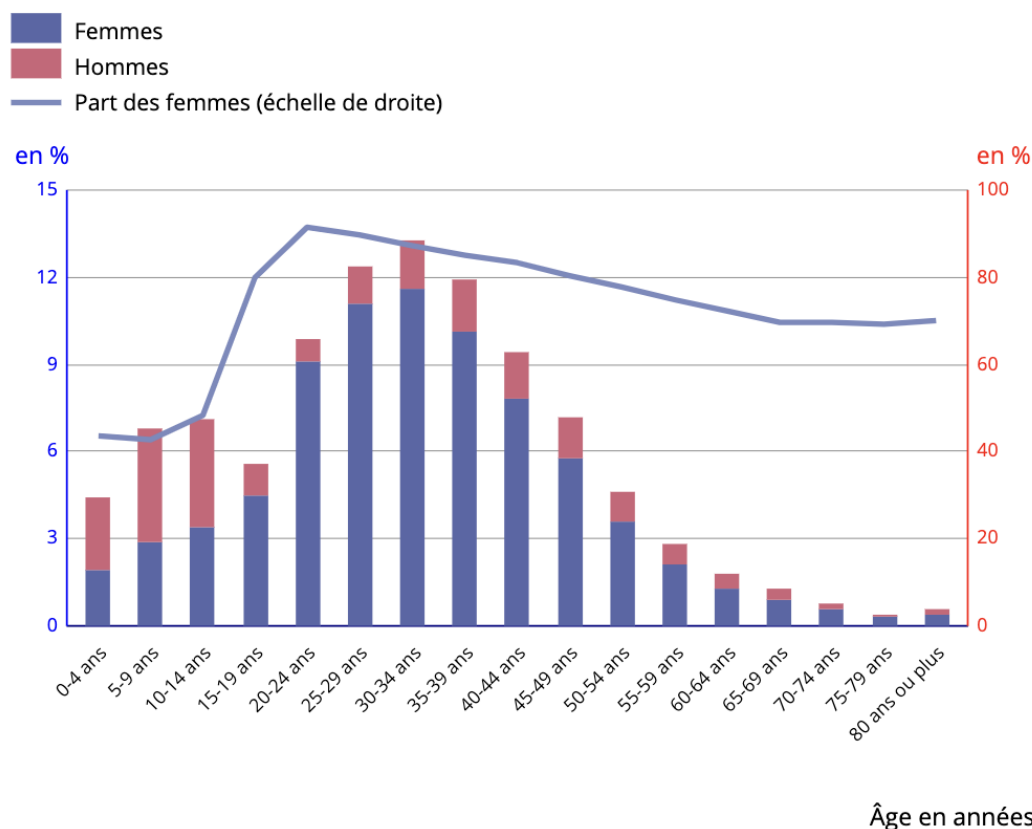


Figure 5 : Répartition par tranches d'âge des victimes de violences conjugales en 2020

Dans les études épidémiologiques réalisées en France sur les victimes de VC, il était constaté que la majorité des violences était perpétrée par un conjoint/partenaire actuel et qu'il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes (18). Ces données sont à nuancer avec celles mises en évidence dans cette étude. En effet, même si la non-significativité entre homme et femme est toujours présente, la part de violences conjugales commises par un ex-partenaire tend à augmenter comme le démontre également l'enquête Genese de 2021, où la majorité des violences conjugales sont le fait d'anciens partenaires (2/3 des violences physiques et 86% de violences psychologiques). Par ailleurs, il est intéressant de constater que le *distinguo* entre partenaire et ex-partenaire est peu précisé dans les dernières analyses épidémiologiques réalisées en France contrairement à d'autres pays comme le Canada.

La majorité des victimes de l'étude réalisée n'ont pas mentionné d'éventuels antécédents médicaux (seulement 7.9%). Néanmoins, dans la plupart des certificats rédigés, il n'était pas précisé si la question avait été posée au patient.

Cependant, d'après l'Institut National de Santé Publique du Québec, les individus déclarant une incapacité physique, sensorielle, cognitive ou en lien avec la santé mentale, sont plus à même d'être victimes de VC par rapport aux personnes sans incapacité.

Selon les données de l'Enquête sur la Sécurité dans les Espaces Publics et Privés (ESEPP) du Canada réalisée en 2018, 44% des hommes et 55% des femmes ayant une incapacité étaient plus susceptibles d'être victime au cours de leur vie de VC que les autres individus (32% des hommes et 37% des femmes dits valides). L'Enquête Sociale Générale (ESG) sur la victimisation au Canada de 2019 a mis en évidence que ces victimes rapportaient davantage des violences physiques et/ou sexuelles de la part de partenaire ou ex-partenaire intime au cours des cinq années qui avaient précédé cette enquête que les personnes valides avec 5,1% des victimes porteuses d'incapacité contre 2,7% des autres victimes.

La différence constatée dans cette étude avec les données retrouvées dans l'ESG peut interroger notamment du fait que ces incapacités ne sont pas systématiquement recherchées et/ou citées dans les certificats par les médecins examinateurs. D'autre part, l'hypothèse que les personnes en situation de handicap porteraient moins souvent plainte dans ce contexte doit être évoquée.

D'après l'enquête Genese réalisée en France en 2021, dans le cadre de violences conjugales :

- Sur 23% des personnes interrogées, 18.7% des hommes ont déclaré avoir été victimes de violences psychologiques contre 27% des femmes ;
- 5.6% des hommes ont déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles contre 15.9% des femmes.

Aucune précision quant à des violences combinées n'a été décrite ici.

Or, dans l'étude réalisée, la majorité des violences rapportées (67.2%) sont des violences dites « mixtes », combinant violences physiques, verbales (insultes, menaces et propos dévalorisant) et psychologiques (menaces de mort avec objet, contrôle financier et relationnel...) et ce, sans différence significative entre homme et femme. De plus, 14.2% des victimes ont déclaré des violences physiques isolées (11.9% d'hommes et 15.3% de femmes). La différence de pourcentage constatée entre cette étude et l'enquête Genese, concernant les violences physiques chez les hommes, pourrait s'expliquer par les modalités de recrutement des personnes. En effet, ici, il a été décidé d'inclure uniquement les personnes ayant déjà déposé une plainte contrairement à l'enquête Genese qui se base sur des volontaires issus de la population générale. On peut alors émettre l'hypothèse que les hommes victimes de VC à type de violences physiques seraient moins à même de rapporter spontanément ce genre de violences.

De plus, dans le cadre de violences psychologiques, le pourcentage retrouvé de victimes de violences verbales et psychologiques exclusives dans l'étude (6.4%) était nettement inférieur à celui énoncé dans l'enquête Genese. Bien que dans les deux cas, il a été retrouvé une légère prédominance féminine. Toutefois, il semble important de préciser que dans la majorité des études réalisées en France, l'appellation « violences psychologiques » comprend les « violences verbales », item isolé dans l'étude réalisée.

Par ailleurs, d'après les données publiées en décembre 2022 par le SSMSI émanant des services de sécurité, on retrouve au sein des VC :

- 30% de violences verbales/psychologiques dont 13% d'hommes avec une augmentation par rapport à 2020,
- 4% de violences à caractère sexuel dont 2% d'hommes victimes.

Ces derniers chiffres semblent correspondre davantage à ceux de l'étude et peuvent s'expliquer par l'utilisation de bases de données des services de sécurité et non sur la population générale comme pour notre étude basée sur les consultations médicales sur réquisition.

Selon le SSMSI, 66% des victimes de VC (homicides inclus) rapportent des violences physiques *versus* 15.3% dans l'étude. Il est alors judicieux de se questionner sur une potentielle mixité des violences. Les violences psychologiques pourraient ne pas être mises en lumière dès lors que des violences physiques sont décrites. Cela étant appuyé par le nombre de victimes rapportant des violences mixtes dans l'étude, soit 67.2%.

Par ailleurs l'ensemble des divergences retrouvées dans les différentes enquêtes et études peut être mis en lien avec différentes méthodes de catégorisation des violences.

Concernant la réitération des violences, 90.2% des victimes masculines rapportaient une multiplicité de ces dernières (*versus* 83.2% des victimes féminines). Selon l'ESG du Québec réalisée en 2019, la majorité des victimes de VC sur les cinq dernières années avait rapporté plusieurs épisodes de violences physiques ou sexuelles (13% 2 épisodes, 28% entre 3 et 10 épisodes, 17% plus de 10 épisodes). D'après l'ESEPP de 2018, seulement 1 victime de VC sur 5 ne rapportait qu'un unique épisode de violences sur l'année. Les hommes étaient deux fois moins à risque de subir des violences sur une base quotidienne ou quasi-quotidienne (6% contre 12% pour les femmes).

Ainsi, la sur-représentation de la multiplicité des violences dans l'étude et dans les autres enquêtes peut résulter du fait que l'analyse de données se base sur les informations fournies par les services de sécurité. En effet, selon l'enquête Genese, qui, pour rappel, se base sur la population générale, moins d'une victime de VC sur 4 aurait déclaré ces infractions aux services enquêteurs. Lorsque les violences sont réitérées, la proportion de victimes ayant fait une démarche de prise en charge de ces violences (médicale, sociale, associative ou pénale) augmente mais reste, cependant, plus basse pour les hommes (31% des hommes victimes contre 49% des femmes victimes).

La plupart des victimes ont été vue dans le mois ayant suivi les derniers faits de violences mentionnées. Cependant, aucune précision quant au délai entre la prise en charge par les Forces de l'Ordre et la consultation médico-légale n'a été faite. Cela peut dès lors soulever une problématique sur le délai de prise en charge de ces victimes. En d'autres termes, une consultation précoce au décours de la prise en charge par les services de sécurité permet non seulement une meilleure analyse des conséquences des violences mais également une potentielle accélération dans le

déroulé de l'enquête judiciaire. *A contrario*, des délais plus longs, même s'ils restent inférieurs à un mois, pourraient ralentir les démarches pour les victimes que ce soit sur le plan médical ou pénal. S'agissant ici d'une étude monocentrique, il serait opportun d'étendre cette étude à d'autres centres afin de rechercher des fonctionnements différents pour améliorer la prise en charge des victimes. Par ailleurs, la question se pose si ce délai est en lien avec des variations de pratiques entre les centres médico-légaux et/ou les services de sécurité. Le repérage et l'amélioration de ces dernières sont des enjeux importants dans la lutte contre les VC et l'amélioration de la prise en charge des victimes.

En effet, dans le contexte actuel de l'étude, la moitié des victimes a bénéficié d'une consultation médicale préalable auprès d'un médecin généraliste ou d'un service d'urgences. Un biais quant à la description des conséquences des violences (description des lésions physiques, évaluation du retentissement psychologique, ...) peut être alors évoqué ; ces praticiens n'étant pas formés à cet exercice comme les médecins légistes. Ces derniers se basent sur ces certificats descriptifs pour ériger leur conclusion lorsque la consultation médico-légale a lieu tardivement après le dernier épisode de violences. On peut alors évoquer une perte de chance pour les victimes en lien avec :

- la disparition des lésions tégumentaires due à des délais de prise en charge longs,
- la description succincte, parfois erronée, des conséquences des violences mentionnées par l'intermédiaire des certificats descriptifs lorsqu'ils sont rédigés,
- un certificat ne pouvant se baser que sur les dires des victimes quant aux plaintes physiques.

Il est ainsi important de rappeler la nécessité, au-delà de l'amélioration des délais de prise en charge, d'une formation auprès des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge des victimes à tous les niveaux de leur parcours car ces derniers seront confrontés à ces problématiques au cours de leur carrière.

Dans la plupart des données de la littérature en France et dans les autres pays occidentaux, les lésions superficielles à type d'ecchymoses et d'abrasions sont les plus constatées chez les victimes de VC, tout sexe confondu (18). Les résultats de l'étude sont ainsi superposables à ces éléments avec plus d'une victime sur deux présentant au moins une abrasion/ecchymose et ce, peu importe le sexe. Par ailleurs, les hommes victimes ont tendance à présenter moins de lésions que les femmes ce qui est comparable aux chiffres canadiens de l'ESG de 2019 où 23% des hommes en avaient présenté. A noter que dans le cadre de plaies par arme blanche, les hommes sont les principales victimes et ce, de manière significative. Cela confirme la tendance des chiffres fournis par l'étude de la DAV sur les morts violentes au sein du couple de 2021 où l'utilisation d'armes, et notamment d'armes blanches, est plus fréquemment le fait de femmes auteures.

Les femmes sont les victimes majoritaires des violences à caractère sexuel, aussi bien dans l'étude que dans les dernières données épidémiologiques. Selon les chiffres publiés en décembre 2022 par le SSMSI, 4% des VC enregistrées par les services de sécurité correspondaient à des violences à caractère sexuel dont 85% des viols ou tentatives de viol. Dans seulement 2% des cas, il s'agissait d'hommes victimes (cf. Annexe 4).

A l'échelle de la population générale, en se basant sur les données de l'enquête Genese de 2021 (tableau n°4), 0.7% des hommes déclarent avoir été victimes de violences à caractère sexuel et physique dans le cadre de VC contre 5.5% des femmes.

Dans cette étude, l'évaluation du retentissement psychologique se base sur les éléments sémiologiques décrits par les médecins examinateurs.

77% des victimes, tout sexe confondu, ont présenté une réaction psychologique dite « adaptée » comportant des éléments à type de troubles du sommeil, de l'orexie, des signes de vigilance accrue, ... qui ne rentraient pas dans le cadre de troubles psychiatriques décrits par le DSM V. Ainsi, pour diagnostiquer aux victimes des états de stress aigu, des SAD et des TSPT, il était nécessaire de regrouper l'ensemble des critères de la classification. Lorsque le médecin examinateur décrivait directement un de ces diagnostics, il était également considéré comme présent pour les analyses. Aucune différence significative entre les victimes masculines et féminines n'a été constatée ; toutefois une légère prédominance féminine sur l'ensemble des diagnostics a été mise en évidence.

Ces éléments sont concordants avec ceux décrits par l'ESG du Québec en 2019 où il était retrouvé des conséquences émotionnelles et psychologiques suite aux VC subies par les victimes et ce, avec une fréquence plus accrue chez les femmes.

Néanmoins, il semble important de souligner que la prise en compte du retentissement psychologique des violences mentionnées lors des consultations médico-légales est apparue progressivement ces dernières années et tend vers une amélioration. Il serait intéressant de parvenir à une formation plus systématique à la symptomatologie psychiatrique/psychologique afin de mieux prendre en compte ces retentissements et notamment dans l'attribution d'une ITT au décours.

Concernant les idées noires, suicidaires et tentatives d'autolyse, leur absence lors de l'entretien était peu mentionnée, posant alors la question de leur recherche systématique par les médecins examinateurs. Seulement 5.1% des victimes (4.6% des hommes et 5.3% des femmes) ont rapporté des IDN, IDS ou TA au décours des violences abordées. D'après la dernière lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes, publiée en mars 2024, 759 victimes majeures (sexe non précisé dans la lettre) auraient commis des tentatives de suicide (abouties ou avortées) en 2022 à la suite du harcèlement de leur conjoint(e) ou ex-conjoint(e). Ces chiffres seraient en augmentation depuis 2020. Toutefois, aucune autre source de données françaises n'a évoqué ces chiffres ces dernières années. Il semble indispensable de se questionner

sur l'éventuel lien de causalité entre harcèlement dans le cadre de VC et tentative de suicide.

Malgré ces limites, ces données sont à prendre en considération et doivent inciter les professionnels de santé à rester vigilant face à cette problématique et à rechercher le risque suicidaire de manière plus systématique.

En France, il n'a pas été retrouvé d'études se focalisant sur les conséquences sanitaires des violences conjugales et notamment leur impact sur la santé des victimes. Dans l'étude réalisée, seulement 3.6% des victimes ont rapporté une hospitalisation à la suite des violences. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'hospitalisations dans un secteur dit somatique de courte durée (environ 2 jours). De même, 14.5% des victimes ont bénéficié de traitements au décours des violences, majoritairement à but anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur.

Les victimes examinées dans l'étude ont bénéficié dans 30% des cas d'une prise en charge psychologique au décours des violences mentionnées avec une prédominance féminine, significative. Même si ce pourcentage semble encourageant, il reste faible et soulève la problématique de la prise en charge médicale et du suivi chez ces patient(e)s victimes et d'autant plus chez les victimes masculines.

De plus, d'un point de vue économique, le rapport de la fondation des femmes et genre et statistiques, publié en mars 2022, estime que le coût total des VC et leurs conséquences est de 3,6 milliards d'euros en 2012. Cette analyse, vieillissante, démontre ainsi l'importance des conséquences financières des VC sur notre société (33).

De manière plus générale, il serait intéressant de se pencher sur les impacts actuels des VC sur la société française que ce soit sur le plan sanitaire, économique ou sociétal.

A l'issue des consultations médico-légales, le nombre de jours d'ITT était en moyenne de 4 jours avec un écart type de plus ou moins 5 jours dont 3.49 jours en moyenne chez les hommes contre 4.4 jours chez les femmes. La majorité des violences aboutissait à une ITT nulle ou inférieure à 8 jours. Ces données sont concordantes avec celles décrites par le SSMSI en décembre 2022 (*cf.* Annexe 4).

Toutefois, le SSMSI ne précise l'ITT que dans le cadre de violences physiques même si, comme expliqué dans les paragraphes précédents, le *distinguo* de la typologie des violences reste vague.

Pour rappel, les violences envers un partenaire ou ex-partenaire constituent d'emblée un délit et par conséquent, l'ITT attribuée dans ce contexte n'a de sens que pour refléter l'état de santé de la victime et ce, de manière limitée. L'intérêt de cette dernière reste alors succinct.

Concernant l'orientation vers une expertise psychologique et/ou psychiatrique des victimes suite aux violences alléguées, elle est préconisée dans moins de 10% des cas. Or, il a été mis en évidence que l'évaluation du retentissement psychologique de la victime n'est pas toujours systématique et peut être exhaustive. Par ailleurs, dans

le centre où a eu lieu cette étude, aucun retour ni aucun complément de dossier n'est fourni ou demandé suite à une expertise psychologique/psychiatrique. Il conviendra de souligner dans ce contexte, l'intérêt de ces expertises en fonction de la situation et d'inciter, *de novo*, à une amélioration de la formation des médecins légistes concernant l'évaluation du retentissement psychologique.

La majorité des résultats épidémiologiques de l'étude concorde avec les données disponibles dans la littérature nationale et internationale. Cependant, il est primordial de préciser *de novo* que les chiffres en France concernant les victimes masculines sont peu mis en évidence et sont présentés, la plupart du temps, de manière indirecte. Quant est-il de l'évaluation par les médecins examinateurs ?

Attribution de l'ITT

Pour rappel, 17 médecins examinateurs ont participé à l'étude. Ces derniers ont vu de 3 à 81 patients chacun et 15 d'entre eux en ont vu au moins 8. Il faut alors souligner que pour les 2 praticiens restants, n'ayant vu que 3 patients chacun, les résultats les concernant ne sont pas représentatifs de la tendance générale.

Ainsi, cette dernière, estimée par un test de Student, a montré, de manière non significative, que les praticiens allouent environ 1.35 jours (95% IC [0.40 ; 2.30]) supplémentaires d'ITT aux victimes féminines, pour des caractéristiques similaires, par rapport aux victimes masculines.

Cette différence reste toutefois faible. En effet, cela représente un impact peu important dans la suite des démarches judiciaires pour les victimes tant que le *cutt off* des 8 jours n'est pas dépassé. Le seul cas où il existerait une problématique serait lorsque 7 jours seraient alloués à une victime masculine et où, par conséquent, il serait possible (selon les résultats de l'étude) que, à caractéristiques égales, une victime féminine obtienne 9 jours d'ITT. Dans la pratique, ce cas de figure ne serait pas possible ; en effet par consensus tacite des pratiques, aucun médecin examinateur de ce centre n'attribue 7 jours d'ITT et ce, peu importe le contexte.

De surcroît, d'autres biais que celui du nombre de patients examinés par chaque médecin sont à évoquer. Effectivement, d'autres critères, moins objectifs, pris en considération pour la détermination de l'ITT comme la présentation des victimes, leur contact, leur discours ... ne sont peu ou pas détaillés dans les rapports et dans l'étude. Or, ces critères sont pour autant pris en compte par les médecins et ce, de manière plus ou moins inconsciente et plus ou moins systématique.

De plus, il n'était pas précisé dans les comptes-rendus, si la victime examinée était en garde à vue au moment de l'examen médico-légal et/ou si des violences réciproques avaient été commises. Ces données peuvent influencer de manière inconsciente le ressenti du praticien et donc sa décision finale.

En se penchant davantage sur les données obtenues, il apparaît nécessaire de mettre de côté celles obtenues pour les praticiens n'ayant vu que 3 patients (n°2 et n°14) et de se focaliser sur celles des médecins. Ainsi, la tendance générale d'attribution de jours supplémentaires d'ITT aux femmes victimes est plus ou moins marquée pour chaque praticien et ce, de manière significative ou non (figure n°4). Ces informations pourraient alors permettre d'améliorer les pratiques personnelles de chacun en gardant en tête cette inclination d'attribution de jours d'ITT.

Afin de comprendre les éléments qui expliquaient la variance de l'ITT, il a été réalisé deux modèles d'analyse : l'un comportant la variable « *effet médecin* » et l'autre l'excluant. « *L'effet médecin* » correspond à l'influence de l'examineur en lui-même sur l'attribution de l'ITT. Cette variable peut se définir comme étant composée du médecin examinateur, de son être (sexe, formation, éducation, valeurs, vécu, ...) et des interactions qui existent entre lui et la victime (transfert et contre-transfert, ...). Cette variable a alors montré un impact minime (environ 2% de la variance totale) sur le nombre de jours d'ITT attribué mettant alors en avant une neutralité des praticiens ainsi qu'une homogénéité des pratiques.

Cependant, il s'agit d'une étude monocentrique où les médecins sont formés par leurs pairs et où les connaissances et pratiques sont transmises au sein du service. Il serait alors intéressant de réaliser une étude multicentrique afin de rechercher un éventuel « *effet médecin* » et plus largement une disparité nationale des pratiques médico-légales.

Enfin, il n'a pas été retrouvé de tendance discriminative en lien avec le sexe du médecin vis-à-vis de celui de la victime. On retrouve une certaine neutralité par rapport au sexe des médecins.

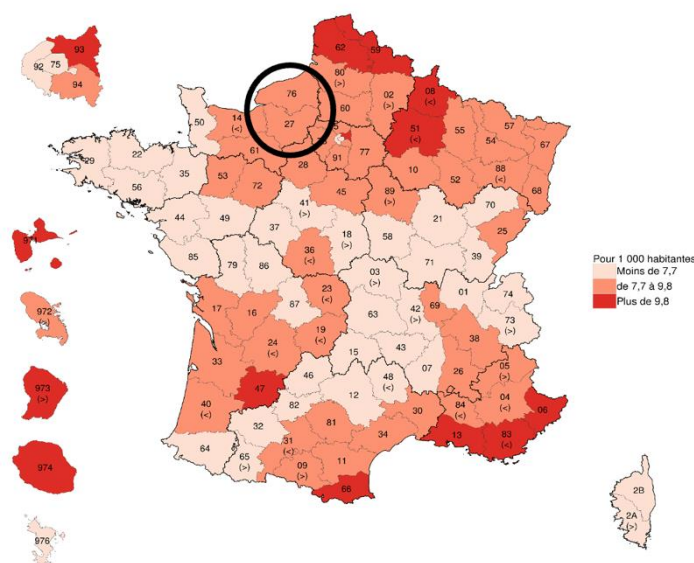
L'ensemble de ces données permet d'avoir un aperçu des pratiques médico-légales au sein du service de médecine légale du CHU de Rouen. Il serait intéressant de poursuivre cette étude pour plusieurs raisons :

- de nouveaux praticiens étant arrivés, cela augmente le nombre de médecins examinateurs et de surcroît permet de voir l'évolution des pratiques depuis la création du diplôme d'état de médecine légale en France (en 2017),
- l'influence de l'évolution des mentalités et des politiques de santé et de prévention dans ce domaine sur les médecins légistes, comme l'attestent les réformes et mesures gouvernementales prises ces dernières années.

Autres problématiques soulevées

Il semble important de préciser que cette étude, monocentrique, a été réalisée dans une région où on dénombre entre 7.7 et 9.8 victimes féminines de VC pour 1000 habitants (comme le montre la figure ci-dessous, extraite des données de décembre 2022 du SSMSI). A noter, que ces données se réfèrent uniquement aux femmes victimes et que celles concernant les hommes sont manquantes. Il serait alors intéressant de développer cette étude dans plusieurs régions et notamment dans celles ayant un recensement plus important concernant les victimes masculines et féminines.

Figure 5 – Nombre de femmes de 15 à 64 ans victimes de violences conjugales pour 1 000 habitantes du même âge en 2021, par départements



Lecture : En 2021, on dénombrait en Seine-Saint-Denis (93) plus de 9,8 victimes de violences conjugales pour 1 000 habitantes âgées de 15 à 64 ans.

Champ : France (Métropole + DROM), femmes âgées de 15 à 64 ans.

Source : SSMSI, base des victimes enregistrés par la police et la gendarmerie 2016-2021, INSEE, recensement de la population 2019.

Figure 6 : Nombre de femmes de 15 à 64 ans victimes de violences conjugales pour 1 000 habitantes

Par ailleurs, la victime la plus jeune avait 13 ans et la plus âgée 89 ans. Or, dans la plupart des enquêtes et études publiées, l'intervalle des âges s'étendait de 18 ans à 74 ans même si une tendance générale apparaît ces dernières années où l'inclusion commence à partir de 15 ans. Dans un documentaire diffusé sur une chaîne nationale française, il est précisé que parmi les victimes tuées par leurs conjoint(e)s ou ex-conjoint(e)s, la plus jeune avait 13 ans (34).

Ainsi, les futures études et données épidémiologiques sur ce sujet devront prendre en considération ce « rajeunissement » des victimes de violences conjugales. Cet aspect remet de nouveau en avant l'intérêt primordial de la prévention des VC aux plus jeunes dans un but de santé publique.

De plus, avec le vieillissement de la population, il semble impératif de prendre en compte les victimes les plus âgées et de dépister les VC au sein de cette population plus fragile.

De surcroît, il n'était pas précisé dans l'étude la forme (couple libre, relation ponctuelle, ...) ni le genre ou l'orientation sexuelle (hétéro-, homosexuel, ...) de la relation. Peu de données concernant les violences conjugales au sein des couples LGBTQIA+ sont décrites en France même si, selon une étude publiée par Ipsos en 2023, ces personnes représentent environ 10% de la population française (35). Devrait-on alors préciser le type de relation et de ce fait, l'orientation sexuelle des victimes examinées, afin d'obtenir des données épidémiologiques pour la santé publique et la prévention qui en découlent ?

Sans poser de manière directe cette question, il serait possible de décrire le sexe du partenaire ou ex-partenaire de la victime. Dans tous les cas, il semble important de développer la recherche sur ce sujet qui concerne 1 français sur 10, sans pour autant stigmatiser les individus.

V. Conclusion

Cette étude a pour objectif de refaire un tour d'horizon des violences conjugales en France, de l'évolution de leur prise en charge et des progrès qui ont pu être réalisés dans ce domaine sous le prisme des victimes masculines, sans créer de dualité entre hommes et femmes. Ainsi, ces prises de conscience des violences conjugales et de leurs conséquences, sur les plans juridique, médical et sociétal, sont le résultat d'un long processus, en perpétuel mouvement. Ces avancées ont pu être effectuées grâce à la reconnaissance de ces victimes et plus particulièrement des victimes féminines ; camouflant alors, progressivement et de manière involontaire, les victimes masculines comme en attestent les dernières lois érigées ou encore les dernières données épidémiologiques publiées. En effet, les données concernant les hommes sont présentées le plus souvent implicitement.

Prendre en considération les violences conjugales subies par les hommes permet une prise en charge plus globale des victimes et aide à améliorer la compréhension des différents schémas de la violence. Il semble important de rappeler que la justice, comme la médecine, doit prendre en charge toutes les victimes, sans distinction de sexe, d'âge, d'ethnies, d'orientations sexuelles, de niveaux socio-économiques, ... En gardant ceci en mémoire, il paraît primordial d'améliorer la prévention auprès de la population générale mais également des professionnels de la santé et de la justice.

La tendance générale de l'étude, bien que non significative, a révélé que davantage de jours d'ITT sont attribués aux femmes, à caractéristiques comparables, par rapport aux hommes ; soulevant un possible manque de sensibilisation des professionnels aux violences conjugales subies par les hommes.

De plus, même si l'ITT est un indicateur dépendant en grande partie de constatations sémiologiques objectives, il n'en reste pas moins une part de subjectivité de l'examineur en lien avec ses intrications personnelle, culturelle et sociétale ; questionnant possiblement l'impartialité totale.

Toutefois, l'étude a indiqué que cette variabilité de « *l'effet médecin* » était faible dans la décision du nombre de jours d'ITT attribué. Cependant, il est important de préciser que les violences conjugales sont des violences à part entière, relevant du délit et que leur prise en charge médico-légale pourrait être différente de celle des autres violences. La place de l'ITT dans ce contexte pourrait alors évoluer et s'adapter à cette particularité. Il serait intéressant de se pencher sur les modalités d'évaluation médico-légale de ces violences dans les autres pays.

Au travers de ce travail d'analyse, il est apparu que les victimes masculines étaient très largement sous représentées dans les données épidémiologiques actuellement disponibles ; pouvant limiter la libération de la parole de ces victimes et l'évolution des mentalités sur le sujet.

Bibliographie

1. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
2. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Vanneau V. L'Invention juridique des violences conjugales au XIXe siècle. Les Cahiers de la Justice. 2016;2(2):305- 18.
4. Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. De la préservation de l'institution familiale à la protection des membres de la famille. Dialogue. 2011;191(1):67- 78.
5. JUSD1427761C.pdf
https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/textes/art_pix/JUSD1427761C.pdf
6. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/reperes-chronologiques/>
7. Grenelle des violences conjugales septembre 2022
<https://www.gouvernement.fr/upload/media/content/0001/04/99b8bdc69c15402eabbf31ceb4ab4247803deab9.pdf>
8. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.
9. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 1 oct 2006;368(9543):1260- 9.
10. Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. Pediatr Clin North Am. avr 2021;68(2):455- 64.
11. Peate I. Domestic violence against men. Br J Nurs. 23 mars 2017;26(6):309.
12. Rai A, Choi YJ. Domestic Violence Victimization among South Asian Immigrant Men and Women in the United States. J Interpers Violence. sept 2022;37(17- 18):NP15532- 67.
13. Sécurité et société Insee Références Édition 2021.
14. Violences au sein de la famille – Sécurité et société | Insee
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633>
15. Infos rapide n° 19 novembre 2021 Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2020 inter stats.

16. Panorama des violences en France métropolitaine_enquete GENESE 2021. https://mobile.interieur.gouv.fr/Media/SSMSI/Files/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine_enquete-GENESE-20214
17. Thureau S, Le Blanc-Louvry I, Thureau S, Gricourt C, Proust B. Conjugal violence: a comparison of violence against men by women and women by men. J Forensic Leg Med. avr 2015;31:42-6.
18. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Telmon N, Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. J Forensic Leg Med. févr 2017;46:12-5.
19. Etude morts violentes au sein du couple 2021.
20. Gender ministry to set up shelter for male victims of sexual violence. https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2024/05/281_333333.html
21. SOS Hommes Battus France – Association loi 1901 et reconnue d'Intérêt Général dans l'aide et l'assistance aux hommes victimes de violences domestiques <https://soshommesbattus.org/>
22. About CCMF - <https://menandfamilies.org/about/>
23. ManKind Initiative - <https://mankind.org.uk/>
24. Refuge pour hommes battus. <http://www.ivanguilbert.com/1880481-refuge-pour-hommes-battus>
25. One in Three Campaign. About 1IN3. <https://www.oneinthree.com.au/about>
26. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
27. Ma Sécurité | La main courante <https://www.masecurite.interieur.gouv.fr/fr/fiches-pratiques/famille-et-aides-aux-victimes/main-courante>
28. Article D1-12 - Code de procédure pénale - Légifrance https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044360617
29. Interstats Analyse-n53.pdf.
30. Violences, femmes et handicap : dénoncer l'invisible et agir. <https://www.senat.fr/rap/r19-014/r19-014.html>
31. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/statistiques>
32. Lettre-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Miprof-Mars-2024.pdf <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-03/Lettre-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Miprof-Mars-2024.pdf>
33. <https://fondationdesfemmes.org/dfd-content/uploads/2022/03/FDF-cout-inegalites-web.pdf>

34. Les violences conjugales chez les ados | ARTE
<https://www.arte.tv/fr/videos/097885-039-A/les-violences-conjugales-chez-les-ados/>
35. Gallard M, Latrille P. Une étude Ipsos réalisée dans 30 pays.

Annexes

Annexe 1 : Critères du DSM V concernant l'état de stress aigu

Les critères comprennent les symptômes dissociatifs, les troubles dépressifs, et les symptômes dissociatifs, d'évitement et de stimulation.

Pour répondre aux critères diagnostiques, les patients doivent avoir été exposés directement ou indirectement à un événement traumatique, et **≥ 9** des suivants doivent être présents sur une période de **3 jours à 1 mois** :

- Souvenirs récurrents, involontaires, pénibles et envahissants de l'événement
- Rêves inquiétants récurrents à propos de l'événement
- Réactions dissociatives (p. ex., flash-backs) dans lesquelles les patients ont l'impression de revivre le traumatisme
- Sentiment intense de détresse psychologique ou physiologique quand on lui rappelle l'événement (p. ex., en pénétrant dans un endroit similaire, lorsqu'il entend des sons similaires à ceux entendus pendant l'événement)
- Incapacité persistante à vivre des émotions positives (p. ex., le bonheur, la satisfaction, des sentiments tendres)
- Altération du sentiment de réalité (p. ex., se sentir dans un état second, ressentir un ralentissement du temps, avoir des perceptions altérées)
- Incapacité de se rappeler une partie importante de l'événement traumatique
- Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles associés à l'événement
- Efforts pour éviter les rappels externes (sujets, lieux, conversations, activités, objets, situations) associées à l'événement
- Trouble du sommeil
- Irritabilité ou accès de colère
- Hyper vigilance
- Difficultés de concentration
- Réponse en sursaut exagérée

En outre, les manifestations doivent causer une détresse importante ou entraver significativement leur fonctionnement social ou professionnel et ne pas être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un autre trouble médical.

Annexe 2 : Critères du DSM V concernant l'état de stress post-traumatique

Pour répondre aux critères diagnostiques, les patients doivent avoir été exposés directement ou indirectement à un événement traumatique et avoir des symptômes de chacune des catégories suivantes pour une **période \geq 1 mois**.

Symptômes d'intrusion (\geq 1 des suivants) :

- Avoir des souvenirs récurrents, involontaires, intrusifs, perturbants
- Avoir des rêves inquiétants récurrents (p. ex., des cauchemars) de l'événement
- Agir ou souffrir comme si l'événement se déroulait de nouveau, cela va des flash-backs à une totale perte de conscience de l'environnement présent
- Avec un sentiment intense de détresse psychologique ou physiologique quand on lui rappelle l'événement (p. ex., lors de la date anniversaire ou lorsqu'il entend des sons similaires à ceux entendus pendant l'événement)

Symptômes d'évitement (\geq 1 des suivants) :

- En évitant les pensées, les sentiments ou souvenirs associés à l'événement
- En évitant des activités, des lieux, des conversations ou des personnes qui déclenchent des souvenirs de l'événement

Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur (\geq 2 des suivants) :

- Perte du souvenir d'éléments importants de l'événement (amnésie dissociative)
- Croyances ou attentes négatives tenaces et exagérées à propos de soi, des autres, ou sur le monde
- Idées déformées persistantes sur la cause ou les conséquences du traumatisme qui conduisent à s'accuser soi-même ou les autres
- État émotionnel négatif persistant (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité, honte)
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes
- Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres
- Incapacité persistante à vivre des émotions positives (p. ex., le bonheur, la satisfaction, des sentiments tendres)

Une **excitation et une réactivité altérée** (\geq 2 de ce qui suit) :

- Difficultés d'endormissement
- Irritabilité ou accès de colère
- Comportement imprudent ou autodestructeur
- Difficultés de concentration
- Augmentation de la réponse en sursaut
- Hyper vigilance

En outre, les manifestations doivent causer une détresse importante ou entraver significativement leur fonctionnement social ou professionnel et ne pas être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un autre trouble médical.

Annexe 3 : Critères du DSM V concernant le trouble anxio-dépressif

Dépression majeure (trouble unipolaire)

Le patient peut sembler triste, présenter des yeux larmoyants, le front ridé (oméga mélancolique), les coins de la bouche abaissés vers le bas, le dos voûté, un contact visuel pauvre, un manque d'expressivité faciale, peu de mouvements corporels et des modifications de la parole (p. ex., voix basse, manque de prosodie, utilisation de mots monosyllabiques). L'aspect peut être confondu avec la maladie de Parkinson. Chez certains patients l'humeur dépressive est tellement profonde qu'il n'y a pas de larme ; ils rapportent alors qu'ils ne sont pas en mesure de ressentir les émotions normales et ressentent que le monde est devenu terne et sans vie.

L'état nutritionnel peut être sévèrement altéré, nécessitant une intervention immédiate.

Certains patients déprimés négligent leur hygiène personnelle ou même leurs enfants, d'autres personnes aimées ou leurs animaux.

Pour le diagnostic de dépression majeure, **≥ 5 des éléments** suivants doivent avoir été présents **presque tous les jours pendant la même période de 2 semaines**, et l'un d'eux doit être **une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir** :

- Humeur dépressive pendant la majeure partie de la journée
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités pendant la majeure partie de la journée
- Gain ou perte de poids ou diminution ou augmentation de l'appétit significatifs (> 5%)
- Insomnie (souvent insomnie de maintien du sommeil) ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur observés par des tiers (non-auto-déclarés)
- Fatigue ou manque d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Aptitude à penser ou à se concentrer diminuée ou indécision
- Pensées de mort ou de suicide récurrentes, une tentative de suicide, ou planification suicidaire spécifique

Trouble dépressif persistant

Les symptômes dépressifs qui **persistent ≥ 2 ans sans rémission** sont classés comme troubles dépressifs persistants, une catégorie qui regroupe les troubles anciennement appelés troubles dépressifs majeurs chroniques et dysthymiques.

Les symptômes débutent en général insidieusement entre l'adolescence et peuvent persister pendant de nombreuses années ou décennies. Le nombre de symptômes fluctue souvent au-dessus et au-dessous du seuil en cas d'épisode dépressif majeur.

Les patients affectés peuvent être de manière habituelle d'humeur sombre, pessimistes, sans humour, passifs, léthargiques, introvertis, hypercritiques envers eux-mêmes et les autres et se plaignant souvent. Les patients qui présentent un

trouble dépressif persistant sont également plus susceptibles d'avoir un trouble anxieux sous-jacent, d'abuser de substances ou de présenter des troubles de la personnalité (c'est-à-dire, personnalité limite [borderline]).

Le diagnostic de trouble dépressif persistant nécessite que les patients aient présenté une humeur dépressive pendant la majeure partie de la journée sur la majeure partie des jours **depuis ≥ 2 ans et présenter ≥ 2 symptômes** parmi les suivants :

- Perte d'appétit ou suralimentation
- Insomnie ou hypersomnie
- Faible énergie ou fatigue
- Faible estime de soi
- Difficultés de concentration et à prendre des décisions
- Sentiments de désespoir

Annexe 4 : Tableau des victimes de violences conjugales enregistrées par les Forces de l'Ordre en France en 2021.

	Victimes enregistrées en 2021		Part de Femmes (%)	Victimes françaises (%)	Victimes enregistrées en 2020	Évolution 2020/2021
	Nombre	Répartition				
Total	207 743	100	87	85	171 926	21
<i>Violences physiques et administration de substances nuisibles</i>	<i>136 502</i>	<i>66</i>	<i>86</i>	<i>84</i>	<i>118 587</i>	<i>15</i>
Homicide*	143	<1	85	89	125	14
Torture ou acte de barbarie par conjoint	25	<1	96	68	17	47
Autre violence : mutilation ou infirmité permanente	25	<1	96	78	29	14
Autre violence : ITT > 8 jours	4 819	2	92	84	4 451	8
Autre violence : ITT < 8 jours ou autre circonstance aggravante	54 330	26	88	83	50 273	8
Autre violence : Sans ITT	77 160	37	85	84	63 692	21
<i>Violences sexuelles</i>	<i>7 916</i>	<i>4</i>	<i>98</i>	<i>85</i>	<i>6 291</i>	<i>26</i>
Viol ou tentative de viol	6 717	3	98	85	5 137	31
Autre violence sexuelle	1 199	1	97	89	1 154	4
<i>Violences verbales ou psychologiques</i>	<i>63 325</i>	<i>30</i>	<i>87</i>	<i>89</i>	<i>47 048</i>	<i>35</i>
Harcèlement	22 917	11	88	91	17 945	28
Menace	28 904	14	91	86	23 241	24
Injure, diffamation	2 366	1	39	91	2 106	12
Atteinte à la vie privée	9 138	4	84	93	3 756	143

(*) : Source chiffres homicides : DAV, Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2021.

Lecture : En France en 2021, 207 743 victimes de violences conjugales ont été enregistrées par les services de sécurité.

Champ : France (Métropole + DROM), personnes physiques âgées de 15 ans et plus.

Source : SSMSI, base des victimes enregistrés par la police et la gendarmerie 2016-2021.

Résumé

Les violences conjugales constituent une des priorités des politiques nationale et européenne en termes de santé publique. Elles sont un enjeu prépondérant en matière de prévention et de prise en charge des victimes aussi bien sur le plan médical que judiciaire. Cette prise de considération, nouvelle et précaire, est le fruit d'un long processus d'évolution des mentalités et d'avancées judiciaires depuis le XIXème siècle.

Cette reconnaissance s'est principalement bâtie ces dernières années autour des violences faites aux femmes. Il ne faut cependant pas omettre que ces violences touchent tous les individus et par conséquent les hommes également. Ces derniers sont peu représentés dans les médias et les données concernant ces victimes restent peu documentées et marginalisées. Dans ce contexte, quelle part ces hommes victimes constituent-ils au sein des violences conjugales en France et dans le monde ? Leur prise en charge et l'évaluation de ces violences sont-elles les mêmes que pour les victimes féminines ?

En partant de ce postulat, ce travail de thèse avait pour objectif d'établir de nouvelles données épidémiologiques sur le sujet en se basant sur des éléments récoltés dans les certificats médico-légaux érigés par les médecins légistes du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions du CHU de Rouen, entre janvier 2018 et décembre 2022. Cette thèse a également analysé l'évaluation de ces violences et de leurs conséquences sur les victimes en se questionnant sur une éventuelle différence entre les hommes et les femmes. Pour se faire, elle s'est basée sur l'attribution du nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail, au sens pénal du terme, à caractéristiques comparables entre une victime masculine et une victime féminine pour des violences similaires.

Il en est ressorti que les médecins légistes du CASA attribuaient, en moyenne, certes de manière non significative, 1.35 jours de plus aux victimes féminines. Par ailleurs, les données épidémiologiques obtenues étaient comparables à celles de la littérature.

Ces résultats ouvrent la voie à de nouvelles études plus larges, multicentriques afin d'obtenir des données plus précises sur le sujet. Par ailleurs, ils soulèvent l'importance de développer la prévention sur les hommes victimes de violences conjugales auprès des professionnels concernés mais également dans la population générale afin de prendre en considération toutes les victimes.

Mots-clefs : Médecine légale, violences conjugales, hommes, victimes, prise en charge