

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État

Par
Mélanie AIME
Née le 8 mai 1991 à Vouziers (08)

**EVALUATION A L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE DU CHU DE
TOURS DU CRITERE « DANGER IMMEDIAT » CHEZ LES FEMMES
VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES QUI NE DEPOSENT PAS
PLAINT**

Présentée et soutenue publiquement le **15 décembre 2020 à 14 heures** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Norbert TELMON, Médecine Légale, Faculté de Médecine - Toulouse

Membres du Jury

- Professeur Pauline SAINT MARTIN, Médecine Légale, Faculté de Médecine – Tours ;
- Docteur Camille REROLLE, Médecine Légale, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours.

Directeur de thèse : Professeur Pauline SAINT MARTIN, Médecine Légale, Faculté de Médecine – Tours

Résumé

Introduction : Lorsqu'il est face à une femme qui lui a révélé être victime de violences conjugales mais qui ne souhaite pas déposer plainte, le médecin est partagé entre la nécessité de respecter le secret professionnel et celle de protéger une personne en danger. En effet, les violences conjugales, dont la fréquence dans la population générale est mal connue mais probablement importante, sont un facteur de risque de décès. La loi du 30 juillet 2020 a modifié les situations où le professionnel de santé peut signaler au procureur de la République une situation de violences conjugales et a introduit les notions d'emprise et de danger immédiat pour la victime, qui permettent un signalement même sans son accord. Or, il semblait évident que le danger immédiat, dont la définition n'est pas établie par la loi, était un élément que le médecin devait rechercher dans l'évaluation d'une victime de violences, même avant cette loi. Nous avons souhaité savoir si des critères de danger immédiat étaient recherchés par les médecins dans les années qui ont précédé la loi du 30 juillet 2020. Nous avons recueilli ces données dans un service de médecine légale, car les médecins légistes sont au cœur de la prise en charge des victimes de violences.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les dossiers de femmes majeures victimes de violences conjugales examinées hors réquisition judiciaire à l'Unité Médico-Judiciaire du Centre hospitalier universitaire de Tours, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019. Une étude de la littérature a permis d'identifier 20 facteurs de risque d'homicide conjugal. Pour chaque dossier, nous avons vérifié que le médecin légiste avait évalué le danger immédiat en recherchant ces critères, et si la consultation judiciaire avait abouti à un signalement judiciaire.

Résultats : 99 femmes âgées de 19 à 99 ans ont été incluses dans l'étude. 68% étaient adressées à l'Unité Médico-Judiciaire par une association d'aide aux victimes. Les données non renseignées étaient très importantes. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature n'étaient pas précisés dans le dossier dans 51 à 99% des cas, sans que l'on puisse déterminer s'ils n'avaient pas été recherchés ou pas notés dans le dossier. Deux signalements judiciaires ont été effectués au total. Aucune femme n'est décédée.

Conclusion : L'évaluation du danger immédiat n'était pas correctement effectuée ou documentée par les médecins légistes. La loi du 30 juillet 2020, si elle ne paraît pas modifier réellement la pratique quotidienne, a permis d'engager la réflexion sur cette évaluation, qui doit à notre sens faire l'objet d'un recueil rigoureux dans le dossier médical. Nous proposons un outil d'évaluation, basé notamment sur le vade-mecum du Conseil national de l'ordre des médecins, afin de standardiser la consultation et dans la mesure du possible, la prise de décision du médecin.

Mots clés : violences conjugales, secret professionnel, danger immédiat, médecine légale

Abstract

Title: ASSESSMENT TO THE CLINICAL FORENSIC MEDICINE UNIT TO THE UNIVERSITY HOSPITAL OF TOURS OF THE CRITERIA « IMMEDIATE DANGER » FOR WOMENS VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE WHO DO NOT FILE COMPLAINT

Introduction: When faced with a woman who has revealed to him that she is a victim of domestic violence but does not wish to file a complaint, the doctor is torn between the need to respect professional secrecy and the need to protect a person in danger. Indeed, domestic violence, whose frequency in the general population is not well known but probably significant, is a risk factor for death. The law of July 30, 2020 has modified the situations in which the healthcare professional can report a situation of conjugal violence to the public prosecutor and has introduced the notions of control and immediate danger for the victim, which allow a report to be made even without his or her agreement. However, it seemed obvious that immediate danger, whose definition is not established by law, was an element that the doctor had to look for in the assessment of a victim of violence, even before this law. We wished to know if criteria of immediate danger were sought by doctors in the years preceding the law of July 30, 2020. We collected this data in a Clinical Forensic Medicine Unit, because forensic doctors are at the heart of the care of victims of violence.

Methods: This is a descriptive retrospective study including the files of adult women victims of domestic violence examined without judicial requisition to the Clinical Forensic Medicine Unit to the University Hospital of Tours, between January 1, 2017 and December 31, 2019. A study of the literature identified 20 risk factors for spousal homicide. For each file, we verified that the forensic doctor had assessed the immediate danger by looking for these criteria, and whether the judicial consultation had resulted in a judicial report.

Results: 99 women between the ages of 19 and 99 were included in the study. 68% were referred to the Clinical Forensic Medicine Unit by a victim support association. The uninformed data were very important. The risk factors identified in the literature were not specified in the file in 51-99% of cases, without it being possible to determine whether they had not been researched or noted in the file. A total of two court reports were made. No women died.

Conclusion: The assessment of the immediate danger was not properly performed or documented by forensic doctors. The law of July 30, 2020, although it does not seem to really modify daily practice, has made it possible to start thinking about this evaluation, which in our opinion must be the subject of a rigorous collection in the medical file. We propose an evaluation tool, based in particular on the vade-mecum of the National Council of the Order of Physicians, in order to standardize the consultation and, as far as possible, the doctor's decision making.

Key words: intimate partner violence, professional secrecy, immediate danger, forensic medicine

Remerciements

A Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse.
Vous m'honorez en évaluant ce travail.
Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Pauline SAINT MARTIN

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.
Je vous remercie pour votre aide, vos conseils, votre soutien et pour le temps que vous m'avez accordé, tout au long de ce travail.
Je vous remercie pour votre enseignement de qualité et pour toute votre bienveillance à mon égard tout au long de mon cursus.
Veuillez accepter ma plus profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Camille REROLLE

Je vous suis reconnaissante pour votre participation à ce jury de thèse.
J'ai apprécié travailler à vos côtés pendant ces années d'internat. Vos connaissances, votre rigueur et votre pédagogie vous honorent.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A l'équipe de l'Institut Médico-Légal / Unité Médico-Judiciaire du CHU de Tours

Merci à vous tous : médecins, psychologues, aides-soignantes, secrétaires. Vous m'avez formée, soutenue, aidée tout au long de mon internat. J'ai passé d'agréables moments auprès de vous. Vous avez toujours été là dans mes moments les plus difficiles et je vous en remercie sincèrement.

Aux équipes des Unités Médico-Judiciaires adulte et pédiatrique du CHR d'Orléans

Merci à vous tous : médecins, infirmières, psychologues, assistance sociale, aides-soignantes, secrétaires, clowns.

Mes stages dans vos services ont été riches d'expériences et ont complété comme il se doit ma formation.

Je ne pourrai jamais vous remercier assez pour votre bonne humeur, votre soutien et votre bienveillance à mon égard.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance et mes plus sincères remerciements aux Docteurs Pierre TIXERONT et Barbara TISSERON. Merci pour votre implication et votre temps que vous accordez à ma formation.

A ma famille

Et tout particulièrement à mon père et à mon frère. Merci de m'avoir soutenue, écoutée, encouragée mais aussi supportée durant toutes mes années de médecine. Vous avez toujours été là quand j'avais besoin. Merci pour tout.

A toi, Catherine

Ton amitié me va droit au cœur. Mes simples remerciements pour ton soutien, tes encouragements et tes pensées à mon égard ne seraient être suffisants. Je n'oublierai jamais nos longues discussions, je sais à présent que je ne suis pas seule et que je pourrai toujours compter sur toi.

A vous, Carine et Rodolphe

Merci de m'avoir soutenue dans une période tout particulièrement difficile. Vos précieux conseils et votre écoute m'ont permise de surmonter cet obstacle. Nos soirées ont représenté des moments d'évasion me permettant de repartir dans de meilleures dispositions.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont participé à ma formation et qui ont partagé avec moi ces années d'internat.

Merci à mes co-internes de m'avoir supportée et soutenue.

Pensées particulières à l'équipe du Centre de rééducation fonctionnelle du Clos Saint Victor et au Dr Romain TESSIER. Je vous remercie pour votre implication et votre enseignement.

Je tiens également à remercier le Service d'accueil des urgences du Centre hospitalier d'Orléans.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURLIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verrons pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque

Table des matières

Liste des abréviations.....	15
Index des figures.....	16
Index des tableaux	17
Introduction.....	18
I) Généralités	18
II) Définition des violences conjugales	18
1) Au sein d'une relation intime	18
2) Plusieurs types de violences possibles, souvent associées	19
III) Freins à la révélation des faits.....	20
1) Freins liés aux particularités des violences conjugales	20
2) Autres freins à la révélation.....	20
IV) Données épidémiologiques disponibles	20
1) Sources des données épidémiologiques en France	20
2) Réalité des chiffres	21
V) Rôle du médecin.....	22
1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	22
2) Signalement judiciaire (avant le 30 juillet 2020).....	23
VI) La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales	23
1) Nouvelle dérogation au secret médical.....	23
2) Lien violences conjugales et homicides conjugaux.....	24
3) Facteurs de risque d'homicide conjugal	24
a) Accès à une arme à feu et menaces avec arme	25
b) Harcèlement et menaces.....	25
c) Strangulation	25
d) Relations sexuelles imposées, violences pendant la grossesse	26
e) Comportements de contrôle	26
f) Profil des partenaires intimes à risque de passage à l'acte homicide	26
g) Séparation et tentatives de séparation	27
VII) Méthodes et outils d'évaluation des risques.....	27
1) Méthodes d'évaluation des risques.....	27
2) Focus sur un outil d'évaluation du risque d'homicide conjugal : le Danger Assessment (DA) (annexe 4)	28
VIII) Rôle du médecin légiste	29
1) Schéma directeur de la médecine légale	29
2) L'UMJ de Tours	29
Objectifs et conception de l'étude	31
I) Objectifs.....	31
II) Conception de l'étude.....	31

Méthodes	32
I) Population de l'étude.....	32
1) Population étudiée	32
2) Critères d'inclusion.....	32
3) Critères d'exclusion.....	32
II) Collecte des données	33
1) Variables analysées.....	33
a) Variables concernant la population de l'étude	33
b) Variables concernant les violences	33
c) Variables concernant les lésions traumatiques.....	35
d) Variables concernant l'incapacité totale de travail	35
e) Variables concernant les facteurs de risque d'homicide conjugal et la cotation du risque (annexe 6)	35
f) Variables concernant l'homicide conjugal.....	36
g) Variables concernant les suites données au décours de la consultation.....	36
2) Recueil des données et saisie.....	36
III) Analyse des données.....	37
Résultats	38
I) Description de la population étudiée	38
II) Description des violences	41
1) Description des violences physiques selon les mécanismes/manœuvres	43
2) Description des violences verbales et psychologiques selon les comportements	44
3) Description des violences sexuelles	45
III) Description des lésions traumatiques	46
IV) Evaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT).....	47
V) Evaluation du risque d'homicide conjugal.....	47
1) Les facteurs de risque du Danger Assesment.....	47
2) Les autres facteurs de risque identifiés dans la littérature	48
3) La cotation du risque d'homicide conjugal, selon le Danger Assessment	49
4) L'homicide conjugal.....	49
5) ITT et niveau de risque	49
VI) Suites données au décours de la consultation	50
1) Dépôt de plainte.....	50
2) Caractéristiques des femmes ayant fait l'objet d'un signalement judiciaire	50
Discussion	51
I) Limites de l'étude	51
1) L'absence de données	51
a) Sur les violences conjugales	51
b) Sur la perception d'un danger immédiat par le médecin légiste	52
c) Sur les suites données	52
2) Un recueil relevant du déclaratif	52
II) Reconnaissance et évaluation du risque d'homicide conjugal des femmes de l'étude	52
1) A partir de l'échelle de cotation du risque du Danger Assesment	52

2) A partir de critères non reconnus comme facteurs de risque d'homicide conjugal...	53
3) A partir d'une comparaison des résultats de cette étude avec l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2019	53
III) Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code pénal.....	54
1) Présentation	54
2) La notion de danger immédiat et son degré.....	55
d) Le danger immédiat visé par la loi du 30 juillet 2020	55
e) Une évaluation difficile.....	55
3) L'outil d'évaluation du danger et de l'emprise, élaboré par le conseil national de l'Ordre des médecins	56
IV) Nécessité d'un recueil de données homogène et standardisé à l'UMJ de Tours	58
1) Le médecin légiste : le médecin au centre de la prise en charge	58
2) Proposition d'un outil d'évaluation du danger immédiat (et de l'emprise).....	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes	66
Annexe 1 : Le cycle des violences conjugales, selon Léonore WALKER.....	66
Annexe 2 : Quels sont les signes de gravité à rechercher ? Recommandation de bonne pratique – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de santé, juin 2019. ²⁹	67
Annexe 3 : Articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, relatifs au secret professionnel. ⁴²	68
Annexe 4 : L'outil d'évaluation du risque d'homicide conjugal : The Danger Assessment ou Evaluation du Danger.	69
Annexe 5 : Grille de recueil des violences verbales et psychologiques	70
Annexe 6 : Grille de recueil des facteurs de risque d'homicide conjugal et de la cotation du risque	73
Annexe 7 : Proposition d'un outil d'évaluation du danger immédiat.....	74

Liste des abréviations

Pacs : Pacte civil de solidarité

Enveff : Enquête nationale sur les violences faites aux femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

IML : Institut Médico-Légal

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

ITT : Incapacité Totale de Travail

Index des figures

Figure 1 : Flow chart

Figure 2 : Pyramide des âges

Figure 3 : Situation matrimoniale des femmes

Figure 4 : Description des associations des violences

Figure 5 : Répartition des femmes selon leur niveau de risque d'homicide conjugal

Index des tableaux

- Tableau 1** : Caractéristiques de la population étudiée
- Tableau 2** : Caractéristiques des violences
- Tableau 3** : Répartition des violences physiques selon le mécanisme
- Tableau 4** : Répartition des violences verbales et psychologiques selon les comportements
- Tableau 5** : Description des violences sexuelles
- Tableau 6** : Répartition des lésions traumatiques
- Tableau 7** : Incapacité totale de travail
- Tableau 8** : Répartition des facteurs de risque du Danger Assessment
- Tableau 9** : Répartition des autres facteurs de risque
- Tableau 10** : Association ITT et augmentation du risque
- Tableau 11** : Caractéristiques des femmes ayant fait l'objet d'un signalement judiciaire
- Tableau 12** : Evaluation du danger – Les questions
- Tableau 13** : Evaluation de l'emprise– Les questions

Introduction

I) Généralités

Les violences conjugales sont une priorité du gouvernement français actuel. Depuis plusieurs années, des actions de prévention et de lutte contre ces violences sont organisées. Ces violences touchent de nombreuses femmes : sur la période 2011 – 2018, tous les ans, environ 213 000 femmes ont été victimes de violences conjugales (enquête « *Cadre de vie et sécurité* », 2019).^{1,2}

De multiples acteurs interviennent dans la prévention et la lutte contre les violences conjugales et parmi eux les professionnels de santé vers qui les victimes se tournent souvent en premier recours : une victime sur deux révélerait les violences subies à un médecin ou un psychologue, tandis que moins d'une victime sur cinq déposeraient plainte.^{2,3,4}

Selon la littérature, les violences conjugales représenteraient le facteur de risque le plus important d'homicide conjugal : 65 à 70% des homicides conjugaux sont précédés de violences conjugales.^{5,6,7,8,9,10,11,12} En France, en 2019, les homicides conjugaux ont représenté 20 % de l'ensemble des homicides, et 84% des victimes étaient des femmes.¹³ Il s'agit donc pour le professionnel de santé qui recueille la révélation des violences de ne pas méconnaître ce risque bien réel.

D'importants travaux ont été réalisés ces 30 dernières années pour identifier des facteurs de risque permettant de prédire, parmi les situations de violences conjugales, le risque que présente une femme d'être tuée par son partenaire. Des outils d'évaluation ont été développés sur la base de ces facteurs de risque empiriques, notamment au Canada et aux Etats-Unis.

L'identification de ces facteurs doit par ailleurs faire s'interroger sur l'opportunité de signaler la situation aux autorités judiciaires.

II) Définition des violences conjugales

1) Au sein d'une relation intime

Il s'agit d'actes ou de comportements violents et de domination survenant au sein d'une relation intime et causant un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique à la personne qui en est victime.

De multiples définitions des violences conjugales (ou violences au sein du couple ou violences entre partenaires intimes) existent. Elles sont issues de l'Organisation des Nations Unies, de l'Organisation Mondiale de la Santé et en France, du ministère de la Justice.¹⁴

Dans la plupart des définitions, le cadre auquel fait référence une relation intime est très peu précisé.

Une étude française sur les morts violentes au sein du couple distinguait deux types de relations intimes, toutes deux étant maintenant légalement considérées comme un couple : les relations intimes « officielles » (à savoir les partenaires liés par le mariage civil, les partenaires liés par un pacte civil de solidarité (Pacs) et les concubins) et les relations intimes « non officielles » (à savoir les petits amis, les relations extra-conjugales, les relations non stables, non suivies).¹⁵

Les violences conjugales peuvent se rencontrer aussi bien dans les relations entre deux partenaires de sexe opposé que de même sexe.¹⁶

Elles peuvent exister pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation.¹⁶

2) Plusieurs types de violences possibles, souvent associées

Les violences conjugales comprennent et peuvent associer plusieurs types de violences : les violences physiques, verbales, psychologiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et l'isolement social.¹⁶

Les violences physiques peuvent être définies comme l'utilisation intentionnelle de la force physique ou d'une arme pour faire du mal à une personne ou la blesser.¹⁷ Il s'agit du type de violences le plus aisé à rechercher, à reconnaître et à identifier tant pour les femmes que pour le médecin, du fait des actes physiques qui en sont à l'origine (claques, coups de poing et de pied, bousculades, tirages de cheveux, ...) et des blessures occasionnées par de tels actes (ecchymoses, hématomes, abrasions, fractures, ...). Cependant, toutes les violences physiques ne laissent pas de trace.

Les violences verbales et psychologiques sont parfois difficiles à distinguer.¹⁸ Les insultes et menaces souvent classées dans les violences verbales peuvent aussi bien se classer dans les violences psychologiques lorsque celles-ci deviennent régulières et répétées, voire quotidiennes.

Ces deux types de violences sont difficiles à identifier, à reconnaître et à rechercher. Elles sont souvent banalisées par les femmes.¹⁸ Elles ne laissent pas de trace physique. Elles peuvent prendre de multiples formes dont certaines peuvent ne pas être perçues immédiatement comme des violences.

Une étude définit la violence psychologique entre conjoints comme suit : « *la violence psychologique, en contexte conjugal, est un comportement spécifique intentionnel et répétitif qui s'exprime à travers différents canaux de communication (verbale, gestuel, regard, posture, etc.) de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre (ou risque d'atteindre) une personne et la blesser sur le plan émotionnel.* ». Les auteurs de cette étude ont assimilés la violence psychologique à treize comportements, puis ont repéré pour chacun de ces comportements les différents champs de référence à travers lesquels ils s'expriment.¹⁹

Les violences sexuelles sont le plus souvent cachées et les moins dénoncées par les femmes.¹⁸ La notion d'absence de consentement dans les relations sexuelles au sein du couple apparaît dans la loi en 1992.²⁰ La relation conjugale constitue une circonstance aggravante dans les faits d'agression sexuelle depuis 2006.^{20,21}

Les violences sexuelles peuvent prendre de multiples formes : rapports sexuels non consentis, « pour avoir la paix », imposés par leur partenaire avec une autre personne, attouchements, refus de relation sexuelle non accepté entraînant coups et menaces, pratiques sexuelles non consenties pendant un rapport initialement consenti, ...

Les violences économiques consistent à nier le droit d'accéder aux ressources de base et d'en avoir la libre disposition, y compris son propre revenu ou ses aides sociales.¹⁷ Il peut s'agir de dépenses excessives avec l'argent commun ou de la femme, cachées ou sans son accord.

III) Freins à la révélation des faits

1) Freins liés aux particularités des violences conjugales

Les violences conjugales se produisent le plus souvent au domicile du couple, dans la sphère privée, au sein de la cellule familiale.²² Elles sont caractérisées par une installation insidieuse, une répétition et une chronicisation des violences, plus ou moins régulières, pouvant être quotidiennes.²² Elles sont également caractérisées par un phénomène d'emprise, de contrôle et d'isolement social.¹⁶

Léonore WALKER, psychologue spécialiste des violences faites aux femmes, a décrit en 1979 le cycle de la violence conjugale. Ce cycle comprend quatre phases successives dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps (annexe 1).^{16,22}

Ce cycle entraîne, chez les femmes victimes de violences au sein du couple, déni et banalisation des violences.³³ Les femmes sont en proie à de multiples sentiments tels que honte, culpabilité, dévalorisation, peur mais aussi espoir que la situation change.²²

Ainsi, les particularités des violences conjugales permettent de comprendre, en partie, les difficultés que peuvent rencontrer les femmes victimes de violences conjugales à révéler les faits, à entamer des démarches à l'encontre de leur partenaire et à le quitter. Il permet aussi d'expliquer leur ambivalence dans leurs demandes d'aides et dans leurs démarches, en fonction de la phase du cycle où elles se trouvent.

2) Autres freins à la révélation

Certaines violences sont difficiles à repérer, particulièrement les violences verbales et psychologiques. La situation de violences conjugales n'est alors pas identifiée par les femmes et/ou le médecin.

Une femme dont le médecin suit également le partenaire violent peut craindre qu'il soit informé par le médecin de ce qu'elle lui aura révélé, ce qui peut empêcher la révélation.

Une prise en charge inadaptée lors de précédentes révélations peut freiner la femme dans ses démarches ultérieures.

IV) Données épidémiologiques disponibles

1) Sources des données épidémiologiques en France

Les données épidémiologiques concernant les violences au sein du couple proviennent de différentes sources.

Elles sont issues des statistiques annuelles du ministère de l'Intérieur et de la Justice établies respectivement à partir des dépôts de plainte ou à partir des condamnations, de différentes enquêtes démographiques et d'organismes publics et privés entrant en contact avec les femmes victimes de violences tels les postes de police et de gendarmerie, les tribunaux, les services d'aide aux victimes, etc..^{17,23,24}

Il existe plusieurs enquêtes démographiques permettant d'obtenir des informations chiffrées sur les violences à l'égard des femmes, dont les violences conjugales : les enquêtes de

victimation (par exemple, l'Enquête « Cadre de vie et sécurité », CVS), les enquêtes en population générale sur des échantillons représentatifs (comme l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en 2000, Enveff) et des enquêtes dites « de ménage » (tel que l'enquête Evènements de vie et santé, EVS).^{2,23}

Les principales données statistiques sur les violences conjugales sont présentées chaque année, depuis le 25 novembre 2013, dans la Lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes. Les données sont principalement issues de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » et des bases de données du ministère de l'Intérieur et de la Justice.^{25,26}

Ainsi, sur la période 2011-2018, chaque année, environ 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré subir des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint.^{2,25}

Quelques études de prévalence sur les violences conjugales en milieu médical ont été réalisées. Le service de médecine légale de l'hôpital de Rangueil du Centre hospitalier universitaire de Toulouse a réalisé deux enquêtes successives (en 1989 et en 1999) sur les violences conjugales.²⁷ Une enquête a été menée en 2000 dans le service des urgences générales de l'Hôtel-Dieu de Paris. Une autre a été menée aux urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu de Paris.²⁸

2) Réalité des chiffres

Il est probable que les chiffres diffusés chaque année ne reflètent pas la réalité des violences conjugales, sans que l'on puisse dire s'ils les sous ou surestiment.

Dans les enquêtes « Cadre de vie et sécurité » et Enveff, les catégories de population ne sont pas toutes représentées.

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » a interrogé un échantillon représentatif de la population âgé de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Les personnes mineures et celles âgées de plus de 76 ans ainsi que les personnes incarcérées, vivant en institutions (cités universitaires, foyers de jeunes travailleurs), en habitation mobile et les sans domicile fixe ne sont pas interrogées.^{26,29}

De même, l'enquête Enveff a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et vivant hors institutions.

La fiabilité des données statistiques dépend également du type de violences recueilli. Par exemple, l'enquête « Cadre de vie et sécurité » ne prend en compte que les violences physiques et sexuelles.²⁵

Nous avons abordé les freins à la révélation des violences chez les femmes qui en sont victimes. Il est donc probable qu'un certain nombre de femmes ait choisi de ne pas évoquer leurs violences dans le cadre des enquêtes démographiques.

Comme évoqué plus haut, le système de santé est considéré comme le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences. Elles se tournent davantage vers les professionnels de santé que vers les forces de l'ordre et la Justice.^{3,25,30} Ainsi, le secteur médical apparaît comme une source importante en ce qui concerne les chiffres des violences conjugales. Cependant, cette source est à ce jour insuffisante pour caractériser l'ampleur du phénomène.^{23,24} L'absence de codage des violences ne permet pas un recueil standardisé d'un établissement de santé à l'autre.

V) Rôle du médecin

1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Le médecin est souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la prise en charge des femmes victimes de violences.¹⁴

Trois médecins sont en première ligne pour dépister les signes de violences et recueillir les doléances des femmes : les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens.¹⁴

Le médecin a un rôle clé dans le dépistage des violences conjugales, dans le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat médical. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux selon leur situation.¹⁴ La HAS a mis en ligne le 2 octobre 2019 des documents et des recommandations de bonne pratique à destination des professionnels de santé, en matière de repérage et de prise en charge des femmes victimes de violences au sein du couple. Ils sont accessibles au lien suivant :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Dans les recommandations de bonne pratique de juin 2019, la HAS recommande d'évaluer la gravité et la dangerosité des violences.^{14,16} Outre la gravité des lésions, des questions et indicateurs peuvent orienter vers un risque de gravité élevé.¹⁴ Ces signes de gravité sont précisés en annexe 2. Si la HAS précise des éléments pouvant évaluer la gravité et la dangerosité, elle ne définit aucun de ces deux termes. Il s'agit de notions qui restent floues.

Le médecin doit être en capacité d'informer les victimes de leurs droits et de les orienter vers les services spécialisés. En effet, la prise en charge des victimes de violences conjugales se doit d'être globale et ne peut se limiter à la seule intervention du médecin. Elle nécessite l'implication et la coordination de nombreux acteurs (professionnels de la justice, associations, médecins légistes, professionnels de l'action sociale, ...). Elle doit permettre aux femmes de sortir définitivement du cycle des violences. Elle doit apporter une protection aux femmes (et aux enfants, le cas échéant), parfois dans l'urgence.

En France, il existe plusieurs outils de protection judiciaire : l'ordonnance de protection délivrée par le Juge aux affaires familiales permettant l'éviction du conjoint du domicile, le dispositif « téléphone grave danger » et plus récemment le bracelet anti-rapprochement.^{1,14,31} Leur délivrance implique que le Juge aux affaires familiales ou le procureur de la République soient informés de la situation : *via* la femme elle-même, un dépôt de plainte ou un signalement.

Les associations d'aide aux victimes sont un acteur primordial de la protection. Elles peuvent être saisies en urgence par le procureur de la République. Elles permettent de porter assistance aux victimes dans les meilleurs délais et proposent un accompagnement adapté aux besoins des victimes.³² Elles font le relais entre les différents intervenants.

2) Signalement judiciaire (avant le 30 juillet 2020)

Le signalement est une dérogation au secret médical autorisée par la loi.¹⁴ Il s'agit d'un écrit adressé au procureur de la République l'informant d'une situation de violences suspectées.

Il peut représenter une source de conflit chez le médecin entre l'obligation de porter assistance à une personne en danger et l'obligation de respecter le secret professionnel (article 226-13 du Code pénal).³³

L'article 226-14 du Code pénal dispose des situations dans lesquelles un tel signalement est possible (annexe 3).³³

Parmi ces situations, on trouve les suspicions de violences chez les mineurs ou incapables majeurs et les majeurs sans incapacité physique ou psychique, avec leur accord.

Le signalement a tout son intérêt lorsque le professionnel de santé à en charge une victime de violences conjugales se trouvant dans une situation qu'il juge inquiétante et que cette dernière est dans l'impossibilité d'agir par elle-même, d'assurer sa protection et celle de ses enfants, le cas échéant.

VI) La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales

1) Nouvelle dérogation au secret médical

Dans un souci de développer les moyens de protection des victimes, un Grenelle contre les violences conjugales a été organisé par le gouvernement français du 3 septembre au 25 novembre 2019.³⁴ Ce grenelle a suscité, entre autre, la prise de conscience de l'enfermement des victimes dans le silence et la résignation les empêchant de révéler les faits qu'elles subissent.³²

A l'issue de ce Grenelle, plusieurs outils ont été proposés, parmi lesquels la création d'une nouvelle dérogation au secret médical. Cette dérogation est prévue par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, applicable depuis le 31 juillet 2020.³⁵

Cette loi permet ainsi à tout professionnel de la santé de :

« porter à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple, lorsqu'il estime 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. Le médecin ou le professionnel de la santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. »
(article 12 modifiant l'article 226-14 du Code pénal relatif à la levée du secret professionnel).³⁵

Cette loi rend alors possible la levée du secret professionnel, même sans l'accord de la victime majeure, si deux conditions sont réunies :

1. les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et ;
2. la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Cependant, à l'heure actuelle il n'existe aucune définition claire et précise ni du danger immédiat, ni de l'emprise.

2) Lien violences conjugales et homicides conjugaux

L'homicide conjugal concernent les actes commis entre partenaires intimes ayant abouti à la mort de l'un deux.¹⁵

Une étude nationale française sur les morts violentes au sein du couple recense chaque année, depuis 2006, les cas d'homicides conjugaux. Cette étude est réalisée par la Délégation Interministérielle d'Aide aux Victimes.

Ainsi, en 2019, la Délégation Interministérielle d'Aide aux Victimes a recensé 173 morts violentes survenues au sein du couple. Cela représentait 20% de l'ensemble des homicides commis en France.¹³ Les femmes étaient les principales victimes : 146 femmes (soit 84% de l'ensemble des victimes d'homicide conjugal) ont été tuées par leur partenaire masculin. Concernant les 27 victimes de sexe masculin, 21 hommes ont été tués par leur partenaire féminin et 6 hommes par leur partenaire de même sexe.¹³

Par ailleurs, 268 tentatives d'homicides au sein du couple ont été recensées pour l'année 2019.¹³

Un homicide conjugal ne survient pas toujours dans un contexte de violences conjugales préexistantes. Toutes les violences conjugales n'aboutissent pas à une issue fatale. Toutefois, la littérature indique que les violences conjugales représentent le facteur de risque le plus important d'homicide conjugal.^{5,6,7,8,9,10,11,12}

Parmi les 146 victimes féminines de l'étude, 41% avaient subi des violences antérieures par leur partenaire.¹³

L'étude prend en compte les violences physiques, psychologiques et sexuelles enregistrées par les enquêteurs avant la commission des faits et celles révélées par des témoignages après la commission des faits.¹³

La question d'une sous-estimation des données par une non révélation se pose bien sûr. On comprend donc l'enjeu du repérage précoce des violences conjugales, une intervention pouvant peut-être éviter la survenue d'une issue fatale ou diminuer son risque. Il faudrait alors identifier des facteurs de risque de survenue d'un homicide conjugal chez les femmes victimes afin de repérer celles à risque potentiel.

Ainsi, la reconnaissance et l'évaluation du risque d'homicide conjugal chez une femme victime de violences conjugales pourraient constituer une approche dans l'évaluation d'un danger immédiat pour la vie d'une victime de violences au sein du couple. La littérature a identifié des facteurs de risque permettant de prédire le risque qu'une femme victime de violences conjugales a d'être tuée par son partenaire.

3) Facteurs de risque d'homicide conjugal

De nombreuses études ont tenté d'identifier des facteurs de risque d'homicide conjugal. Certains sont liés aux types de violences, d'autres au profil du partenaire violent, d'autres au profil de la femme et d'autres encore à la relation intime. Pour certains facteurs, le lien avec l'homicide conjugal a été démontré par plusieurs auteurs. Pour d'autres, le lien a été démontré par peu d'auteurs.

Les recherches bibliographiques ont été menées à partir de la base de données PubMed et des ressources électroniques de la bibliothèque universitaire de la Faculté de médecine de Tours et du site internet du Centre canadien : Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV) (*anciennement Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, CRIVIFF, jusqu'en 2019*).

Les mots-clés utilisés étaient : partner's violence, intimate partner violence, intimate partner homicide, feminicide, risk factors, risk assessment, danger assessment.

a) Accès à une arme à feu et menaces avec arme

L'accessibilité du partenaire violent à une arme à feu signifie soit que le partenaire possède une arme à feu à domicile, soit qu'il peut facilement s'en procurer une.⁹

Une étude a conclu que l'accès du partenaire à une arme à feu était le facteur de risque le plus important de passage à l'acte homicide en contexte de violences conjugales (OR = 11.17, $p < 0.001$).⁹ Une autre étude a montré que le risque d'homicide conjugal était multiplié par 6.³⁶

Le risque est multiplié par 7 à 20 si le partenaire violent menace ou agresse sa compagne avec une arme, quelle qu'elle soit.^{5,9,36}

b) Harcèlement et menaces

Selon une étude, une femme a 11 fois plus de risques d'être tuée par son partenaire si ce dernier profère des menaces de mort à son encontre⁵ et 3 à 4 fois plus de risques s'il la harcèle.^{5,9}

Les menaces identifiées sont : les menaces de mort, les menaces envers les enfants, celles perpétrées avec une arme, les menaces verbales envers la femme ou des membres de son entourage, ainsi que des messages écrits envoyés ou déposés dans l'environnement (travail, voiture, maison).³⁷

Une étude américaine a mis en évidence un lien entre harcèlement et homicide conjugal. Elle indiquait que 76% des femmes victimes d'homicide conjugal et 85% des femmes victimes de tentative d'homicide avaient subi au moins un épisode de harcèlement dans les douze mois qui ont précédé l'incident. Les femmes rapportaient surtout avoir été suivies ou espionnées par leur partenaire depuis sa voiture, devant leur domicile ou devant leur lieu de travail.³⁸

c) Strangulation

Il y a peu d'études examinant la survenue d'une strangulation dans le cadre de violences précédant un homicide conjugal. Cependant, plusieurs auteurs ont mentionné que les femmes victimes d'un homicide ou d'une tentative d'homicide par leur partenaire intime violent étaient plus susceptibles d'avoir été étranglées par leur partenaire.^{5,6,7,9,39,40}

Ainsi, une étude a montré qu'une femme a 7 fois plus de risques d'être tuée par celui-ci s'il avait déjà essayé de l'étrangler auparavant (OR = 7,23, $p < .001$).⁹ Ce même risque a été mis en évidence dans une autre étude avec un OR = 6.71, 95% CI [4.98-9.02].⁵

De plus, la strangulation est en soi une cause de décès. Lors d'un épisode violent, la femme a 7 fois plus de risques d'être tuée par son partenaire s'il utilise la strangulation comme moyen violent.^{7,40}

d) Relations sexuelles imposées, violences pendant la grossesse

Plusieurs études ont mis en évidence une association entre rapports sexuels forcés, violences durant la grossesse et homicide conjugal.^{5,6,9,41,42}

Ainsi, une femme a 4 fois plus de risques d'être tuée par lui si elle subi ou a subi des violences pendant sa/ses grossesses, comparées aux femmes pour lesquelles les violences se sont arrêtées lorsqu'elles étaient enceintes.^{5,9,41,42}

Si le partenaire violent impose à sa partenaire des rapports sexuels, le risque qu'à cette femme d'être tuée par son partenaire est multiplié par 5 (OR = 5.44, $p < .001$).⁹

e) Comportements de contrôle

Le contrôle exercé par un partenaire violent peut s'exercer sur la famille, les amis, l'argent, les déplacements en dehors du domicile conjugal, les tenues vestimentaires, Ainsi, il peut vouloir contrôler toutes les activités de sa partenaire en lui disant avec quel ami elle peut-être, quand elle peut voir sa famille, combien d'argent elle peut dépenser. Il peut la confiner au domicile lui refusant d'en sortir ou lui interdire toute utilisation d'un téléphone.⁴³

De nombreuses études ont ainsi trouvé un lien entre homicide conjugal et contrôle de la partenaire. Selon deux études, une femme a 4 à 5 fois plus de risques d'être tuée si son partenaire exerce sur elle un contrôle.^{5,9}

f) Profil des partenaires intimes à risque de passage à l'acte homicide

Plusieurs études ont tenté d'identifier, au sein des relations intimes violentes, les caractéristiques des hommes (violents) et des femmes (victimes) qui permettraient de prédire un passage à l'acte.^{4,5,7,8,9,36,37,44,45}

L'âge, l'ethnie, le niveau d'étude, le statut professionnel, le statut socioéconomique, un trouble psychiatrique, l'abus de substances toxiques (alcool et drogue), la nature violente en général, les antécédents judiciaires sont tout autant d'éléments qui ont été analysés. Pour certains, le lien avec l'homicide conjugal n'est pas clairement établi.

Concernant les partenaires violents

L'inactivité professionnelle, l'abus de substances toxiques (alcool et/ou drogue), la jalousie et le risque suicidaire (menaces et/ou tentatives de suicide) du partenaire violent sont les facteurs de risque d'homicide conjugal majoritairement identifiés dans la littérature.

Concernant les femmes victimes

Le jeune âge (15-24 ans), l'abus de substances toxiques (alcool et/ou drogue) et la présence d'enfants issus d'une précédente union sont les facteurs de risque d'homicide conjugal majoritairement identifiés dans la littérature.

g) Séparation et tentatives de séparation

Plusieurs études ont retrouvé une association constante entre la séparation dans un couple et l'homicide conjugal.^{6,7,39,46,47}

La séparation est particulièrement à risque dans la première année et surtout dans les 2 – 3 premiers mois : environ la moitié des femmes ont été tuées dans les 2 mois suivant la rupture et près de 90% l'ont été dans l'année suivant la rupture.^{39,47}

Un projet de séparation augmente les risques d'homicide conjugal. En effet, les femmes qui tentent de quitter ou qui menacent de quitter leur partenaire violent peuvent être harcelées ou tuées par leur partenaire.³⁷

Enfin, le harcèlement est plus souvent le fait d'un ancien partenaire que d'un partenaire actuel : 88% des femmes victimes d'homicide conjugal avaient été harcelées par leur ex-partenaire *versus* 69% par leur partenaire actuel.³⁸

VII) Méthodes et outils d'évaluation des risques

L'identification d'une situation à fort risque d'homicide conjugal n'est pas anodine au vu des conséquences qu'elle peut engendrer pour assurer la sécurité d'une femme et de ses enfants : placement en garde à vue du partenaire, mise en place de mesures d'éviction et d'éloignement, retrait de l'autorité parentale au partenaire violent voire placement des enfants. Ainsi, l'évaluation des risques nécessite d'être fiable et reproductible.

Au Canada et aux Etats-Unis, l'évaluation du risque et de la dangerosité s'inscrit dans le cadre de la réponse initiale apportée à une femme victime de violences conjugales. Ce processus d'évaluation du risque permet d'estimer le danger potentiel de la situation de violences et le risque d'homicide familial. Il aborde aussi la notion de gestion du risque, c'est-à-dire ce que la femme ou les intervenants en matière de violences conjugales devront mettre en place en cas de danger.⁴⁸ Pour cela, le Canada et les Etats-Unis ont élaborés des outils d'évaluation du risque de violences envers le partenaire afin d'évaluer le risque que le partenaire violent récidive ou que la situation devienne fatale.⁴⁹ Ces outils utilisent une liste de facteurs de risque définis à partir de recherches empiriques.

1) Méthodes d'évaluation des risques

La littérature décrit trois grandes méthodes d'évaluation des risques : 1. l'évaluation des risques non structurée ; 2. la méthode actuarielle et 3. le jugement professionnel structuré.^{49,50,51}

La méthode basée sur le jugement professionnel structuré combine les deux premières méthodes.

Elle consiste à utiliser une liste de facteurs de risque définis à partir de recherches empiriques. A chaque facteur de risque est attribuée une valeur numérique et un score de risque est généré (c'est la méthode actuarielle).^{49,50,52}

Elle y associe la perception de l'évaluateur qui évalue la situation en se fondant sur son propre jugement subjectif, sur son intuition et sur ses expériences. Il analyse le comportement de l'individu et le contexte (c'est l'évaluation des risques non structurée).^{49,51}

Un autre élément important à prendre en considération dans l'évaluation des risques est la perception de la femme elle-même quant à son risque. Elle apporterait autant de précision que les autres méthodes d'évaluation.⁴⁸ Il faut cependant noter que les femmes ont souvent tendance à minimiser le danger.³⁶

2) Focus sur un outil d'évaluation du risque d'homicide conjugal : le Danger Assessment (DA) (annexe 4)

De nombreux instruments ou outils d'évaluation des risques ont été développés, principalement au Canada et aux États-Unis. L'Équipe de recherche en violence conjugale du Centre de Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV) (*anciennement Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, CRIVIFF, jusqu'en 2019*) a répertorié en 2018 trente-huit outils.⁴³

Le risque évalué (de nouvelles violences, de la sévérité des nouvelles violences et d'homicide conjugal), les informations recueillies (auprès de la femme et/ou du partenaire violent), les personnes à qui s'adresse l'outil (professionnels de la justice, forces de l'ordre, professionnels de la santé, travail sociaux, services d'aide aux victimes, ...), le format de l'outil (questionnaire, autoévaluation, checklist, aide-mémoire, ...) diffèrent d'un outil à l'autre. Certains outils apportent également une aide dans la gestion et la planification du risque.⁴⁹ En effet, il ne suffit pas d'identifier une situation à haut risque, il faut également prendre des mesures adaptées pour prévenir un passage à l'acte homicide.

Le Danger Assessment (DA ou Evaluation du danger en français) est un outil américain développé par J. Campbell en 1983, révisé en 1988 puis en 2004. Il est fondé sur le jugement clinique structuré.⁴⁹ Il s'agit d'un des rares outils évaluant uniquement le risque d'homicide conjugal dans un contexte de violences conjugales. En effet, d'autres outils tels le SARA ou le B-SAFER évaluent à la fois le risque de nouvelles violences et le risque d'homicide conjugal.⁵³

La conception du Danger Assessment s'est faite sur la base d'analyse des dossiers d'homicides conjugaux et à partir de données issues de la recherche. Il est né d'une collaboration avec des femmes victimes de violences conjugales, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé et de la justice.⁵³

Un étude cas-témoin réalisée par Campbell en 2003, comparant des femmes victimes d'homicide conjugal ou de tentative d'homicide conjugal à des femmes victimes de violences conjugales qui n'ont pas été tuées par leur partenaire, indiquait que près de la moitié des femmes qui ont été tuées par leur partenaire n'avaient pas conscience du risque qu'elles encouraient.⁷

Le Danger Assessment permet d'aider la femme à évaluer son propre risque d'homicide conjugal.⁵³ Cette prise de conscience du risque d'homicide conjugal se fait à l'aide d'un calendrier sur lequel la femme indique la fréquence et la sévérité des épisodes violents qui se sont produits sur l'année écoulée. L'échelle de gravité des violences est la suivante : 1. Gifles, bousculades ; aucune blessure, douleur persistante. 2. Coups de poing, coups de pied ; bleus, coupures, douleurs persistantes. 3. Raclée (« il m'a battue ») ; contusions graves, brûlures, fractures, fausse-couche. 4. Menaces d'utiliser une arme ; blessures à la tête, blessures internes, blessures permanentes, fausse couche. 5. Utilisation d'une arme ; blessures par une arme.

Ce questionnaire permettrait à 38% des femmes qui n'avaient pas conscience de leur risque d'homicide conjugal de le reconnaître.⁵³

La deuxième partie du Danger Assessment prend la forme d'une liste de vingt facteurs de risque liés à l'homicide conjugal identifiés par la recherche, auxquels la femme doit répondre par « oui » ou par « non » en fonction de leur présence ou non.^{52,54}

Le nombre de réponses « oui » est comptabilisé et indique un niveau de risque. Un score < 8 indique un risque « variable » ; un score entre 8 et 13 indique un risque « augmenté » ; un score entre 14 et 17 correspond à un risque « sévère » et un score $\geq$ à 18 mentionne un risque « extrême ».⁸

Selon l'étude cas-contrôle de Campbell (2003), un score de 4 et plus ne permettait pas d'identifier de manière fiable les femmes qui ont été tuées par leur partenaire, mais incitait toutefois à la plus grande prudence et à la mise en place de mesures de protection. Un score de 8 et plus permettait d'identifier de manière fiable les femmes qui ont été tuées par leur partenaire.⁷

La femme remplit ce questionnaire elle-même. L'aide d'un professionnel lui permet d'évaluer son risque en fonction de sa situation.⁵³

Dans les faits, cela signifie que cet outil peut être donné à la femme se présentant pour violences conjugales avant sa consultation avec un professionnel de santé ou lors de sa prise en charge aux urgences comprenant des temps d'attente nécessaires à sa prise en charge (rédaction de l'observation médicale, attente de résultats d'examens complémentaires, avis, ...). Toutefois, cela implique de consacrer un temps et de disposer d'un espace permettant un accueil bienveillant afin d'expliquer l'outil et de le remplir dans de bonnes conditions. Il n'est pas concevable de donner à la femme cet outil en lui disant simplement de le remplir dans une salle d'attente.

De nombreuses études ont analysé la fiabilité et la validité du Danger Assessment. Il est couramment utilisé aux Etats-Unis.⁵³

VIII) Rôle du médecin légiste

1) Schéma directeur de la médecine légale

Une circulaire interministérielle a mis en place le schéma directeur de la médecine légale en 2010.^{55,56} Trois niveaux d'activité médico-légale ont été identifiés : 1. l'Institut Médico-Légal (IML) ou centre pivot où l'on pratique des autopsies et l'on examine des victimes de violences au sein d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) ; 2. l'UMJ où l'équipe accueille des victimes mais ne pratique pas d'activité thanatologique ; 3. le réseau de proximité, où les médecins qui pratiquent des actes médico-légaux sont requis à l'acte.

Dix ans après la mise en place de cette organisation, on constate que dans les départements où une UMJ existe (seule ou au sein d'un IML), la prise en charge des victimes du département est centralisée dans ce service et est de ce fait assez homogène.

2) L'UMJ de Tours

A Tours, l'équipe de l'IML est constituée de huit médecins légistes. L'UMJ accueille 24 heures sur 24, 3 500 victimes par an (activité qui a progressivement augmenté depuis 10 ans) dont 450 victimes de violences conjugales, 250 victimes de violences sexuelles, 800 mineurs.

La prise en charge des victimes est multidisciplinaire : psychologues, association d'aide aux victimes, lien avec le centre du psychotraumatisme.

La plupart des victimes sont examinées sur réquisition. 15% environ le sont sans réquisition dans le cas uniquement où ces personnes hésitent à déposer plainte ou refusent. Ces victimes sont adressées par des associations de victimes, un confrère, un autre service hospitalier ou viennent spontanément.

Un protocole « recueil de preuve sans plainte » a été signé avec le parquet de Tours, pour formaliser le lien des deux structures en cas de procédure ultérieure.

En l'absence d'UMJ dans le Loir et Cher et le Cher et en l'absence d'astreinte de l'UMJ du Loiret, toutes les victimes de ces départements sont accueillies si nécessaire.

L'accueil des victimes qui n'ont pas déposé plainte est un peu différent de celui des personnes vues sur réquisition. Un temps long de recueil d'informations a lieu pendant la consultation. L'évaluation de la situation de la personne doit tenir compte à la fois des besoins qu'il ou elle a (suivi psychologique, conseils juridiques, assistante sociale) ainsi que du risque que cette personne a d'être exposée à nouveau à des violences si il ou elle ne souhaite toujours pas déposer plainte à l'issue de la révélation. Dans ce cadre où le signalement judiciaire du médecin n'est à priori pas possible puisque la victime n'est pas d'accord, le médecin légiste doit rechercher tout élément suggérant qu'il existe un risque pour sa vie. La loi du 30 juillet 2020 a clarifié la nécessité de cette évaluation mais celle-ci a toujours été faite au sein de l'UMJ de Tours au cours de ces consultations sans réquisition.

Objectifs et conception de l'étude

I) Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si le danger immédiat d'une femme victime de violences conjugales qui n'a pas déposé plainte était évalué par les médecins légistes de l'UMJ de Tours, avant la loi du 30 juillet 2020.

L'objectif secondaire était d'améliorer les pratiques de l'équipe de l'IML de Tours.

II) Conception de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et rétrospective réalisée à l'UMJ de Tours, du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019.

Méthodes

I) Population de l'étude

1) Population étudiée

La population étudiée était constituée par l'ensemble des dossiers de femmes majeures examinées à l'UMJ de Tours, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019 pour des violences conjugales, sans dépôt de plainte. La période d'étude, assez récente, permettait de prendre compte les changements sociétaux de ces dernières années ayant souligné l'importance du phénomène des violences conjugales et du recueil de la parole des victimes.

Les dossiers ont été sélectionnés à partir des archives numériques de Tours (Logiciel WINNIX). Les critères suivants ont été sélectionnés : l'âge, la date de l'examen, les modalités d'examen (consultation privée ; consultation hospitalier), la nature de l'examen (examen médico-légal + ITT) et le contexte (violences conjugales – vivant). Les dossiers papiers correspondants ont ensuite été recherchés dans la salle d'archive de l'IML de Tours pour avoir accès aux observations médicales.

2) Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude les femmes majeures alléguant des violences par un partenaire intime ancien ou actuel, quel que soit le type d'union et le type de violences et examinées sans réquisition.

3) Critères d'exclusion

Nous avons exclu les hommes victimes de cette étude. En effet, la plupart des études scientifiques sur les violences conjugales et les homicides conjugaux disponibles ce jour se sont concentrées presque exclusivement sur la violence exercée par les hommes à l'égard des femmes. Cela ne signifie pas que les violences conjugales exercées par une femme sur un homme ou exercées au sein de couples homosexuels soient bénignes et acceptables, mais plutôt qu'elles sont moins bien documentées.

Les autres critères d'exclusion étaient les situations de conflit conjugal, les dossiers faisant l'objet d'une probable erreur de codage et les carences. Les erreurs de codage comprenaient les violences perpétrées par un individu autre qu'un partenaire intime, les femmes vues sur réquisition judiciaire et les femmes prises en charge par les psychologues du service sans consultation médicale.

II) Collecte des données

1) Variables analysées

a) Variables concernant la population de l'étude

Elles ont été recueillies à partir du certificat médical initial et/ou des notes manuscrites du médecin légiste.

Age : en nombre d'années.

Statut de la relation : il s'agissait du statut actuel ou passé de la relation intime.

Situation matrimoniale : tous les types de relation intime ont été incluses, officielles et non officielles.

Neufs catégories ont ainsi été distinguées : 1. Mariés ; 2. Pacsés ; 3. Concubins ; 4. Couples non officiels ; 5. Ex-conjoints ; 6. Ex-partenaires de Pacs ; 7. Ex-concubins ; 8. Couples non officiels séparés ; 9. Procédure de séparation en cours (procédure de divorce ou rupture de Pacs).

Présence d'enfants dans le couple : oui ou non.

Emploi : cela consistait à savoir si la femme avait un emploi (sans précision sur la profession ou la catégorie socioprofessionnelle), si elle était sans emploi (au chômage ou à la recherche d'emploi), retraitée ou étudiante. Cette variable a été recueillie principalement à partir des notes manuscrites du médecin légiste.

Antécédents : cette variable incluait les antécédents médicochirurgicaux, psychiatriques et les antécédents de violences, recueillis à partir des notes manuscrites du médecin légiste ou à partir du certificat médical initial. Les antécédents psychiatriques comprenaient : la mention d'un suivi psychologique ou psychiatrique quel que soit le motif, d'un traitement par psychotrope (neuroleptique, antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, thymorégulateur), d'une addiction à l'alcool ou à la drogue, d'un traitement de substitution, de troubles du comportement alimentaire, de troubles psychotiques (trouble schizophrénique ou trouble délirant persistant), de troubles de l'humeur (trouble dépressif ou trouble bipolaire), de troubles anxieux (principalement, trouble anxieux généralisé et état de stress post-traumatique) et d'autres troubles (trouble de la personnalité et troubles somatoformes).

Orientation : les femmes ont pu être adressées à l'UMJ par : 1. un médecin de ville ; 2. un service d'urgence ; 3. SOS médecins ; 4. un service de médecine ou de chirurgie ; 5. une association d'aide aux victimes ; 6. une assistante sociale. Il pouvait également s'agir d'une demande spontanée des femmes.

b) Variables concernant les violences

Le ou les types de violences physiques, verbales et psychologiques, sexuelles et/ou économiques mentionnées telle qu'elles dans le certificat médical initial.

Durée : elle a été déterminée de façon directe par la durée des violences mentionnée dans le certificat médical ou de façon indirecte à partir d'informations telles que des violences

survenues dès le début de la relation, ou depuis la séparation, ou au moment d'une grossesse/naissance, ou tout autre contexte, dès lors que ces éléments sont datés.

Facteur déclenchant : il s'agissait du contexte dans lequel ont débuté les violences : dès le début de la relation, lors d'une grossesse ou une naissance, lors de la séparation et autres (alcoolisme du partenaire, cohabitation et reprise d'une relation après une séparation).

Les violences physiques : elles ont inclus plusieurs mécanismes ou manœuvres.

Les mécanismes contondants sans objet : il s'agissait de coups portés à l'aide des mains, des poings, des pieds, des coudes, des genoux et des coups de tête, sur l'ensemble du corps.

Les mécanismes contondants avec objets et jets d'objets : il s'agissait de coups portés avec tout objet contondant quel qu'il soit. Les jets d'objets signifient la volonté de l'autre de jeter un objet sur une personne, en la visant.

Les manœuvres de saisie, de prise et de maintien : il s'agissait de saisies au niveau des membres, du thorax ou du visage.

Les mécanismes de violences cervicales impliquaient toute saisie au niveau du cou. Les saisies pouvaient être manuelles à l'aide d'une ou des deux mains et des avant-bras. Ont été comprises également les strangulations à l'aide d'un lien de toute nature.

Les mécanismes de suffocation correspondaient à des manœuvres d'obstruction de la bouche et/ou du nez, telles que la mise en place d'un sac en plastique sur la tête, l'application d'une main sur la bouche et/ou le nez ou l'introduction d'un tissu dans la bouche.

Les manœuvres de torsion de membre : il s'agissait d'une saisie de membre avec application d'un mouvement de rotation forcée du membre.

Les manœuvres de secouement signifiaient une saisie des membres, du thorax ou de la tête, avec secouement du corps ou de la tête.

Les manœuvres de traction capillaire signifiaient, plus communément, les tirages de cheveux, avec ou sans mèches de cheveux arrachées.

Les bousculades et les manœuvres de projection impliquaient une force appliquée directement par le partenaire sur une partie du corps entraînant une perte d'équilibre, avec ou sans chute.

Les mécanismes d'impact comprenaient le « placage » contre un plan dur et la saisie de la tête suivi d'un mouvement entraînant un choc de la tête sur un plan dur.

Les mécanismes de frottement signifiaient avoir été « trainé » au sol.

Les violences avec arme comprenaient soient les coups portés avec une arme blanche ou une arme à feu, soit les tentatives de coups.

Les brûlures impliquaient toute violence avec un objet brûlant (cigarette, allume cigare, briquet).

Les morsures concernaient les mécanismes de fermeture et pression des arcades dentaires sur la peau.

Les violences verbales et psychologiques (annexe 5) : une grille de recueil a été élaborée à partir des treize comportements et de leurs champs de référence identifiés dans l'étude de Ouellet et al. (1994) sur la violence psychologique entre conjoints et après une première lecture des dossiers.

Les violences sexuelles et les violences économiques : telles qu'elles ont été définies plus haut.

Les violences autres : il s'agissait des violences devant enfants, des violences autoagressives du partenaire, des violences dirigées vers l'environnement (objets, animaux), des violences sur tierce personne, des violences devant témoins, des violences avec participation de tiers sur demande du partenaire violent, des violences survenant sous l'emprise d'une substance toxique et des violences accentuées par une grossesse/naissance ou une séparation.

L'histoire des violences dans son ensemble a été prise en compte, y compris des violences antérieures à celles faisant l'objet de la consultation.

c) Variables concernant les lésions traumatiques

Il s'agissait de toutes lésions secondaires aux violences alléguées par la femme et interprétées comme compatibles avec les faits par le médecin légiste.

Les lésions traumatiques ont alors été séparées en :

- Douleurs et contusions sans lésion traumatique visible ;
- Dermabrasions et abrasions ;
- Ecchymoses ;
- Hématomes ;
- Plaies contuses ;
- Plaies par armes blanches ;
- Plaies par armes à feu ;
- Lésions secondaires à une brûlure ;
- Lésions de morsures ;
- Fractures ;
- Lésions d'organes profonds et lésions intracrâniennes ;
- Lésions génito-anales ;
- Cicatrices ;
- Lésions de prise cervicale.

d) Variables concernant l'incapacité totale de travail

Il s'agissait de l'incapacité totale de travail (ITT, en jours) évaluée par le médecin légiste et mentionnée dans le rapport médico-légal.

e) Variables concernant les facteurs de risque d'homicide conjugal et la cotation du risque (annexe 6)

Une grille de recueil constituée de trois parties a été élaborée à partir de l'outil d'évaluation des risques : le Danger Assessment et à partir des données de la littérature. La première partie est constituée des vingt facteurs de risque recherchés par le Danger Assessment. La deuxième partie est constituée de facteurs de risque identifiés par la littérature qui ne sont pas recherchés dans le Danger Assessment. La troisième partie est constituée par l'échelle de cotation du risque d'homicide conjugal du Danger Assessment.

L'augmentation de la fréquence ou de la gravité de violences physiques au cours de la dernière année : elle a été recueillie de manière directe lorsqu'elle est précisée dans le certificat médical initial. Mais aussi de manière indirecte lorsqu'une augmentation de la fréquence ou de la gravité des violences physiques dans le cadre d'un contexte particulier (grossesse, naissance, séparation, ...) est mentionnée, dès lors que cet événement est daté et date de moins d'un an.

A évité l'arrestation pour violences conjugales : il s'agissait de toute mention d'intervention des forces de l'ordre pour violences conjugales, sans que l'auteur soit poursuivi, mis en garde à vue ou qu'une procédure judiciaire en ait découlé.

La consommation de drogue et la consommation problématique d'alcool (femme et partenaire) : il a également été inclus les épisodes violents survenant sous l'emprise de drogue et/ou d'alcool même s'il n'est pas précisé une consommation problématique de substances toxiques. Cela est expliqué par les résultats de l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2019 indiquant que dans près d'un tiers des cas la victime et/ou l'auteur de l'homicide conjugal étaient sous l'emprise d'une substance toxique au moment des faits.

Les violences pendant la grossesse : elles incluaient toutes violences dès lors qu'elles ont existé durant un état de grossesse, que la grossesse soit en cours au moment de l'examen médico-légal ou passée.

Les tentatives de suicide (femme et partenaire) : il s'agissait de toutes les tentatives de suicide imputées aux violences conjugales.

La croyance quant à la possibilité que son partenaire puisse la tuer : elle comprenait les sentiments de peur ou de crainte de son (ex)partenaire, les sentiments d'insécurité en présence de ce dernier ainsi que les sensations de mort imminente au moment d'un/plusieurs épisodes violents allégués par la femme.

Le contrôle et le harcèlement incluaient tous les comportements identifiés comme tels lors du recueil des violences verbales et psychologiques.

Le facteur de risque a été pris en compte dans le recueil dès lors qu'il est mentionné dans le dossier, qu'il ait été à l'origine de l'examen médico-légal ou non.

f) Variables concernant l'homicide conjugal

Elles incluaient la présence dans les dossiers d'un rapport d'autopsie médico-légale de l'IML de Tours dans un contexte de violences conjugales.

Elles ont pris en compte toute mention de saisies de dossiers dans le cadre d'une autopsie médico-légale réalisée dans un autre IML que celui de Tours.

g) Variables concernant les suites données au décours de la consultation

Elles incluaient tout certificat récupéré à postériori sur réquisition judiciaire ainsi que la présence dans le dossier d'un signalement judiciaire réalisé par le médecin légiste.

2) Recueil des données et saisie

La lecture des dossiers a eu lieu au sein de l'UMJ de Tours, de juin à septembre 2020.

Un dossier pouvait contenir des éléments en rapport avec une ou plusieurs consultations à l'UMJ. Le cas échéant, seules la ou les consultations en lien avec des violences conjugales ont été utilisées pour le recueil des données.

Lorsqu'un dossier contenait plusieurs consultations médico-légales en lien avec des violences conjugales, la dernière consultation réalisée hors réquisition judiciaire dans l'intervalle du temps de l'étude a été considérée comme la consultation de référence pour le recueil de données. Les consultations antérieures à la consultation de référence ont complété le recueil des données, que ces consultations aient été réalisées sur ou sans réquisition judiciaire. Le choix d'utiliser ces consultations antérieures provenait du fait que les informations qu'elles apportaient étaient à disposition du médecin légiste au moment de la consultation dite « de référence ».

Plusieurs sources d'informations étaient disponibles dans les dossiers. Il s'agissait des notes manuscrites prises par le médecin légiste au moment de l'examen médico-légal et de la copie du certificat médical initial. Il pouvait également s'agir de documents médicaux en lien avec des violences conjugales (certificats médicaux faits par des médecins hors UMJ, comptes rendus d'examens complémentaires) et de documents judiciaires (procès-verbaux d'audition).

III) Analyse des données

Le recueil des données a initialement été réalisé par saisie informatique dans le logiciel Microsoft Word 2010 puis dans le logiciel Microsoft Excel 2010.

L'analyse statistique a fait appel aux fonctions statistiques d'Excel et au logiciel XLSTAT.

Résultats

I) Description de la population étudiée

Au total, 99 dossiers de femmes victimes de violences conjugales examinées à l'UMJ de Tours sans réquisition judiciaire du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019 ont été inclus dans l'étude : 56 en 2017 ; 25 en 2018 et 18 en 2019.

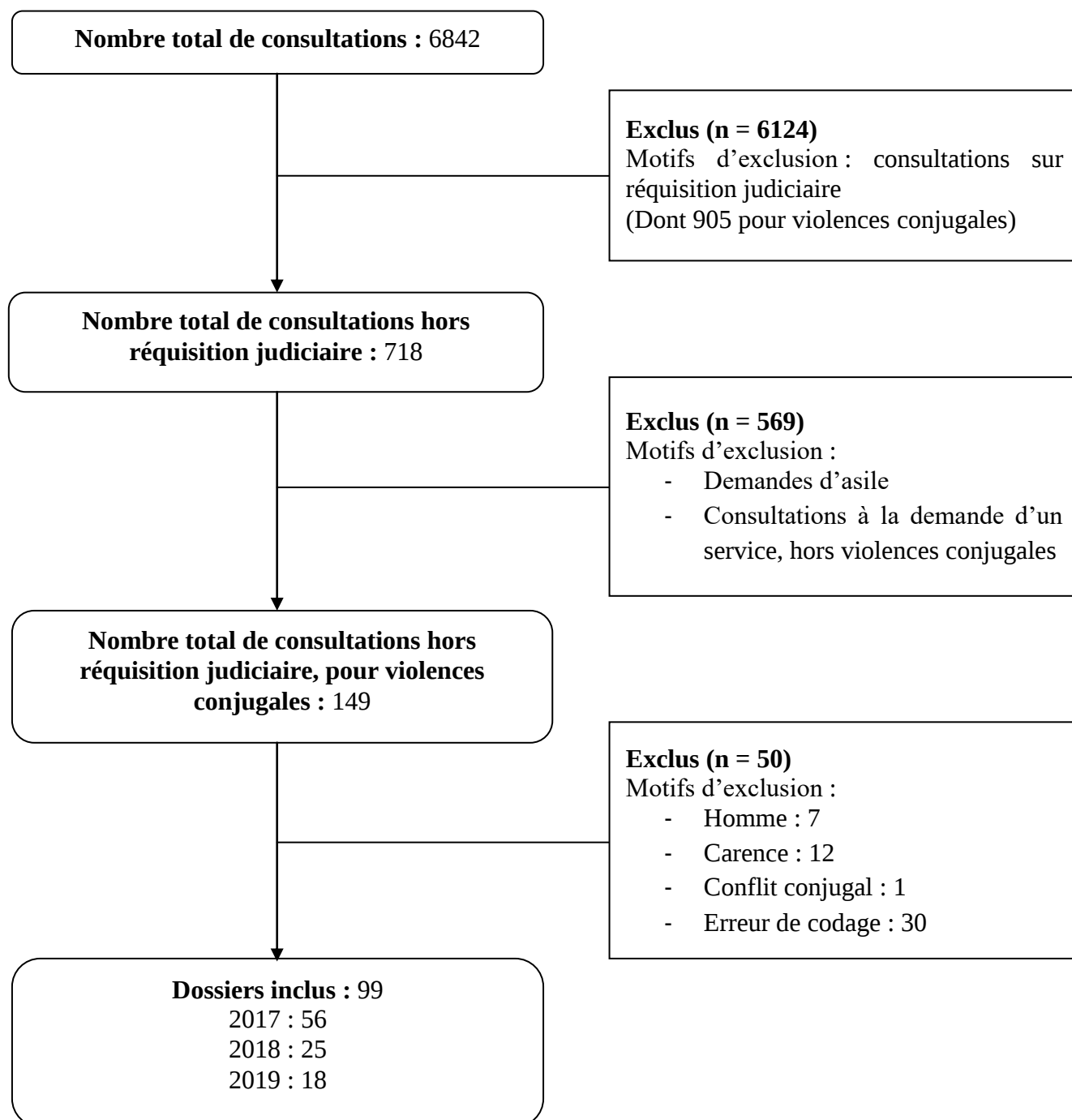


Figure 1 : Flow chart

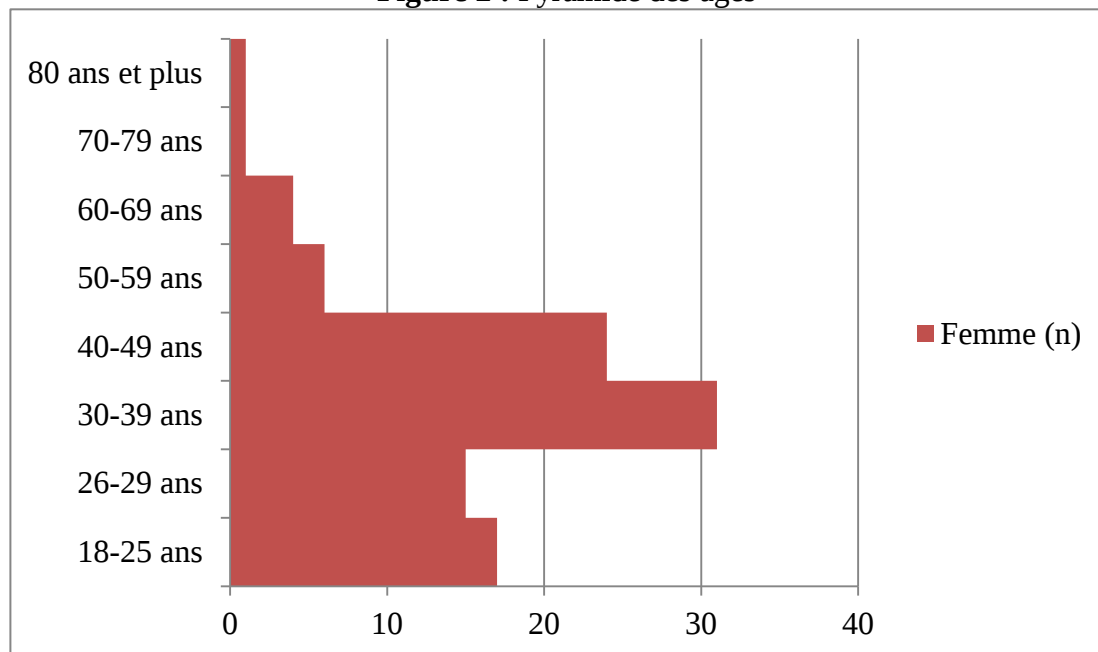
Le tableau 1 décrit les caractéristiques de la population étudiée.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée	
Variable	Population n (%)
Age (<i>Mdn</i> , intervalle)	34 (19 – 99)
Adressée par	
Médecin de ville	1 (1,0)
Service d’urgence	16 (16,2)
SOS médecin	1 (1,0)
Service de médecine/chirurgie	5 (5,1)
Association d’aide aux victimes	67 (67,7)
Assistante sociale	1 (1,0)
A sa demande	8 (8,1)
Emploi	
Sans emploi	16 (16,2)
Employée	25 (25,3)
Retraitée	4 (4,0)
Etudiante	4 (4,0)
NP	50 (50,5)
Antécédent	
Aucun	54 (54,5%)
Médico-chirurgical	6 (6,1)
Psychiatrique	25 (25,3)
De violences	6 (6,1)
NP	11 (11,1)
Statut de la relation	
Actuel	51 (51,5)
Passé	46 (46,5)
NP	2 (2,0)
Enfants dans le couple	
Oui	57 (57,6)
Non	40 (40,4)
NP	2 (2,0)

NP : non précisé

La médiane d’âge des femmes était de 34 ans. La figure 2 décrit la répartition des âges des femmes de l’étude. Une femme avait plus de 75 ans, elle était âgée de 99 ans.

Figure 2 : Pyramide des âges



La majorité des femmes (67,7%) ont été adressées par une association d'aide aux victimes.

Aucune femme n'a été adressée par un médecin généraliste.

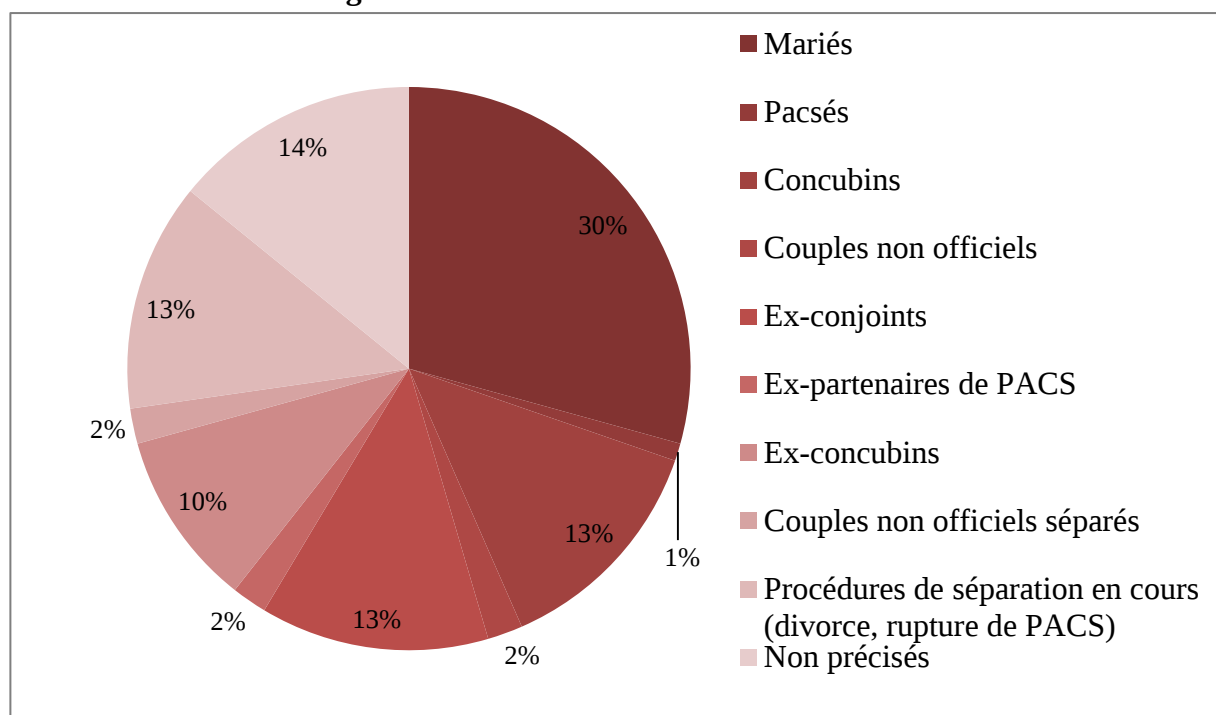
Les femmes qui ont été adressées à l'UMJ par un service de médecine ou de chirurgie, l'ont été par le service de chirurgie orthopédique du CHU de Tours (n = 1), le service de réanimation médicale du CHU de Tours (n = 1), le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Tours (n = 1), le service d'orthogénie du CHU de Tours (n = 1), le service de médecine interne du CHU de Tours (n = 1) et un service de psychiatrie (service de psychiatrie de CHU de tours (n = 2) et une clinique de psychiatrie (n = 1)).

Parmi les femmes présentant des antécédents psychologiques ou psychiatriques, trois femmes ont rapporté une prise en charge psychologique ou psychiatrique en lien avec des violences intrafamiliales dans l'enfance et cinq femmes en lien avec leur situation actuelle de violences conjugales.

Six femmes ont rapporté un passé de violences : quatre femmes ont rapporté avoir subi des violences intrafamiliales durant l'enfance, une femme a rapporté avoir subi des violences par un précédent partenaire et une femme a rapporté des violences intrafamiliales durant l'enfance et des antécédents de violences conjugales par un autre partenaire.

La figure 3 décrit plus précisément la situation matrimoniale des femmes.

Figure 3 : Situation matrimoniale des femmes



II) Description des violences

Le tableau 2 décrit les caractéristiques des violences.

Une femme a rapporté des violences conjugales évoluant depuis plus de 30 ans (42 ans).

Dans 71,7% des cas, aucun facteur déclenchant des violences n'a été précisé.

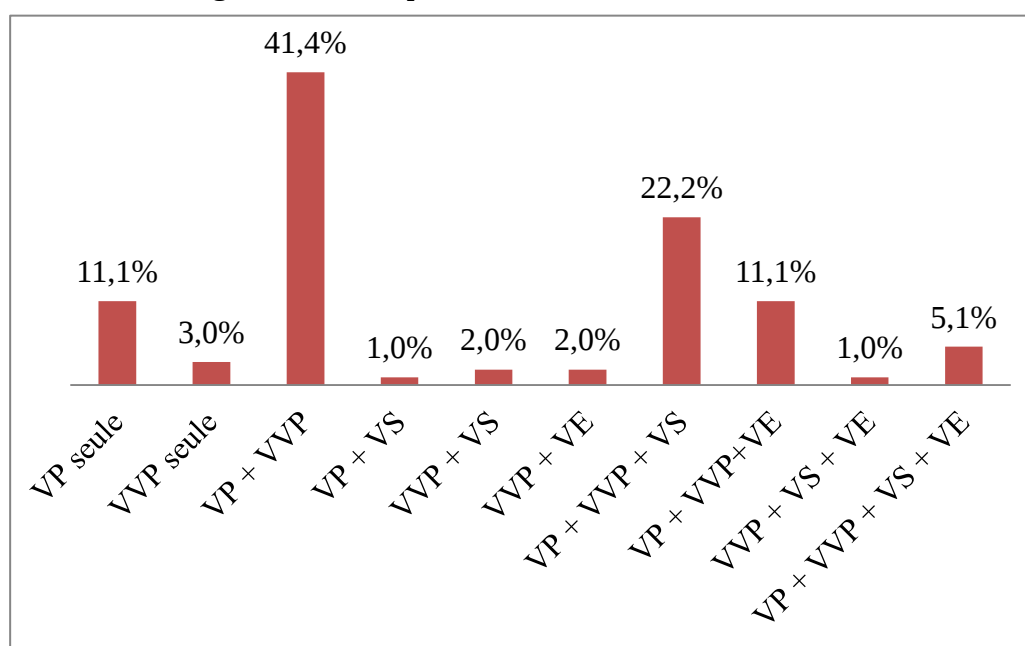
Tableau 2 : Caractéristiques des violences

Variables	Population n = 99 (%)
Durée des violences	
Premier épisode	6 (6,1)
Moins de 6 mois	9 (9,1)
Entre 6 et 9 mois	5 (5,1)
Entre un et 4 ans	23 (23,2)
Entre 5 et 9 ans	15 (15,2)
Entre 10 et 14 ans	6 (6,1)
Entre 15 et 19 ans	6 (6,1)
Entre 20 et 24 ans	3 (3,0)
Entre 25 et 29 ans	0 (0,0)
Plus de 30 ans	1 (1,0)
NP	25 (25,3)
Facteur déclenchant	
Début de la relation	16 (16,2)
Grossesse ou naissance	3 (3,0)
Séparation	5 (5,1)
Autres	4 (4,0)
NP	71 (71,7)
Types de violences	
Violences physiques	
Présentes	90 (90,9)
Absentes	6 (6,1)
NP	3 (3,0)
Violences verbales et psychologiques	
Présentes	89 (89,9)
Absentes	2 (2,0)
NP	8 (8,1)
Violences sexuelles	
Présentes	31 (31,3)
Absentes	17 (17,2)
NP	51 (51,2)
Violences économiques	
Présentes	19 (19,2)
Absentes	5 (5,1)
NP	75 (75,8)
Violences autres	
Violences devant enfants	12 (12,1)
Violences autoagressives du partenaire	1 (1,0)
Violences dirigées vers l'extérieur	11 (11,1)
Violences sur tiers autres qu'enfants	6 (6,1)
Violences devant témoins autres qu'enfants	4 (4,0)
Violences avec participation de tiers	6 (6,1)
Violences sous OH ou drogue	12 (12,1)
Violences accentuées par un contexte	
Grossesse ou naissance	5 (5,1)
Séparation	2 (2,0)
Association des violences	
Un type	13 (13,1)
Deux types	47 (47,5)
Trois types	34 (34,3)
Quatre types	5 (5,1)

NP : non précisé

Les deux types de violences qui ont été le plus rapportés par les femmes de l'étude étaient les violences physiques (90,9%) et les violences verbales et psychologiques (89,9%). Ces deux types étaient associés dans 41,4% des cas. La figure 4 décrit les associations entre les quatre types de violences.

Figure 4 : Description des associations des violences



VP : violences physiques ; VVP : violences verbales et psychologiques ; VS : violences sexuelles ; VE : violences économiques.

Les violences sexuelles et économiques ont été non spécifiées dans plus de la moitié des cas.

Parmi les onze femmes ayant allégué des violences dirigées contre l'environnement, une femme a rapporté que son partenaire avait volontairement incendié le domicile commun et était en détention provisoire pour ces faits, une autre a rapporté que son partenaire avait vandalisé son domicile et une autre encore que son partenaire avait vandalisé sa voiture à deux reprises. Deux femmes ont rapporté des violences dirigées vers un animal de compagnie.

Concernant les six femmes ayant rapporté des violences sur de tierces personnes (autres que les enfants du couple), il s'agissait de la profération de menaces de mort sur la famille de la femme (n = 4), de menaces de mort sur le nouveau compagnon de la femme et l'enfant de ce dernier (n = 1) et de violences physiques sur la famille de la femme (n = 1).

Six femmes (6,1%) ont rapporté des épisodes violents avec participation de tiers. Les tiers impliqués étaient des membres de la famille ou des amis de leur partenaire.

1) Description des violences physiques selon les mécanismes/manœuvres

Quatre-vingt-dix femmes ont allégué des violences physiques, six n'en ont rapporté aucune. Pour trois femmes, cela n'était pas précisé.

Le tableau 3 décrit la répartition des violences physiques selon le mécanisme.

Comme le montre le tableau 3, le mécanisme contondant sans objet était le mécanisme le plus allégué par les femmes (68,9%).

Un tiers des femmes (33,3%) ont rapporté un mécanisme de violences cervicales. Il s'agissait, pour toutes ces femmes, d'une strangulation manuelle. Dix-neuf femmes ont rapporté plusieurs épisodes de strangulation, dont une lors de rapports sexuels consentis. Onze femmes ont rapporté un épisode unique de saisie cervicale.

Trois femmes ont rapporté un épisode unique de suffocation. Il ne s'agissait jamais du dernier épisode de violences pour lequel elles venaient en consultation. Pour une femme, il s'agissait de la mise en place d'un sac plastique sur la tête, pour une autre de l'apposition d'un coussin sur la face et pour la dernière de l'introduction d'un tissu dans la bouche.

Six femmes (6,7%) ont allégué des violences physiques avec arme. Il s'agissait d'une arme blanche pour cinq d'entre elles, dont « jeté de couteau » (n = 2) et « coups portés avec un ciseau » (n = 1). Le type d'arme (arme blanche ou arme à feu) n'était pas précisé pour une femme. Pour une femme, il s'agissait du motif de la consultation.

Parmi les deux femmes qui ont rapporté avoir été brûlées, une l'a été avec un allume cigare et l'autre avec une cigarette. Toutes deux ont rapporté un épisode unique de brûlure. Cet épisode n'était jamais le motif de la consultation.

Tableau 3 : Répartition de violences physiques selon le mécanisme

Variables	Population (n = 90)		
	Présent n (%)	Absent n (%)	Non précisé n (%)
Mécanisme contondants sans objet	62 (68,9)	0 (0,0)	28 (31,1)
Manœuvre de saisie, de prise et de maintien	50 (55,6)	0 (0,0)	40 (44,4)
Mécanisme de violences cervicales	30 (33,3)	0 (0,0)	60 (66,7)
Mécanisme de suffocation	3 (3,3)	0 (0,0)	87 (96,7)
Manœuvre de torsion de membres	6 (6,7)	0 (0,0)	84 (93,3)
Manœuvre de secouement	4 (4,4)	0 (0,0)	86 (95,6)
Manœuvre de traction capillaire	28 (31,1)	0 (0,0)	62 (68,9)
Bousculade et manœuvre de projection	36 (40,0)	0 (0,0)	54 (60,0)
Mécanisme d'impact	8 (8,9)	0 (0,0)	82 (91,1)
Mécanisme de frottement	5 (5,6)	0 (0,0)	85 (94,4)
Violence avec arme*	6 (6,7)	0 (0,0)	84 (93,3)
Mécanisme contondants avec objet et jets d'objet	19 (21,1)	0 (0,0)	71 (78,9)
Brûlure	2 (2,2)	0 (0,0)	88 (97,8)
Morsure	1 (1,1)	0 (0,0)	89 (98,9)

* : arme à feu ou arme blanche

2) Description des violences verbales et psychologiques selon les comportements

Quatre-vingt-neuf femmes ont allégué des violences verbales et psychologiques, deux n'en ont rapporté aucune. Pour huit femmes, cela était non précisé.

Le tableau 4 décrit la répartition des violences verbales et psychologiques selon leurs comportements.

Le dénigrement était le comportement le plus rapporté par les femmes (79,8% des cas).

Les menaces de mort représentaient plus d'un tiers (36,0%) de l'ensemble des menaces et les menaces avec arme représentaient 14,6% (n = 13) : arme blanche (n = 9), arme à feu (n = 3) et arme à feu et arme blanche (n = 1).

Dans 11,2% des cas, le partenaire exerçait des violences physiques et/ou verbales et psychologiques à l'encontre d'enfants du couple ou de la femme. Il s'agissait de violences physiques dans 40% des cas, de violences verbales et psychologiques dans 50% des cas (menaces de mort (60%) et menaces avec arme blanche (40%)) et de violences physiques et verbales et psychologiques dans 10% des cas.

Tableau 4 : Répartition des violences verbales et psychologiques selon les comportements

Variables	Population (n = 89)		
	Présent n (%)	Absent n (%)	Non précisé n (%)
Dénigrement	71 (79,8)	0 (0,0)	18 (20,2)
Contrôle	42 (47,2)	1 (1,1)	46 (51,7)
Intimidation	14 (15,7)	0 (0,0)	75 (84,3)
Blâme et accusations indues	16 (18,0)	0 (0,0)	73 (82,0)
Manipulation	16 (18,0)	0 (0,0)	73 (82,0)
Menace et chantage	52 (58,4)	0 (0,0)	37 (41,6)
Privation intentionnelle	16 (18,0)	0 (0,0)	73 (82,0)
Sur ou déresponsabilisation	3 (3,4)	0 (0,0)	86 (96,6)
Simulation de l'indifférence	2 (2,2)	0 (0,0)	87 (97,8)
Négation d'un état ou d'une condition	2 (2,2)	0 (0,0)	87 (97,8)
Bouderie	2 (2,2)	0 (0,0)	87 (97,8)
Agression des enfants	10 (11,2)	6 (6,7)	73 (82,0)
Harcèlement	25 (28,1)	0 (0,0)	64 (71,9)

3) Description des violences sexuelles

Trente et une femmes ont rapporté des violences sexuelles. Dix-sept femmes n'ont rapporté subir aucune violence sexuelle de la part de leur partenaire. Cela est non précisé pour cinquante et une femmes.

Le tableau 5 détaille les formes des violences sexuelles.

Parmi les quatre femmes ayant rapporté des violences sexuelles avec altération de la vigilance, une était sous l'emprise d'alcool et de drogue, une était intoxiquée à l'alcool, une a déclaré avoir eu un rapport après la prise de somnifère et une a rapporté des rapports sexuels sous hypnose.

Pour les deux femmes sous imprégnation alcoolique et/ou de drogue au moment du rapport sexuel, leur partenaire l'était aussi.

Près d'un tiers des femmes (32,3%) ont rapporté des rapports sexuels « pour avoir la paix » : pour éviter des coups, faire cesser un chantage ou des menaces ou devant l'insistance de leur partenaire.

Tableau 5 : Description des violences sexuelles

Variables	Population <i>n</i> = 31 (%)
RS non consentis	20 (64,5)
RS imposés avec une autre personne	3 (9,7)
RS pour avoir la paix	10 (32,3)
RS avec altération de la vigilance	4 (12,9)
Non-acceptation d'un refus de RS	3 (9,7)
Attouchements	2 (6,5)

RS : rapports sexuels

III) Description des lésions traumatiques

Quatre-vingt-dix femmes ont allégué des violences physiques. Pour trois, cela n'était pas précisé, elles ont été incluses dans l'analyse.

Le tableau 6 indique la répartition des lésions traumatiques.

Cinq femmes présentaient des lésions compatibles avec des lésions de saisie cervicale (ecchymoses et/ou abrasions). Dix femmes présentaient des lésions compatibles avec des lésions de prise et de maintien des membres supérieurs (ecchymoses et/ou abrasions). Deux femmes présentaient une entorse du poignet compatible avec une manœuvre de torsion du poignet. Deux femmes présentaient des lésions d'âges différents compatibles avec des violences répétées. Une femme présentait des abrasions multiples compatibles avec des coups portés à l'aide d'une paire de ciseau.

Quatre femmes présentaient des fractures. Pour trois femmes, la/les fractures qu'elles présentaient étaient compatibles avec un mécanisme contondant à forte cinétique : fracture non déplacée des os propres du nez (*n* = 1), fracture bifocale de la mandibule (*n* = 1) et fracture dentaire associée à des fractures costales (*n* = 1).

Une femme présentait une fracture luxation du coude compatible avec une chute directe sur le coude.

Parmi les lésions d'organe qui ont été constatées chez deux femmes, il s'agissait d'une lacération rénale secondaire à des coups poing en région lombaire et d'une déchirure des muscles abdominaux secondaire à des coups de poing abdominaux au niveau d'une cicatrice chirurgicale récente.

Une femme présentait un hématome sous-dural secondaire à un impact de la tête contre une voiture imposé par le partenaire.

Parmi les cicatrices constatées, deux étaient compatibles avec des cicatrices de brûlures, trois avec un mécanisme contondant avec objet et une avec une lésion par arme blanche. Quatre cicatrices ont été interprétées comme compatibles « avec les dires » sans plus de précision.

Tableau 6 : Répartition des lésions traumatiques

Variables	Population n = 93 (%)
Douleurs, contusions bénignes*	42 (45,2)
Dermabrasions, abrasions	21 (22,6)
Ecchymoses	39 (41,9)
Hématomes	7 (7,5)
Plaies contuses	5 (5,4)
Plaies par arme blanche	1 (1,1)
Plaie par arme à feu	0 (0,0)
Brulures	2 (2,2)
Morsures	2 (2,2)
Fractures	4 (4,3)
Lésions d'organes et lésions intracrâniennes	3 (3,2)
Lésions génito-anales	0 (0,0)
Cicatrices	10 (10,8)

* : contusions bénignes sans lésion traumatique visible

IV) Evaluation de l'ITT

Le tableau 7 décrit les ITT évaluées par les médecins légistes.

L'ITT n'a pu être déterminée pour deux femmes (2,0%) en raison de l'ancienneté des faits, de l'absence de certificat médical et de l'absence de lésion traumatique visible le jour de l'examen médico-légal.

Tableau 7 : Incapacité totale de travail

Variables	Population n = 99 (%)
Préjudice n'entraînant pas d'ITT	8 (8,1)
Violences entraînant une ITT	83 (83,8)
ITT non évaluable	2 (2,0)
ITT non précisée	6 (6,1)
Population n = 83 (%)	
Moyenne	2,7 (-)
ITT minimale	0 (-)
ITT maximale	50 (-)
ITT < 8 jours	76 (91,6)
ITT = 8 jours	0 (0,0)
ITT > 8 jours	7 (8,4)

V) Evaluation du risque d'homicide conjugal

1) Les facteurs de risque du Danger Assesement

Les deux facteurs qui ont été le plus retrouvés dans la population de l'étude sont la séparation récente et les comportements de contrôle du partenaire.

Le tableau 8 décrit la répartition des vingt facteurs de risque du Danger Assesement.

Tableau 8 : Répartition des facteurs de risque du Danger Assessment

Variables	Population (n = 99)		
	Présent n (%)	Absent n (%)	Non précisé n (%)
Facteur 1	4 (4,0)	0 (0,0)	95 (96,0)
Facteur 2	3 (3,0)	0 (0,0)	96 (97,0)
Facteur 3	42 (42,4)	0 (0,0)	57 (57,6)
Facteur 4	1 (1,0)	0 (0,0)	98 (99,0)
Facteur 5	19 (19,2)	0 (0,0)	80 (80,8)
Facteur 6	32 (32,3)	3 (3,0)	64 (64,6)
Facteur 7	7 (7,1)	0 (0,0)	92 (92,9)
Facteur 8	11 (11,1)	0 (0,0)	88 (88,9)
Facteur 9	31 (31,3)	17 (17,2)	51 (51,5)
Facteur 10	30 (30,3)	6 (6,1)	63 (63,6)
Facteur 11	5 (5,1)	0 (0,0)	94 (94,9)
Facteur 12	21 (21,2)	0 (0,0)	78 (78,8)
Facteur 13	42 (42,4)	1 (1,0)	56 (56,6)
Facteur 14	14 (14,1)	0 (0,0)	85 (85,9)
Facteur 15	18 (18,2)	0 (0,0)	81 (81,8)
Facteur 16	11 (11,1)	0 (0,0)	88 (88,9)
Facteur 17	6 (6,1)	6 (6,1)	87 (87,9)
Facteur 18	25 (25,3)	0 (0,0)	74 (74,7)
Facteur 19	25 (25,3)	0 (0,0)	74 (74,7)
Facteur 20	6 (6,1)	0 (0,0)	93 (93,9)

Facteur 1 : augmentation récente (moins d'un an) de la fréquence ou de la gravité des violences physiques ; Facteur 2 : possession d'une arme à feu ; Facteur 3 : Séparation récente (moins d'un an) ; facteur 4 : absence d'activité professionnelle (partenaire) ; Facteur 5 : menaces ou violences avec arme quelle qu'elle soit ; Facteur 6 : menaces de mort ; Facteur 7 : a évité l'arrestation pour violences conjugales ; Facteur 8 : enfants issus d'une précédente union (femme) ; Facteur 9 : violences sexuelles ; Facteurs 10 : tentatives de strangulation ; Facteur 11 : consommation de drogues (partenaire) ; Facteur 12 : consommation problématique d'alcool (partenaire) ; Facteur 13 : contrôle ; Facteur 14 : jalousie (partenaire) ; Facteur 15 : violences pendant la grossesse ; Facteur 16 : menaces ou tentatives de suicide (partenaire) ; Facteur 17 : menaces de faire du mal aux enfants ; Facteur 18 : peur du partenaire ; Facteur 19 : harcèlement ; Facteur 20 : menaces ou tentatives de suicide (femme).

Les données manquantes concernant la présence ou l'absence des facteurs représentaient une part importante de l'ensemble des données : en moyenne, 80,5% pour l'ensemble des facteurs. L'absence de données s'échelonnant de 51,5 % pour le facteur 9 « violences sexuelles » à 99% pour le facteur 4 « inactivité professionnelle » du partenaire.

2) Les autres facteurs de risque identifiés dans la littérature

Le tableau 9 décrit la répartition d'autres facteurs de risque d'homicide conjugal identifiés dans la littérature et non recherchés dans le Danger Assessment.

Tableau 9 : Répartition des autres facteurs de risques

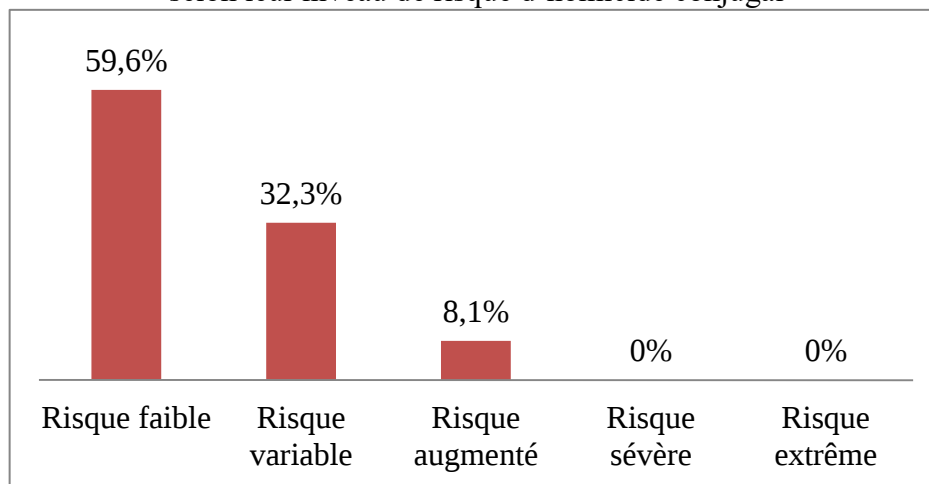
Variables	Population (n = 99)		
	Présent n (%)	Absent n (%)	Non précisé n (%)
Age 18 – 24 ans (femme)	15 (15,2)	84 (84,8)	0 (0,0)
Abus de substances toxiques (femme)	4 (4,0)	3 (3,0)	92 (92,9)

3) La cotation du risque d'homicide conjugal, selon le Danger Assessment

Selon le Danger Assessment, le nombre moyen de facteurs de risque identifiés chez les femmes était de 3,6. Deux femmes (2,0%) présentaient le nombre maximal de facteurs de risque. Elles comptabilisaient dix facteurs de risque. Pour cinq femmes (5,0%), aucun facteur de risque n'a été identifié.

Selon le Danger Assessment, le risque d'homicide conjugal était augmenté pour 8,1% des femmes. La figure 5 décrit la répartition des femmes selon leur niveau de risque d'homicide conjugal.

Figure 5 : Répartition des femmes selon leur niveau de risque d'homicide conjugal



4) L'homicide conjugal

Aucune femme de l'étude n'avait fait l'objet d'une autopsie médico-légale à l'IML de Tours. Aucun dossier n'a été saisi par la Justice.

5) ITT et niveau de risque

Il n'existe pas d'association significative entre l'ITT et un risque d'homicide conjugal augmenté (tableau 10)

Tableau 10 : Association ITT et augmentation du risque

ITT	Augmentation du risque		p value ¹
	Non (n = 91)	Oui (n = 8)	
N'entraîne pas d'ITT	8	0	1,000
Non évaluable	1	1	0,156
Inférieure à 8 jours	69	7	0,677
Supérieure à 8 jours	7	0	1,000
Non précisé	6	0	1,000

¹ : Test exact de Fisher

VI) Suites données au décours de la consultation

1) Dépôt de plainte

Neuf certificats (9%) ont été récupérés à posteriori sur réquisition judiciaire.

2) Caractéristiques des femmes ayant fait l'objet d'un signalement judiciaire

Deux femmes ont fait l'objet d'un signalement judiciaire par le médecin légiste. Le tableau 11 décrit leurs caractéristiques selon les données médico-socio-démographiques, les violences alléguées, les lésions traumatiques présentées le jour de leur examen et les facteurs de risque d'homicide conjugal.

Tableau 11 : Caractéristiques des femmes ayant fait l'objet d'un signalement judiciaire

Variables	Femme 1	Femme 2
Données médico-sociodémographiques		
Age (<i>années</i>)	45	19
Situation du couple	En instance de divorce	Séparée
Situation professionnelle	Employée	Etudiante
Antécédents	Aucun	Aucun
Violences		
Durée des violences (<i>années</i>)	18	1
Facteur déclenchant	Grossesse	Reprise de la relation
Violences physiques	Présentes	Présentes
Violences verbales et psychologiques	Présentes	Présentes
Violences sexuelles	Présentes	Présentes
Violences économiques	Présentes	Présentes
Violences autres	Présentes	Présentes
Lésions traumatiques	Aucune	DB/A ; Ecc
ITT (<i>jours</i>)	Zéro	Un
Facteurs de risque d'homicide conjugal		
Selon le Danger Assessment (<i>n</i>)	9	9
Selon la littérature (<i>n</i>)	0	0
Niveau de risque d'homicide conjugal	Risque augmenté	Risque augmenté

Discussion

I) Limites de l'étude

1) L'absence de données

a) Sur les violences conjugales

L'absence de données concernait plusieurs variables : les données sociodémographiques des femmes (notamment le statut professionnel et les antécédents), les violences (durée et types), les facteurs de risque d'homicide conjugal et l'ITT. Elles n'étaient mentionnées ni dans le certificat médical initial, ni dans les notes manuscrites du médecin légiste.

Certaines données manquantes concernaient des éléments devant faire partie de l'interrogatoire de tout médecin quelle que soit sa spécialité : antécédents (non mentionnés dans 11,1% des cas) et statut professionnel (non mentionné dans 50,5%).

D'autres étaient des éléments devant être recueillis/évalués par tout médecin légiste lors de l'examen médico-légal : durée des violences, types de violences, existence de violences sur les enfants et ITT. La proportion des données manquantes s'échelonnait de 3% (violences physiques) à 75% (violences économiques).

L'absence de recueil des facteurs de risque d'homicide conjugal était importante, s'échelonnant de 51,1% (violences sexuelles) à 99% (absence d'activité professionnelle chez le partenaire). La cotation du risque pour l'ensemble des femmes a donc probablement été sous-estimée.

Cette absence de données peut s'expliquer de plusieurs façons : 1. les éléments n'ont pas été recherchés par le médecin légiste soit par « oubli », soit par « manque de temps », soit par « interférences » ; soit par « méconnaissance » ; 2. les éléments ont été recherchés mais n'ont pas été retranscrits dans le dossier et 3. les éléments ont été jugés comme ne devant pas figurer dans le dossier.

Il n'y avait pas d'obligation à recueillir ces informations dans le dossier médical avant la loi du 30 juillet 2020. A partir de cette loi, le caractère obligatoire du recueil n'est pas formalisé mais nous paraît fortement recommandé.

L'ITT n'a pas été évaluée par le médecin légiste dans six dossiers. Plus qu'un oubli du médecin légiste, il s'agit probablement plus d'une démarche volontaire de ne pas évaluer l'ITT du fait du cadre hors réquisition judiciaire de la consultation médico-légale. La durée de l'ITT a pour principal objectif de permettre au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences des violences et de qualifier l'infraction.⁵⁷

b) Sur la perception d'un danger immédiat par le médecin légiste

Seules deux femmes (2%) ont fait l'objet d'un signalement judiciaire par le médecin légiste.

Le signalement judiciaire ne constitue pas la seule et unique démarche à effectuer en cas de danger immédiat.

Les conseils, les informations et les explications apportés par le médecin légiste et qui ont permis de convaincre la femme d'entreprendre des démarches en vue de garantir sa protection et celles de ses enfants, le cas échéant ; de même que l'orientation des femmes au décours de la consultation médico-légale vers les autorités compétentes, représentent des alternatives envisageables au signalement. Ces éléments n'ont pas fait l'objet d'une retranscription systématique dans les dossiers à l'UMJ de Tours.

Toutefois, la possibilité qu'un danger immédiat n'ait pas été reconnu par le médecin légiste est envisageable. L'absence de définition claire et précise et d'outil d'évaluation laisse place à la subjectivité. La perception d'un danger immédiat est alors propre à chacun et varie en fonction du contexte, unique, de chaque victime de violences conjugales.

c) Sur les suites données

Neuf certificats ont été récupérés à posteriori sur réquisition judiciaire suggérant qu'une procédure judiciaire a été mise en place.

Nous n'avons pas connaissance des suites qui ont été données au décours des autres consultations médico-légales.

2) Un recueil relevant du déclaratif

De nombreux éléments recueillis lors d'une consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires sont des déclarations. Les faits rapportés peuvent être omis, sous-estimés ou exagérés.

Cette subjectivité du récit, propre d'ailleurs à toute consultation médicale, peut altérer l'exhaustivité du récit recueilli.

II) Reconnaissance et évaluation du risque d'homicide conjugal des femmes de l'étude

1) A partir de l'échelle de cotation du risque du Danger Assessment

Plus de la moitié des femmes de notre étude (59,6%) présentait un risque faible d'homicide conjugal.

Seules huit femmes (8,1%) présentaient un risque augmenté. Aucune n'a été identifiée comme présentant un risque sévère ou extrême.

Il est probable que le nombre de données manquantes soit à l'origine d'une sous-estimation du risque pour l'ensemble de la population étudiée.

Parmi les huit femmes ayant un risque augmenté d'homicide conjugal, deux femmes ont fait l'objet d'un signalement judiciaire par le médecin légiste. Il s'agissait de deux femmes comptabilisant neuf facteurs de risque du Danger Assessment.

2) A partir de critères non reconnus comme facteurs de risque d'homicide conjugal

A la lecture de certains dossiers, des éléments non identifiés dans la littérature comme facteurs de risque nous ont paru inquiétants.

Nous pensons notamment aux épisodes de violences avec suffocation qui ont été décrits par trois femmes. Il s'agissait d'un épisode unique et ancien qui n'était pas le motif de la consultation médico-légale. Toutefois, la gravité de ces violences interroge.

Deux autres éléments très peu pris en compte dans l'évaluation du risque d'homicide conjugal sont les lésions traumatiques et la gravité des conséquences des violences évaluée par le nombre de jours d'ITT (notion française).

Dans la première partie du Danger Assessment, il est mentionné une échelle de gravité des lésions traumatiques. Mais la cotation du risque se fait uniquement dans la deuxième partie de cet outil, sur le nombre de facteurs de risque présents.

Ainsi, il a été constaté chez une femme un hématome sous-dural consécutif à une saisie avec choc de la tête sur le montant d'une voiture (ITT évaluée à trente jours). Chez une autre femme, l'examen physique avait mis en évidence des lésions récentes en région cervicale compatibles avec une saisie cervicale associées à des fractures dentaires, des fractures de côtes et une lacération traumatique rénale compatibles avec un mécanisme contondant (ITT évaluée à vingt et un jours). Pour ces deux femmes, là aussi, la gravité des violences ne fait pas de doute.

L'examen physique d'une femme avait objectivé de multiples abrasions récentes et diffuses (visage, tronc et membres supérieurs) secondaires à des coups portés avec un objet piquant (une paire de ciseaux). Même si la gravité des conséquences des violences ici déterminée par une ITT de quatre jours semble moins importante que celles des deux femmes précédentes, l'origine des blessures, leurs nombres et leurs localisations doivent alerter.

Pour aucune de ces femmes, la reconnaissance d'un danger immédiat par le médecin légiste n'a été mentionnée dans leur dossier.

3) A partir d'une comparaison des résultats de cette étude avec l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple

La Délégation Interministérielle d'Aide aux Victimes ne s'arrête pas au recensement simple des homicides conjugaux, mais réalise une analyse approfondie de la commission des faits et du contexte.^{13,15}

Dans notre étude, deux tranches d'âge étaient majoritairement représentées. Il s'agissait des tranches d'âges 30-39 ans (31,3%) et 40-49 ans (24,2%). Ce sont également les tranches d'âge les plus concernées dans l'étude nationale sur les morts violentes en 2019 auxquelles appartenaient les victimes féminines : 22% pour celle des 30-39 ans et 18% pour la tranche des 40-49 ans.¹³ Dans l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2018, ces deux tranches d'âge étaient également majoritairement représentées : 22,8% des femmes tuées se situaient dans la tranche d'âge 40-49 ans et 19,5% dans la tranche d'âge 30-39 ans.¹⁵

30% des femmes étaient mariées avec leur partenaire violent au moment de l'examen médico-légal. Venaient ensuite le concubinage (13%), l'ex-conjoint (13%) et les procédures légales de séparation en cours (13%).

En 2019, 67% des décès sont survenus au sein de couples cohabitants : 74 couples mariés, 36 couples en concubinage.¹³

En 2018, la majorité des femmes qui ont été tuées par leur partenaire masculin étaient liées par le mariage avec ce dernier (59%). Ensuite, elles l'ont été par leur concubin (20%) puis par leur ex-époux (16%).¹⁵

Concernant l'âge et la situation matrimoniale, les femmes de notre étude étaient similaires aux femmes tuées par leur partenaire en 2018 et en 2019.

Le nombre important de données manquantes ne permet pas d'aller plus loin dans la comparaison.

III) Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code pénal

Pendant la réalisation de ce travail, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis à disposition un document pour orienter les médecins dans leur évaluation.

1) Présentation

Il s'agit d'un outil de pédagogie du droit, élaboré par le groupe de travail Justice, piloté par la haute-fonctionnaire à l'égalité hommes-femmes et comprenant des représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Haute Autorité de Santé.³² Cet outil est disponible sur le site du ministère de la Justice : www.justice.gouv.fr.

Il a été créé dans le but d'accompagner les professionnels de santé dans la mise en place de la nouvelle loi du 30 juillet 2020 et dans la démarche de signalement, en les aidant dans l'appréciation d'un danger immédiat et d'une emprise chez les femmes victimes de violences conjugales.³²

Il contient une notice explicative du signalement dans laquelle est intégré un modèle de signalement judiciaire à destination des professionnels de santé. Le circuit juridictionnel du signalement judiciaire effectué par un médecin est expliqué. Il est précisé notamment que ce document doit être adressé directement par le professionnel de santé au procureur de la République, sans intermédiaire entre les deux, par courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent.

Il est rappelé que le signalement effectué selon les conditions prévues par la loi du 30 juillet 2020 ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin.

Le risque auquel fait référence la notion de « danger immédiat » visé par la loi du 30 juillet 2020 est expliqué.

Des critères permettant d'apprécier le « danger immédiat » et « l'emprise » sont fournis dans ce vade-mecum.

2) La notion de danger immédiat et son degré

d) *Le danger immédiat visé par la loi du 30 juillet 2020*

Très précocement dans le document, il est précisé que le médecin peut signaler des violences commises au sein du couple sans l'accord de la victime majeure « *dès lors que la victime est en danger immédiat faisant craindre une **issue fatale** [...]* ».³²

« **Fatal** (adjectif) : Qui entraîne la mort, qui est le signe de la mort (Larousse) »

Un peu plus loin dans le document, il est mentionné : « *le degré ou la gravité du danger immédiat qui vise la loi du n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales est celui de la **mort ou à tout le moins du risque de mort*** ».³²

Cette représentation du danger immédiat est donc en accord avec l'approche du danger immédiat que nous avons proposée dans ce travail : celle de l'atteinte à la vie.

e) *Une évaluation difficile*

Deux phrases dans le vade-mecum ont attiré notre attention par leur complexité. La nouvelle dérogation au secret médical « *n'intéresse que l'urgence et aucunement les situations liées à des informations préoccupantes ou à des dangers dont l'intensité n'est pas absolue. Le péril suppose un « **risque** » majeur qui doit être constant et immédiat* ».³²

Le professionnel de santé doit apprécier le degré d'intensité et de gravité du danger, c'est-à-dire son caractère urgent, immédiat ou imminent et constant.

Une distinction est faite entre le caractère imminent ou immédiat d'un danger :

- Ce qui est imminent « *menace et est sur le point de se produire ou proche* », « *c'est tout péril imminent et constant qui oblige à intervenir immédiatement* »³²;
- Ce qui est immédiat : se pose la question de la notion de danger immédiat « suspecté » puisque le médecin n'a pas de moyen d'être certain du danger.

Lors d'une consultation pour violences conjugales à l'UMJ de Tours, le médecin légiste tente de faire l'historique de l'ensemble des violences subies par la femme de la part de son partenaire, depuis le début des violences jusqu'au jour de la consultation. Ainsi, dans notre étude, parmi les facteurs de risque d'homicide conjugal recueillis, certains sont en lien avec des faits récents, proches ou motifs de la consultation ; mais d'autres sont en lien avec des faits plus anciens et ayant pu se produire qu'une seule fois. Une question se pose alors pour ces facteurs de risque : faut-il les prendre en compte dans l'évaluation d'un « danger immédiat » ?

La même interrogation se pose pour les trois femmes ayant rapporté un épisode unique et ancien de suffocation et pour lesquelles nous avons reconnu une dangerosité quant à l'intention de tuer du partenaire. Pour ces femmes, le risque que leur partenaire recommence existe (il l'a déjà fait une fois), mais nous sommes dans l'incapacité de prédire dans quel délai.

Reconnaître l'existence d'un danger peut se concevoir, mais reconnaître le caractère urgent, immédiat ou imminent et constant du danger est plus difficile et complexe.

Le médecin voit ainsi sa prise en charge des femmes victimes de violences conjugales se complexifier. Il est primordial d'aider les médecins dans l'évaluation du danger immédiat et de l'emprise.

3) L'outil d'évaluation du danger et de l'emprise, élaboré par le conseil national de l'Ordre des médecins

Il s'agit d'une liste de questions, dont certaines permettent d'évaluer le danger et d'autres l'emprise.³²

Il est précisé que ces éléments sont donnés à titre indicatif et qu'ils ne sont ni impératifs ni exhaustifs.

Il est mentionné que cet outil peut s'adapter à toute situation de violences au sein du couple (hétéro ou homosexuel) et qu'il ne doit pas faire l'objet d'une transmission au procureur de la République mais qu'il est conseillé de le conserver dans le dossier de la victime.³²

Les tableaux 12 et 13 présentent les questions permettant d'évaluer le danger et l'emprise dans les situations de violences au sein du couple.

La majorité des critères d'évaluation du danger et de l'emprise proposée par le Conseil national de l'Ordre des médecins sont similaires ou se rapprochent des facteurs de risque d'homicide conjugal identifiés dans la littérature et notamment des facteurs de risque utilisés dans le Danger Assesment. Cela signifie que l'outil proposé par le Conseil national de l'Ordre des médecins évalue en partie le risque d'homicide conjugal. Et inversement, que ces facteurs de risque d'homicide conjugal prennent en compte à la fois le danger d'une situation de violences conjugales et l'emprise.

Cependant, certains éléments identifiés comme facteurs de risque d'homicide conjugal et nous semblant pertinent dans l'évaluation du « danger immédiat » ne sont pas mentionnés ou sont « perdus » dans la formulation des questions proposées par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Nous pensons notamment aux tentatives de strangulations, aux violences sexuelles, aux violences durant la grossesse et aux menaces/violences avec armes.

Ensuite, la formulation de certaines questions est difficile d'interprétation (critères du danger n°2, 7, 8).

Par ailleurs, certaines questions se répètent et pourraient être regroupées dans un souci de clarté et de simplicité plus grande de l'outil. Par exemple, le critère de danger n°9 avec les critères d'emprise C, G, H et I sous le terme « contrôle ».

A noter que certaines questions paraissent difficilement accessibles à une évaluation médicale (critères du danger n°11 et 13). Le médecin n'est pas enquêteur.

Et enfin, la question : *« la victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ? »* est trop générale : ce type de violences est une constante chez toutes les victimes.

Tableau 12 : Evaluation du danger – Les questions³²

Le danger
1. La victime fait-elle état d'une multiplicité de violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) et/ou d'une augmentation de la fréquence de ces dernières ?
2. D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de son projet de séparation ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?
3. S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?
4. La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches) ?
5. La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?
6. La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?
7. La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?
8. La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?
9. La victime exprime-t-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?
10. La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?
11. La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?
12. Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?
13. A la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?
14. La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
15. La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des armes à feu (déclarées ou non) ?

*Les items mentionnés **en gras** sont à considérer comme des signaux d'alerte*

Tableau 13 : Evaluation de l'emprise – Les questions³²

Le danger
A. La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
B. La victime se sent-elle sous surveillance permanente ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?
C. La victime se dit-elle empêchée ou retreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?
D. La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?
E. La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?
F. La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?
G. La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?
H. La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ? Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?
I. La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale, etc.) par son partenaire ?
J. La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ? Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?
K. La victime évoque-t-elle l'existence d'un contrôle de la part de son partenaire sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sorties, travail, etc.) ?

*Les items mentionnés **en gras** sont à considérer comme des signaux d'alerte*

IV) Nécessité d'un recueil de données homogène et standardisé à l'UMJ de Tours

1) Le médecin légiste : le médecin au centre de la prise en charge

L'expérience du médecin légiste auprès des victimes de violences, le temps consacré à leur prise en charge et la coopération étroite avec la Justice et les associations d'aide aux victimes font de ce médecin l'acteur privilégié de la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Après discussion avec l'équipe, il semble que le nombre de données non renseignées ne traduit pas un oubli ou une non prise en compte, mais plutôt une absence d'homogénéité dans les pratiques d'évaluation du danger.

2) Proposition d'un outil d'évaluation du danger immédiat (et de l'emprise)

L'intégration, depuis la loi du 30 juillet 2020, d'une évaluation du danger immédiat et de l'emprise doit maintenant être systématique et conservé dans tous les dossiers de femmes victimes de violences au sein du couple.

Cette évaluation, malgré les travaux réalisés par le Conseil national de l'Ordre des médecins en concertation avec la Haute Autorité de Santé et le groupe de travail du ministère de la Justice, est difficile et complexe.

Elle est aidée par l'utilisation d'un outil listant les éléments permettant d'apprécier un danger immédiat et l'emprise.

Notre étude s'est centrée sur l'évaluation du seul critère « danger immédiat » à travers l'identification de facteurs de risque d'homicide conjugal. Toutefois, lors de la découverte de l'outil proposé par le conseil national de l'Ordre des médecins, nous avons pu nous rendre compte que certains facteurs de risque d'homicide conjugal étaient en lien avec la notion d'emprise. Une étude plus approfondie sur l'emprise mérite d'être réalisée.

Nous proposons à l'issue de ce travail, un outil d'évaluation du « danger immédiat » se basant sur le Danger Assessment et l'outil élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins et sur les méthodes d'évaluation des risques : nous avons retenu la méthode utilisant le jugement professionnel structuré.

Cet outil se décompose en quatre parties. Il est détaillé en annexe 7.

La première partie comprend vingt items afin de pouvoir utiliser la cotation du risque proposée par le Danger Assessment. Ces items prennent la forme de questions à réponse binaire : oui / non. Le score total comptabilise le nombre de réponses positives. L'administration de ce questionnaire est faite par le médecin.

La deuxième partie mentionne les lésions traumatiques constatées lors de l'examen de la victime et le nombre de jours d'ITT évalué.

La troisième partie « commentaires du médecin » permet au médecin d'apporter sa propre perception sur la situation de violences conjugales.

La quatrième partie mentionne la décision prise par le médecin.

Au verso de cet outil, une notice explicative permet d'apporter des précisions sur le recueil des éléments.

Enfin, il est primordial de ne pas négliger la perception de la femme elle-même quant à son risque.

Conclusion

La loi du 30 juillet 2020 impose à tout professionnel de santé d'intégrer dans sa prise en charge des femmes victimes de violences conjugales une évaluation du danger immédiat et de l'emprise.

Ce travail a permis d'approcher la notion de « danger immédiat ». Nous avons proposé d'évaluer le danger immédiat à travers le risque d'homicide conjugal pouvant être évalué à partir de facteurs de risque d'homicide conjugal empiriques. Notre approche a été confirmée : le danger immédiat qui vise la loi est celui du risque ultime de la perte de la vie.

Notre étude n'a pas permis de déterminer si les médecins légistes – médecins spécialistes des violences examinant au quotidien des victimes – évaluaient correctement le danger immédiat chez les femmes victimes de violences vues à l'UMJ de Tours sans réquisition judiciaire. L'absence de donnée était trop importante pour pouvoir conclure.

Cependant, un constat s'est imposé : une amélioration des pratiques en matière de prise en charge des victimes de violences conjugales et la nécessité d'un recueil harmonisé et standardisé à l'UMJ de Tours. Pour de multiples raisons qui ont été évoquées, le médecin légiste reste l'acteur médical à privilégier pour la prise en charge des victimes de violences qu'elles aient ou non déposé plainte.

Nous avons pu constater que l'évaluation du danger immédiat reste difficile et complexe, surtout pour les professionnels de santé ayant moins d'expériences que le médecin légiste. Pourtant, elle s'impose avec la loi du 30 juillet 2020. Dans cette étude, deux outils ont été abordés et/ou utilisés pour évaluer ce critère : le Danger Assessment, outil américain évaluant le risque de passage à l'acte homicide dans les situations de violences au sein de couple et l'outil élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins listant des critères évaluant le danger et l'emprise.

Notre étude a montré l'intérêt de l'utilisation d'un tel outil dans la prise en charge des victimes de violences pour : 1. apporter une aide dans l'évaluation du danger immédiat et 2. harmoniser les pratiques en matière d'évaluation de ce critère.

Toutefois, l'évaluation du danger immédiat ne doit pas se restreindre à la seule utilisation de l'outil. Nous avons montré l'importance de la propre perception du médecin et de la femme quant au danger de la situation de violences conjugales.

En combinant l'ensemble des connaissances permises par la réalisation de ce travail dans l'évaluation des risques et du danger immédiat, nous proposons au décours de travail un outil d'évaluation du danger immédiat (et de l'emprise). Cet outil n'est qu'une ébauche, il n'a fait l'objet d'aucun test de fiabilité, de validité et de reproductibilité.

D'importants travaux restent à faire dans l'évaluation du danger immédiat et également de l'emprise.

Bibliographie

1. Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Le sexisme tue aussi : 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017 – 2019. *Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances* [en ligne], 2016 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
2. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019: victimisation, délinquance et sentiment d'insécurité. *Ministère de l'intérieur* [en ligne], 2019 [réf. du 12 décembre 2019]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
3. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014 – 2016. *Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances* [en ligne], [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>
4. Inspection générale de la Justice. Mission sur les homicides conjugaux, octobre 2019. *Ministère de la Justice* [en ligne], 2019 [réf. du 17 novembre 2019]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/publication/Rapport%20HC%20Publication%2017%20novembre%202019.pdf>
5. MATIAS A., GONCALVES M., SOEIRO C. MATOS M. Intimate partner homicide : A meta-analysis of risk factors. *Agression and Violent Behavior*, 2020, vol. 50, p. 1359-1789
6. CAMPBELL J.C., GLASS N., SHARPS P.W., LAUGHTON K., BLOOM T. Intimate partner homicide : review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse*, 2007, vol. 8, n°3, p. 246-269
7. CAMPBELL J. C., WEBSTER D., KOZIOL-MCLAIN J., BLOCK C., CAMPBELL D.W., CURRY M.A., LAUGHTON K. Risk factors for femicide in abusive relationships : Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 2003b, vol. 93, n°7, p. 1089-1097
8. CAMPBELL J.C., WEBSTER D.W., GLASS N. The danger assessment validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 2009, vol. 24, n°4, p. 653-674.
9. SPENCER C.M. A meta-analysis of risk factors for intimate partner homicide : Examining male perpetration and female victimization, 66 p. Dissertation : doctor of philosophy : Manhattan : Kansas State University : 2018.
10. MORACCO K.E., RUNYAN C.W., BUTTS J. Femicide in North Carolina, 1991-1993 : A statewide study of patterns and precursors. *Homicide Studies*, 1998, vol. 2, n°4, p. 422-446
11. CAMPBELL J. C. "If I can't have you, no one can": Power and control in homicide of female partners. *Femicide: The Politics of Woman Killing*, 1992, vol. LI, p. 99-113

12. MORTON E., RUNYAN C.W., MORACCO K.E., BUTTS J. Partner homicide victims : A population based study in North Carolina, 1988-1992. *Violence and Victims*, 1998, vol. 13, n°2, p. 91-106
13. Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2019. *Ministère de l'Intérieur* [en ligne], 2020 [réf. du 17 août 2020]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
14. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Argumentaire. HAS [en ligne], 2019 [réf. du 2 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
15. Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2018. *Ministère de l'Intérieur* [en ligne], 2019 [réf. du 10 juillet 2019]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>
16. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Recommandations. HAS [en ligne], 2019 [réf. du 2 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
17. Nations unies. Etude approfondie de toutes les formes de violences à l'égard des femmes. Rapport du secrétaire général. *Genre en ACTION* [en ligne], 2006 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://www.genreenaction.net/Etude-approfondie-de-toutes-les-formes-de.html>
18. Institut national de santé publique du Québec. De quoi parle-t-on ? INSPQ [en ligne], s.d [consulté le 1/10/2020]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/de-quoi-parle-t-on?themekey-theme=mobile>
19. OUELLET F., LINDSAY J., CLEMENT M., BEAUDOUIN G. La violence psychologique entre conjoints. *Collection Etudes et Analyses*, 1996, vol. 1, n°3
20. 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, vol. 1, n° 191, p. 67-78
21. Législation contre les violences faites aux femmes. *Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances* [en ligne], s.d [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/la-legislation/>
22. MANSEUR Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. *Pensée plurielle*, 2004, vol. 2, n° 8, p. 103-118.
23. GUILLAM M.T., SEGALA C., CASSAGNE E., FRANCOIS C., THELOT B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2014, vol. 62

24. Etat des connaissances. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016. *Santé publique France* [en ligne], 2018 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>
25. MIPROF. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n°14 : Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. *Gouvernement* [en ligne], 2019 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
26. MIPROF. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n°1 : « violences sexuelles et violences conjugales : combien de victime ? ». *Gouvernement* [en ligne], 2013 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
27. THOMAS A, TELMON N, ALLERY J, PAUWELS C, ROUGE D. La violence conjugale : dix ans après. *Le Concours Médical*, 2000, vol. 122, n°29, p. 2041-2044
28. HENRION R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la Santé. *Vie publique* [en ligne], 2001 [réf. du 1 février 2001]. Disponible à partir de l'URL : <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
29. Les enquêtes « cadre de vie et sécurité » en 10 questions. *ONDRP* [en ligne], s.d. [consulté le 1/01/2020]. Disponible à partir de l'URL : https://inhesj.fr/sites/default/files/inline-files/CVS_10_QUESTIONS.pdf
30. SIMON S. Violences faites aux femmes : définitions, principaux chiffres et politiques publiques de lutte. *Cairn.info*, 2014, vol. 3, n°44, p. 93-98
31. Ministère de la Justice. Circulaire du 24 novembre 2014 d'orientation de politique pénale en matière de lutte contre les violences au sein du couple et relative au dispositif de téléassistance pour la protection des personnes en grave danger. *Bulletin officiel du ministère de la Justice*, n°2014-12, 31 décembre 2014
32. Groupe de travail Justice. Secret médical et violences au sein du couple : Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code pénal. *Ministère de la Justice* [en ligne], 2020 [réf. du 15 octobre 2020]. Disponible sur l'URL : <http://www.justice.gouv.fr/haute-fonctionnaire-a-legalite-femmes-hommes-12939/missions-12942/soignants-et-victimes-de-violences-conjugales-33564.html>
33. Code pénal. *Légifrance* [en ligne], 2020 [réf. du 1 octobre 2020]. Disponible sur l'URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070719/2020-11-19/
34. Grenelle contre les violences conjugales. *Dossier de presse*, 3 septembre 2019
35. Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. *Journal Officiel*, 31 juillet 2020
36. CAMPBELL J. C., WEBSTER D., KOZIOL-MCLAIN J., BLOCK C. R., CAMPBELL D.W., CURRY M. A., *et al.* Assessing risk factors for intimate partner homicide. *National Institute of Justice Journal*, 2003a, vol. 250, p. 14-19

37. DROUIN C., DROLET J. Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe: Guide d'intervention. *Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles* [en ligne]. 2004 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/pub_107_0.pdf
38. McFARLANE J., CAMPBELL J.C., WILT S., SACHS C., ULRICH Y., XU X. Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies*, 1999, vol. 3, n°4, p. 300-316
39. WILSON M., DALY M. Spousal homicide risk and estrangement. *Violence Vict*, 1993, vol. 8, n°1, p. 3-16.
40. GLASS N., LAUGHON K., CAMPBELL J., BLOCK C.R., HANSON G., SHARPS P.W., TALIAFERRO E. Non-fatal Strangulation is an Important Risk Factor for Homicide of Women. *Journal of Emergency Medicine*, 2007, vol. 35, n°3, p. 329-335
41. McFARLANE J., PARKER B., SOEKEN K. Abuse during pregnancy : frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nurse*, 1995, vol. 12, n°5, p. 284-289
42. McFARLANE J., CAMPBELL J.C., SHARPS P., WATSON K. Abuse during pregnancy and femicide : urgent implications for women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, vol. 100, n°1, p. 27-36
43. LAPOINTE F., ROBITAILLE C., LEVESQUE S., LESSARD G. Domestic Homicide Risk Assessment : An Inventory of Existing Tools. *Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles* [en ligne], 2018 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur l'URL : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/fiche_synthese_13_finale_web.pdf
44. SHARPS P.W., CAMPBELL J., CAMPBELL D., GARY F., WEBSTER D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *The American Journal on Addiction*, 2010, vol. 10, n°2, p. 122-135.
45. DROUIN C., LINDSAY J., DUBBE M., TREPANIER M., BLANCHETTE D. Intervenir auprès des hommes en vue de prévenir l'homicide conjugal. *Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles* [en ligne], 2012 [consulté le 1/01/2020]. Disponible sur : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/pub_19062012_131333.pdf
46. DOBASH R.E., DOBASH R.P., CAVANAUGH K., LEWIS R. Not an ordinary killer; just an ordinary guy: When male murder an intimate female partner. *Violence Against Female*, 2004, vol. 10, n°6, p. 577-605
47. WILSON M., JOHNSON H., DALY M. Lethal and nonlethal violence against wives. *Canadian Journal of Criminology*, 1995, vol. 37, n°3, p. 331-361.
48. FLORES J., LAMPRON C., MAURICE P., et al. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. *Institut National du Québec* [en ligne], 2010 [consulté le 1/11/2019]. Disponible sur l'URL : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf
49. NORTHCOTT M. Outils d'évaluation du risque de violence envers le partenaire intime : Un examen. *Division de la recherche et de la statistique. Ministère de la Justice du Canada*.

50. RANDALL KROPP P., D.HART S. The development of the Brief Spousal Assault Form for the evaluation of risk (B-SAFER) : A tool for criminal justice professionals. *Department of Justice Canada*, 2004.
51. LEMONNE A., MAHIEU V. Introduction d'un outil d'évaluation des risques en matière de violence entre partenaires : enjeux et impacts. *Champ pénal/Penal field* [en ligne], vol. XIV, 2017, [réf. du 18 juillet 2017]. Disponible sur l'URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/9558>
52. CAMPBELL M., HILTON NZ., KROPP P.R., DAWSON M., JAFFE P. L'évaluation des risques de violence familiale : Pour mieux orienter la planification de la sécurité et la gestion des risques. Mémoire sur les homicides familiaux (2). London (Ontario) Canadian Domestic Homicide Prevention Initiative, 2016
53. ROEHL J., O'SULLIVAN C., WEBSTER D., CAMPBELL J.C. Intimate partner violence risk assessment validation study, Final Report. 2005
54. MILLAR A., CODE A., HA L. Recensement des outils d'évaluation des risques de violence conjugale utilisés au Canada. *Division de la recherche et de la statistique, Ministère de la Justice au Canada*, 2009, mise à jour en 2013
55. Ministère de la Justice et des Liberté. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. *Bulletin officiel du ministère de la Justice et des Libertés*, n°2011-01, 31 janvier 2011
56. Evaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. *Ministère de l'Intérieur* [en ligne], 2014 [réf. du 17 octobre 2014]. Disponible sur l'URL : <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Justice/Evaluation-du-schema-d-organisation-de-la-medecine-legale>
57. Haute Autorité de Santé. Comment établir un certificat médical initial (CMI). *HAS* [en ligne], 2019 [réf. du 2 novembre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975057/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi

Annexes

Annexe 1 : Le cycle des violences conjugales, selon Léonore WALKER.

Le cycle des violences conjugales comprend quatre phases successives, dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps^{29,33} :

- *Phase une* : il s'agit de la phase de tension. Le partenaire violent instaure un climat de tension par ses paroles, ses menaces, ses épisodes de colère. La partenaire victime a peur et essaie de tout faire pour améliorer la situation et faire baisser la tension ;
- *Phase deux* : il s'agit de la phase d'agression ou de crise. Le partenaire violent « explose » et laisse exprimer sa violence sous toutes ses formes. La partenaire victime est triste et en colère. Elle se sent humiliée et impuissante.
- *Phase trois* : il s'agit de la phase de justification. Le partenaire justifie son comportement violent jusqu'à faire porter la faute à sa partenaire. Il minimise les faits. La partenaire victime se sent ainsi responsable du comportement violent de son partenaire, elle s'interroge sur elle-même, elle pense que c'est à elle de changer. Elle va se questionner sur sa perception de la violence qu'elle a subi et va douter de la véracité de celle-ci. Elle pense exagérer, elle culpabilise.
- *Phase quatre* : il s'agit de la phase de Lune de miel. Le partenaire violent s'excuse, il demande pardon et émet des regrets. Il promet qu'il va changer et qu'il ne va pas recommencer. Il devient affectueux et attentionné, il redevient l'homme dont la femme est tombée amoureuse. La partenaire victime y croit, un sentiment d'espoir naît en elle, et elle essaye de tout faire pour maintenir cette situation d'accalmie.

Annexe 2 : Quels sont les signes de gravité à rechercher ? Recommandation de bonne pratique – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de santé, juin 2019.²⁹

L'évaluation de la gravité et de la dangerosité d'une situation de violences conjugales peut s'appuyer sur les questions suivantes. Plus le nombre de réponses positives est important, plus le risque de gravité est élevé :

- « Êtes-vous dans une période de séparation d'avec votre partenaire ? »
- « Les actes de violence physique ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ? »
- « Votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacé avec une arme ? »
- « Pensez-vous que votre partenaire soit capable de vous tuer ? »
- « Avez-vous été frappée pendant votre grossesse ? »
- « A-t-il déjà essayé de vous étrangler ou menacé de vous défenestrer ? »
- « Votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ? »

Certains indicateurs peuvent orienter vers un risque de gravité élevé, voire un risque vital.

Les indicateurs de gravité liés à l'agresseur :

- l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation qui, en se répétant, peuvent atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ;
- le contexte d'addiction (alcool, stupéfiants) ;
- présence d'armes au domicile ou utilisation des objets de la vie courante comme armes par destination ;
- l'existence de menaces de mort, de tentatives de passage à l'acte (par exemple, strangulation).

Les indicateurs liés à la victime :

- la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé ;
- les troubles de stress post-traumatique pouvant engendrer une dissociation chez la victime, ce qui peut induire un diagnostic erroné.

Les indicateurs liés à la présence d'enfants :

- le retentissement sur les enfants du foyer, très souvent témoins directs visuels ou auditifs des actes de violence et pouvant être des victimes de violences directes ou de négligences.

Annexe 3 : Articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, relatifs au secret professionnel.⁴²

Article 226-13 :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende. »

Article 226-14 : il précise dans quels cas et sous quelles conditions, la loi impose ou autorise la révélation du secret :

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

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

*2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, **les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.** Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

*Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur**, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »*

Annexe 4 : L'outil d'évaluation du risque d'homicide conjugal : The Danger Assessment ou Evaluation du Danger.

ÉVALUATION DU DANGER

Jacquelyn C. Campbell, Ph. D., I.I.

© École des sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins, 2004
www.dangerassessment.org

Plusieurs facteurs de risque ont été associés au danger accru auquel sont exposées les femmes qui vivent une relation violente. Nous ne pouvons pas prédire exactement ce qui peut se produire dans votre cas, mais nous voulons que vous soyez consciente de la portée du danger dans des situations de violence, et que vous voyiez combien de facteurs de risque s'appliquent à votre situation.

Sur un calendrier, marquez les dates approximatives où votre conjoint ou votre ex-conjoint a été violent envers vous pendant l'année passée. Écrivez à cette date la gravité de l'incident selon l'échelle suivante :

1. Gifles, bousculade; aucune blessure, douleur persistante
2. Coups de poing, coups de pied; bleus, coupures, douleur persistante
3. Raclée (« il m'a battue »); contusions graves, brûlures, fractures, fausse-couche
4. Menace d'utiliser une arme; blessure à la tête, blessure interne, blessure permanente, fausse-couche
5. Utilisation d'une arme; blessure par arme

(Si n'importe laquelle des descriptions du chiffre supérieur s'applique, utilisez le numéro plus élevé.)

Cochez **Oui** ou **Non** à côté de chaque énoncé ci-dessous.

(« Il » fait référence à votre mari, à votre conjoint, à votre ex-mari, à votre ex-conjoint, ou à toute autre personne qui vous inflige de la violence physique actuellement.)

Oui	Non	
___	___	1. La gravité ou la fréquence de la violence physique a-t-elle augmenté au cours de la dernière année?
___	___	2. Possède-t-il une arme à feu (un pistolet ou un fusil)?
___	___	3. L'avez-vous quitté après avoir habité ensemble au cours de la dernière année?
		3a. Si vous n'avez <i>jamais</i> habité avec lui, inscrivez un crochet ici : ____.
___	___	4. Est-il sans emploi?
___	___	5. Vous a-t-il déjà menacée avec une arme ou utilisé une arme meurtrière contre vous?
___	___	5a. Si oui, est-ce que c'était une arme à feu?
___	___	6. Menace-t-il de vous tuer?
___	___	7. Est-ce qu'il a évité l'arrestation pour violence conjugale?
___	___	8. Avez-vous un enfant qui n'est pas le sien?
___	___	9. Est-ce qu'il vous a déjà forcée à avoir des rapports sexuels quand vous ne le souhaitiez pas?
___	___	10. Essaie-t-il parfois de vous étrangler?
___	___	11. Consomme-t-il de la drogue, par exemple des stimulants, des amphétamines, « speed », « meth », poussière d'ange (PCP), cocaïne, « crack », drogues de la rue ou mélanges?
___	___	12. Est-ce qu'il est alcoolique, ou a-t-il un problème d'alcool?
___	___	13. Contrôle-t-il la plupart de vos activités quotidiennes ou toutes vos activités? Par exemple, vous dit-il avec qui vous pouvez être amie, quand vous pouvez voir votre famille, combien d'argent vous pouvez dépenser, ou quand vous pouvez prendre la voiture? (S'il essaie, mais que vous l'en empêchez, inscrivez un crochet ici : ____.)
___	___	14. Est-il violemment et constamment jaloux de vous? (Par exemple, dit-il « Si je ne peux pas t'avoir, personne d'autre ne le peut. »?)
___	___	15. Vous a-t-il déjà battue quand vous étiez enceinte? (Si vous n'avez jamais été enceinte de lui, inscrivez un crochet ici : ____.)
___	___	16. A-t-il déjà menacé ou essayé de se suicider?
___	___	17. Menace-t-il de faire mal à vos enfants?
___	___	18. Croyez-vous qu'il serait capable de vous tuer?
___	___	19. Est-ce qu'il vous suit ou vous espionne, vous laisse des notes menaçantes ou des messages téléphoniques menaçants, détruit vos biens ou vous téléphone même quand vous ne voulez pas lui parler?
___	___	20. Avez-vous déjà menacé ou essayé de vous suicider?
___	___	Total de « oui »

Merci. Nous vous encourageons à parler avec votre infirmière, votre avocat ou votre conseiller du résultat de la présente évaluation du danger en ce qui concerne votre situation.

Annexe 5 : Grille de recueil des violences verbales et psychologiques

0 : Absent ; 1 : Présent ; 99 : Non précisé

Comportement n° 1 : Le dénigrement (dénigrement, dégradation, humiliation)

- 1) Dénigrement de la femme
 - a. Humiliation, dévalorisation, rabaissement, dénigrement
 - b. Bonne à rien
- 2) Dénigrement de ce qu'elle est
 - a. Critiques sur le physique
- 3) Dénigrement de son état ou de sa condition (santé, par exemple)
- 4) Dénigrement de ses capacités à faire les choses
 - a. De tomber enceinte
 - b. De trouver quelqu'un d'autre
 - c. De faire quoi que ce soit
 - d. De ne pas trouver de travail, de ne pas ramener d'argent
- 5) Dénigrement de la famille ou de l'environnement
- 6) Le fait d'avoir à vivre des situations humiliantes ou perçues comme telles
 - a. Crachats au visage
 - b. Projection de liquide biologique (urine)
 - c. Laisser sur le bord d'une route
- 7) Dénigrement par la parole
 - a. Insultes
 - b. Propos dégradants, humiliants, dévalorisants et abaissants
 - c. Paroles blessantes

Comportement n°2 : Le contrôle

- 1) Le contrôle de ce qui doit être fait et sur la façon dont les choses doivent être faites (quoi faire et comment)
 - a. Contrôle du comportement de la femme en société
 - b. Contrôle de la tenue vestimentaire et l'obligation de se voiler pour sortir
 - c. Sorties autorisées seulement en sa présence
 - d. Contrôle des achats
- 2) Le contrôle des rapports sociaux et des besoins de communication
 - a. Interdiction de sortir, y compris pour se rendre à des rendez-vous médicaux
 - b. Interdiction d'accès à la voiture
 - c. Interdiction de voir ou d'appeler sa famille et ses amis
 - d. Confiscation du téléphone
 - e. Contrôle et fouille du téléphone portable, de la boîte de messagerie (mails), du courrier, du sac à main, de réseaux sociaux
 - f. Isolement social et familial
- 3) La surveillance des activités
 - a. Surveillance des moindres faits et gestes de la femme et des enfants
 - b. Surveillance des déplacements avec le GPS du portable de la femme
 - c. Contrôle des actes de la vie quotidienne
 - d. Contrôle de l'emploi du temps
 - e. Lui impose d'arrêter de travailler ou interdiction de travailler
 - f. Recherche à habiter près de son domicile pour pouvoir la surveiller

Comportement n°3 : L'intimidation

- 1) Intimidation et attitudes d'intimidation
- 2) Poser des gestes brusques et violents envers les objets
- 3) Vandalisme de la voiture ou du domicile de la femme

- 4) Se met en colère sans raison

Comportement n°5 : Le blâme et les accusations indues

- 1) Blâmer sa façon d'agir
 - a. Reproche sur sa gestion des finances du couple
- 2) Blâmer sa façon d'être avec lui ou ses sentiments envers lui
 - a. La rend responsable des blessures qu'il s'auto-inflige
 - b. Ne pas rester assez souvent avec lui
 - c. Doute de sa paternité
- 3) Les accusations à propos de tout et de rien
 - a. Critiques
 - b. Propos culpabilisants
 - c. De le tromper avec quelqu'un d'autre

Comportement n°6 : La manipulation

- 1) Le mensonge
- 2) La distorsion de la réalité
 - a. Utilise l'hypnose pour avoir des rapports, pour la faire maigrir
- 3) La manipulation des enfants
 - a. Manipulation des enfants
 - b. Instrumentalisation des enfants

Comportement n°6 : La menace et le chantage

- 1) De violenter
 - a. La femme : menaces de coups, menace de mort, menaces avec arme, ...
 - b. De tierces personnes : menaces dites à la femme, non directement aux personnes concernées par les dites menaces.
- 2) Sur la garde des enfants
 - a. Menaces de proférer de fausses allégations ou de la faire passer pour une folle pour qu'elle n'obtienne pas la garde
 - b. Menaces de partir avec les enfants
 - c. Menaces qu'elle ne verra plus les enfants si elle le quitter
- 3) D'abandonner la femme
 - a. Menaces de divorcer
 - b. Menaces de prendre une maîtresse si elle n'accepte pas les relations sexuelles
- 4) Menaces et chantages au suicide
- 5) Chantage affectif

Comportement n°7 : La privation intentionnelle

- 1) Sur le plan matériel et financier
 - a. Refuse de dépenser le moindre sous pour la femme et les enfants
 - b. Refuse l'accès au domicile conjugal ou lit conjugal
- 2) Sur le plan affectif et émotionnel
 - a. Refuse qu'elle se rende à des événements familiaux (mariage, enterrement) qui sont importants pour elle
 - b. Lui interdit tout contact avec les enfants
- 3) Sur le plan social
 - a. Ne considère pas ses besoins et ses goûts
- 4) Sur le plan du soutien social
 - a. Ne peut compter sur lui
 - b. Refuse de lui apporter assistance en cas de maladie

Comportement n°8 : La sur ou déresponsabilisation

- 1) Au niveau parental
 - a. Non-participation à l'éducation des enfants
- 2) Au niveau du couple
 - a. Refuse de participer au frais liés au couple

Comportement n°9 : L'indifférence

- 1) Ignorer l'autre
- 2) Ignorer ses peines quand elle perd un proche

Comportement 10 : La négation d'un état ou d'une condition

- 1) Lui dit qu'elle n'est pas malade ou que ce n'est rien
- 2) Fait comme si de rien n'était après une dispute

Comportement n°11 : La bouderie

- 1) Part du domicile conjugal en colère, pendant plusieurs jours
- 2) Refuse d'adresser la parole à la femme ou aux enfants

Comportement n°12 : l'agression des enfants

- 1) Violences physiques sur les enfants
- 2) Violences verbales et psychologiques sur les enfants

Comportement n°13 : Le harcèlement

- 1) Se rend sur son lieu de travail, rode autour de son domicile
- 2) La suit lors de tous ses déplacements
- 3) L'espionne
- 4) L'appelle ou lui envoie des SMS ou mail de façon itératives, quotidiennes

Annexe 6 : Grille de recueil des facteurs de risque d'homicide conjugal et de la cotation du risque

0 : Absent ; 1 : Présent ; 2 : non précisé.

Partie I : les vingt facteurs de risque du Danger Assement

- 1) Augmentation de la fréquence ou de la gravité des violences physiques au cours de la dernière année
- 2) Possession d'une arme à feu
- 3) Séparation récente au cours de la dernière année
- 4) Absence d'activité professionnelle (partenaire)
- 5) Menaces ou violences avec arme
- 6) Menaces de mort
- 7) A évité l'arrestation pour violences conjugales
- 8) Enfants issus d'une précédente union (femme)
- 9) Violences sexuelles
- 10) Tentatives de strangulation
- 11) Consommation de drogue (partenaire violent)
- 12) Problème d'alcool ou alcoolisme (partenaire)
- 13) Comportements de contrôle
- 14) Jalousie
- 15) Violences pendant la grossesse
- 16) Menaces ou tentatives de suicide (partenaire)
- 17) Menaces de faire du mal aux enfants
- 18) Croyance quant à la possibilité que son partenaire puisse la tuer
- 19) Harcèlement et destruction de biens
- 20) Menaces ou tentatives de suicide (femme)

Partie II : Autres facteurs de risque identifiés par la littérature

- 1) Femme âgée entre 18 et 24 ans
- 2) Abus de substances toxiques (femme)

Partie III : Cotation du risque d'homicide conjugal

- 1) Score < 4 : risque faible
- 2) Score entre 4 et 7 : risque variable, incitant toutefois à la plus grande prudence
- 3) Score entre 8 et 13 : risque augmenté
- 4) Score entre 14 et 17 : risque sévère
- 5) Score supérieur ou égal à 18 : risque extrême.

Annexe 7 : Proposition d'un outil d'évaluation du danger immédiat

OUTIL D'EVALUATION DU DANGER IMMEDIAT CHEZ LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Identité de la victime présumée

Nom :

Prénom :

Ddn :

Adresse :

.....

Tél :

Date de l'évaluation :/...../.....

Nom du médecin :

Partie I : Cochez oui ou non à côté de chaque item ci-dessus

OUI NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 1. La gravité ou la fréquence des violences a-t-elle augmenté au cours de la dernière année ? |
| ☐ | ☐ | 2. Votre partenaire possède-t-il ou peut-il avoir facilement accès à une arme à feu ? |
| ☐ | ☐ | 3. Avez-vous informé votre partenaire de votre volonté de séparation ou êtes-vous séparé de lui depuis moins d'un an ? |
| ☐ | ☐ | 4. Votre partenaire est-il sans emploi ? |
| ☐ | ☐ | 5. Votre partenaire vous a-t-il déjà menacé avec une arme ou utilisé une arme contre vous ?* |
| ☐ | ☐ | 6. Votre partenaire profère-t-il des menaces de mort envers vous, vos enfants ou votre famille ? |
| ☐ | ☐ | 7. Les forces de l'ordre sont-elles déjà intervenues chez vous ?* |
| ☐ | ☐ | 8. Avez-vous un enfant qui n'est pas le sien ? |
| ☐ | ☐ | 9. Subissez-vous des violences sexuelles de la part de votre partenaire ?* |
| ☐ | ☐ | 10. Avez-vous déjà été saisie au cou par votre partenaire ? |
| ☐ | ☐ | 11. Votre partenaire consomme-t-il des substances toxiques ?* |
| ☐ | ☐ | 12. Consommez-vous des substances toxiques ?* |
| ☐ | ☐ | 13. Votre partenaire exerce-t-il des comportements de contrôle contre vous ?* |
| ☐ | ☐ | 14. Votre partenaire est-il jaloux ? |
| ☐ | ☐ | 15. Les violences ont-elles persisté pendant votre/vos grossesses ?* |
| ☐ | ☐ | 16. Votre partenaire menace-t-il ou a-t-il déjà essayé de se suicider ? |
| ☐ | ☐ | 17. Existe-t-il des violences envers les enfants ?* |
| ☐ | ☐ | 18. Avez-vous peur de votre partenaire ou avez-vous déjà eu peur de mourir lors d'épisodes violents ?* |
| ☐ | ☐ | 19. Subissez-vous un harcèlement de la part de votre partenaire ?* |
| ☐ | ☐ | 20. Pensez-vous ou avez-vous déjà tenté de vous suicider à cause des violences conjugales ? |

TOTAL de oui :

COTATION du risque : < 4 = risque faible

entre 4 et 7 : risque variable

entre 8 et 13 : risque augmenté

entre 14 et 17 : risque sévère

> 18 : risque extrême

Partie II :

Description des lésions traumatiques :

.....

.....

ITT évaluée :jours

Partie III : faire tous commentaires quant à votre perception du danger de la situation :

.....

.....

.....

Partie IV : quelle décision avez-vous prise au vue de la situation ?

☐ Motivation au dépôt de plainte

☐ Orientation vers une association d'aides aux victimes

☐ Orientation vers un service d'urgences

☐ Orientation vers une unité médico-judiciaire

☐ Signalement judiciaire, précisez si accord ou non de la victime

☐ Autres, précisez :

*Notice explicative au verso →

Notice explicative de l'outil d'évaluation du danger immédiat chez les victimes de violences conjugales

Cet outil s'adresse tout particulièrement aux femmes, au sein d'une relation intime officielle (mariage, pacs, concubins) ou non officielle (petit-amis, relations extraconjugales, relations non stables, non suivies), que cette relation soit actuelle ou passée.

- Disposer d'un temps d'écoute adapté ;
- Privilégier le mode de recueil des éléments indirect, afin d'éviter au maximum d'influencer la victime qui n'a pas encore été entendue par les enquêteurs ;

Partie I : précisions sur les éléments à rechercher

Les items sont positifs dès lors qu'ils sont présents, qu'ils soient récents ou anciens.

- 5. Tout type d'arme est concerné : objets contondants (masse, marteau, matraque, etc.), armes blanches (couteau, ciseau, etc.), armes à feu (pistolet, fusil, etc.) ;
- 7. L'intervention des forces de l'ordre n'a conduit à aucune procédure/enquête judiciaire (dépôt de plainte, garde à vue de l'auteur, etc.) ;
- 9. Par violences sexuelles on entend les rapports sexuels non consentis, les rapports sexuels consentis « pour avoir la paix », les rapports sexuels imposés par leur partenaire avec une autre personne, les attouchements, les refus de relation sexuelle non acceptés entraînant coups et menaces, les pratiques sexuelles non consenties au sein de rapports initialement consentis, ... ;
- 11 et 12. Comprennent toute consommation problématique d'alcool et/ou de drogues et également les violences sous l'emprise d'alcool et/ou drogues ;
- 13. Le contrôle peut s'exercer sur les tenues vestimentaires, le comportement et les attitudes à adopter, sur le plan économique, sur les sorties (sociales, administratives, médicale, ...), les rapports sociaux et les besoins de communication. Il comprend également la surveillance des activités et l'isolement social.
- 15. Toute violence pendant une grossesse est à prendre en compte, qu'importe le délai ;
- 17. Il convient de rechercher l'existence de violences physiques, verbales et psychologiques ;
- 18. Cet item fait référence aux sentiments de peur/crainte de son partenaire, aux sentiments d'insécurité, aux sensations de mort imminente au moment d'un/plusieurs épisodes violents ;
- 19. Par harcèlement, on entend tout envoi de SMS ou appels itératifs, l'espionnage et le suivi dans ses déplacements.

Cet outil ne doit pas faire l'objet d'une transmission au procureur de la République, mais il doit être conservé dans le dossier médical.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'B' shape with a vertical line through the center.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

AIME Mélanie

78 pages – 5 figures – 13 tableaux

Résumé :

Introduction : Lorsqu'il est face à une femme qui lui a révélé être victime de violences conjugales mais qui ne souhaite pas déposer plainte, le médecin est partagé entre la nécessité de respecter le secret professionnel et celle de protéger une personne en danger. En effet, les violences conjugales, dont la fréquence dans la population générale est mal connue mais probablement importante, sont un facteur de risque de décès. La loi du 30 juillet 2020 a modifié les situations où le professionnel de santé peut signaler au procureur de la République une situation de violences conjugales et a introduit les notions d'emprise et de danger immédiat pour la victime, qui permettent un signalement même sans son accord. Or, il semblait évident que le danger immédiat, dont la définition n'est pas établie par la loi, était un élément que le médecin devait rechercher dans l'évaluation d'une victime de violences, même avant cette loi. Nous avons souhaité savoir si des critères de danger immédiat étaient recherchés par les médecins dans les années qui ont précédé la loi du 30 juillet 2020. Nous avons recueilli ces données dans un service de médecine légale, car les médecins légistes sont au cœur de la prise en charge des victimes de violences.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les dossiers de femmes majeures victimes de violences conjugales examinées hors réquisition judiciaire à l'Unité Médico-Judiciaire du Centre hospitalier universitaire de Tours, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019. Une étude de la littérature a permis d'identifier 20 facteurs de risque d'homicide conjugal. Pour chaque dossier, nous avons vérifié que le médecin légiste avait évalué le danger immédiat en recherchant ces critères, et si la consultation judiciaire avait abouti à un signalement judiciaire.

Résultats : 99 femmes âgées de 19 à 99 ans ont été incluses dans l'étude. 68% étaient adressées à l'Unité Médico-Judiciaire par une association d'aide aux victimes. Les données non renseignées étaient très importantes. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature n'étaient pas précisés dans le dossier dans 51 à 99% des cas, sans que l'on puisse déterminer s'ils n'avaient pas été recherchés ou pas notés dans le dossier. Deux signalements judiciaires ont été effectués au total. Aucune femme n'est décédée.

Conclusion : L'évaluation du danger immédiat n'était pas correctement effectuée ou documentée par les médecins légistes. La loi du 30 juillet 2020, si elle ne paraît pas modifier réellement la pratique quotidienne, a permis d'engager la réflexion sur cette évaluation, qui doit à notre sens faire l'objet d'un recueil rigoureux dans le dossier médical. Nous proposons un outil d'évaluation, basé notamment sur le vade-mecum du Conseil national de l'ordre des médecins, afin de standardiser la consultation et dans la mesure du possible, la prise de décision du médecin.

Mots-clés : violences conjugales, secret professionnel, danger immédiat, médecine légale

Jury

Président du Jury : Professeur Norbert TELMON

Directeur de thèse : Professeur Pauline SAINT MARTIN

Membre du Jury : Professeur Pauline SAINT MARTIN, Docteur Camille REROLLE

Date de soutenance : 15 décembre 2020