



**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2016

2016 TOU3 1036

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 mai 2016

Par Agathe LECHEVALIER

**Les hommes victimes de violences conjugales :
Étude rétrospective de 2005 à 2014 au sein de
l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Stéphane GRILL

Jury :
Pr Norbert TELMON – Président
Pr Sandrine CHARPENTIER – Assesseur
Dr Thierry BRILLAC - Assesseur
Dr Frédéric SAVALL - Assesseur
Dr Stéphane GRILL - Assesseur

A mon jury de thèse

Pr Norbert TELMON,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci de vos conseils et votre implication lors de la réalisation de ce travail.

Pr Sandrine CHARPENTIER,

Je vous adresse mes remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Dr Thierry BRILLAC,

Merci de votre enseignement et de votre enthousiasme pour ce projet. Soyez assuré de ma gratitude pour avoir accepté de juger ce travail.

Dr Frédéric SAVALL,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir mis vos connaissances et votre temps à contribution pour la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir accompagnée dans toutes les étapes de ce projet, et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Dr Stéphane GRILL,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée dans ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Remerciements personnels

Clément, merci pour toutes ces années de bonheur, de soutien, d'affection malgré les doutes, les angoisses et les moments difficiles. Merci d'être là tous les jours avec moi, et merci de tout ce que nous allons encore vivre ensemble.

Maman et Papa, merci d'avoir toujours été mes soutiens indéfectibles et mes premiers professeurs de médecine. J'espère pouvoir associer toutes vos qualités pour arriver à être un bon médecin.

Adrien, Sarah, Eve, merci de m'avoir accompagnée, merci pour tous les moments passés ensemble.

Vati et Mutti, merci d'avoir été avec moi pendant toutes ces années. Vous avez suivi mon parcours du début à la fin avec un intérêt toujours vivace. Vous savez que je vous aime.

Merci à toute ma belle-famille, qui porte bien son nom, pour toute l'aide qu'elle m'a apportée depuis le début et particulièrement ces derniers mois.

Merci à Claire D, Claire F, Antoine, Angèle, Benoit, Thomas et tous ceux qui ont partagé nos innombrables (mais mémorables !) soirées et vacances. Vivement les prochaines !

Merci à tous mes compagnons d'externat et d'internat d'y avoir survécu avec moi !

Enfin, je remercie l'équipe de Médecine Légale du CHU de Toulouse, particulièrement Frédéric, Marion, Malek, François et Sonia pour m'avoir accueillie à bras ouverts et m'avoir épaulée pendant toute cette année.

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Etat actuel des connaissances	4
2.1	Hommes victimes de violences au sein du couple : chiffres officiels	4
2.1.1	En France	4
2.1.2	A l'étranger	4
2.2	Les mécanismes des violences au sein du couple	5
2.2.1	Les mécanismes des violences faites aux femmes	5
2.2.2	La théorie de Johnson	6
2.3	Les violences conjugales faites aux femmes	7
3.	Justification et objectifs	8
4.	Matériel et Méthode	9
4.1	Première partie : Hommes consultant pour violences conjugales	9
4.1.1	Population étudiée	9
4.1.2	Données étudiées	9
4.2	Deuxième partie : Comparaison hommes et femmes	10
5.	Résultats	12
5.1	Première partie : Hommes consultant pour violences conjugales	12
5.1.1	Population	12
5.1.2	Âge des hommes	12
5.1.3	Mode et délai de consultation	13
5.1.4	Les auteurs	13
5.1.5	Le parcours de soins	14
5.1.6	Mécanismes lésionnels allégués	15
5.1.7	Lésions constatées	15
5.1.8	Localisation lésionnelle	16

5.1.9 Incapacité Totale de Travail	16
5.2 Deuxième partie : Comparaison hommes et femmes	17
5.2.1 Population	17
5.2.2 Comparaison des âges.....	17
5.2.3 Mode et délai de consultation	18
5.2.4 Les auteurs	19
5.2.5 Le parcours de soins	19
5.2.6 Mécanismes lésionnels allégués	20
5.2.7 Lésions constatées.....	21
5.2.8 Localisation lésionnelle	22
5.2.9 Incapacité Totale de Travail	23
6. Discussion.....	24
6.1 Travaux similaires.....	24
6.2 Population des hommes victimes de violences conjugales.....	25
6.3 Mode et délai de consultation	26
6.4 Les auteurs des violences.....	26
6.5 Recours aux soins	28
6.6 Mécanismes lésionnels	28
6.7 Lésions constatées.....	29
6.8 Incapacité Totale de Travail	30
6.9 Impact psychologique et physique.....	30
7. Un travail à venir	32
8. Conclusion.....	33
9. Références	35
10. Table des figures.....	39
11. Annexes	40
11.1 Annexe 1 : Code Pénal.....	40
11.1.1 Article 222-13	40
11.1.2 Article 222-12	42
11.1.3 Article 222-33-2-1	44
11.1.4 Article 222-24	44

1. Introduction

Les violences conjugales faites aux femmes sont aujourd'hui un problème de santé publique reconnu et connu par les professionnels de santé et du droit.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la « violence d'un partenaire intime » par « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (1). Depuis le 1^{er} mars 1994 dans le Code Pénal, la qualité de conjoint, de concubin ou d'ex-conjoint ou concubin est un facteur aggravant de ces violences, entraînant des peines plus importantes (Annexe 1).

Les femmes sont les premières victimes de violences conjugales en terme de fréquence et de sévérité des lésions (2–5). Les conséquences sur la santé en font un problème de santé publique majeur.

Les violences conjugales contre les hommes ont été mises en lumière en 2015 avec l'affaire Maxime Gaget contre Zakia Medkour (6). Les connaissances des professionnels médicaux sur ces violences sont aujourd'hui minces. Une meilleure connaissance du profil des hommes victimes de violences au sein du couple permettrait une amélioration de la prise en charge et de la prévention de ces violences.

2. Etat actuel des connaissances

2.1 Hommes victimes de violences au sein du couple : chiffres officiels

2.1.1 En France

L'observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales estime en France à environ 149 000 le nombre d'hommes de 18 à 75 ans victimes de violences physiques ou sexuelles par un conjoint ou ex-conjoint entre 2012 et 2013 (soit 0,7 % des hommes) contre 398 000 femmes (soit 1,8 % des femmes) (7). En 2013, sur 65 068 cas de violences volontaires par conjoint ou ex-conjoint enregistrés par les services de la sécurité publique et de la gendarmerie nationale, 7136 victimes étaient des hommes, soit 11 % (7). En 2014, 8129 hommes ont déclaré auprès des unités de gendarmerie ou de police des faits de coups et violences volontaires, 8 ont rapporté des faits de viols, 45 des tentatives d'homicide (8).

En 2014, l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple relevait 118 femmes et 25 hommes tués par leur conjoint, soit une femme tous les 3 jours et un homme tous les 14,5 jours (9). Ce chiffre est relativement stable depuis 2010, alors que les femmes victimes sont moins nombreuses chaque année (148 en 2012, 121 en 2013). En étudiant les partenaires des hommes victimes, on remarque que 2 d'entre eux étaient des hommes et 23 des femmes. Les femmes auteurs étaient pour 5 d'entre elles, victimes de violence de la part de leur conjoint. Parmi les hommes violents envers leur partenaire féminin, 18 étaient également victimes.

2.1.2 A l'étranger

En 2013 en Grande Bretagne, 1,2 million de femmes et 700 000 hommes entre 16 et 59 ans déclaraient avoir été victimes de violences au sein du couple sur les 12 derniers mois, soit 7,1 % des femmes et 4,4 % des hommes. Dans la même période, 2 % des

femmes et 0,5 % des hommes rapportaient avoir été victimes de violences sexuelles dans leur couple (10).

Aux Etats-Unis en 2010, la prévalence vie entière d'être victime de violence par le partenaire intime était de 24,3 % pour les femmes et 13,8 % pour les hommes. Dans les 12 derniers mois, 2,7 % des femmes et 2 % des hommes déclaraient avoir été victimes de violences physiques sévères au sein du couple. La prévalence de la violence conjugale selon l'orientation sexuelle pour les hommes était de 29 % pour les hommes hétérosexuels, 37,3 % pour les hommes bisexuels et 26 % pour les hommes homosexuels (11).

2.2 Les mécanismes des violences au sein du couple

2.2.1 Les mécanismes des violences faites aux femmes

Grâce aux connaissances sur les violences faites aux femmes, plusieurs mécanismes ont pu être décrits.

Muriel Salmona, psychiatre spécialiste en victimologie, définit les violences au sein du couple comme un processus d'emprise (12). L'agresseur cherche à obtenir le contrôle et la domination de sa victime, à satisfaire ses propres attentes au détriment de l'autre, en utilisant les sentiments de son partenaire.

Leonore Walker, psychologue spécialiste des violences faites aux femmes, professeur à la Nova Southeastern University, a décrit en 1979 le cycle de la violence en 4 phases qui se succèdent :

1. La phase de tension : l'agresseur crée la crainte et la peur chez sa victime, en mettant en place un climat d'insécurité ;
2. La phase d'agression : passage à l'acte avec violence physique le plus souvent, entraînant un sentiment de terreur et d'impuissance chez la victime ;
3. La phase d'excuse : l'agresseur semble regretter son geste, mais culpabilise sa victime sur les causes de l'agression ;
4. La phase de lune de miel : le couple reprend une relation sans violence ni tension.

L'évolution classique de la violence dans un couple est une accélération de la fréquence et de l'intensité des violences, avec un raccourcissement progressif des 3^e et 4^e phases.

Ces théories ont pour but de décrire uniquement les violences conjugales dont sont victimes les femmes. Actuellement, aucune théorie n'a exploré les violences dont sont victimes les hommes.

2.2.2 La théorie de Johnson

Michael P. Johnson, professeur en sociologie de l'Université du Michigan, a divisé les types de violences conjugales en 4 principales situations (13):

- le terrorisme conjugal (« intimate terrorism »),
- la violence réactive (« violent resistance »),
- la violence situationnelle (« situational couple violence »),
- la violence de contrôle mutuel (« mutual violence control »).

Le terrorisme conjugal est la forme de violence la plus connue par le grand public. Elle est classiquement considérée comme une emprise psychologique et physique d'un partenaire sur l'autre. La volonté de contrôle de l'agresseur augmente le risque de violences physiques (14).

La violence réactive se définit comme une violence ayant lieu en réaction à une agression de la part du partenaire. Elle n'a pas pour but de contrôler l'autre mais de se protéger. Elle a été récemment mise en lumière dans l'affaire « Jacqueline Sauvage ». Cette dernière, condamnée à 10 ans de réclusion en appel en décembre 2015 pour le meurtre de son mari violent, a bénéficié en janvier 2016 de la grâce présidentielle (15).

La violence situationnelle représente des épisodes de violence réciproque au sein du couple, sans tentative de contrôle, sans supériorité d'un partenaire sur l'autre.

La violence de contrôle mutuel correspond à une situation où chacun des partenaires tente de contrôler l'autre. Elle est constituée d'épisodes de violence où les deux partenaires sont violents de façon équivalente, ou violents chacun à leur tour.

L'idée générale de cette théorie est que les hommes sont plus souvent auteurs de terrorisme conjugal, alors que les femmes sont plus souvent auteurs de violence réactive en réponse au premier type de violence. Or, une étude montre que les femmes peuvent également être auteurs de terrorisme conjugal (16). Les violences de contrôle mutuel et les violences situationnelles sont utilisées autant par les hommes que par les femmes, et sont fréquemment regroupées en une seule entité dans les études.

2.3 Les violences conjugales faites aux femmes

La plupart des données de la littérature concernant les violences entre partenaires intimes ont été obtenues auprès de femmes victimes. En effet, les femmes sont plus victimes de violences conjugales que les hommes, et plus souvent victimes de violences sévères (2–5).

A l'échelle internationale, les mentalités sexistes, le faible accès à l'éducation des filles, l'absence de droit à la propriété pour les femmes sont des facteurs favorisant les violences conjugales contre les femmes (17,18).

A l'échelle individuelle, le jeune âge, la consommation excessive d'alcool, la maltraitance dans l'enfance sont des facteurs favorisant les violences au sein du couple chez les femmes. A l'opposé, un haut niveau socio-économique et la réalisation d'études supérieures sont des facteurs protecteurs (19).

En 2005, le coût des violences conjugales a été estimé à 2,472 milliards d'euros en France (20). Les principales conséquences sanitaires sont les conséquences traumatiques directes des violences, mais également l'augmentation de consommation de toxiques et les pathologies psychiatriques (syndrome de stress post-traumatique, dépression, anxiété, conduites suicidaires) (21–26). L'incidence de certaines pathologies somatiques est également plus élevée chez les femmes victimes de violences conjugales. On y retrouve les pathologies intestinales fonctionnelles, la fibromyalgie, les douleurs chroniques, ainsi qu'une altération de l'état de santé et de la qualité de vie (22,25,27–30).

Bien que le mécanisme de terrorisme conjugal soit le plus connu et semble le plus violent pour les femmes, il s'avère en réalité que les situations où les deux partenaires font usage de la violence entraînent des conséquences plus sévères sur la santé des femmes que sur celle des hommes (31–33).

Pour lutter contre ces violences, le quatrième plan de lutte contre les violences faites aux femmes a été lancé en France en 2014. Cependant, il n'existe actuellement aucune politique spécifique menée contre les violences conjugales faites aux hommes.

3. Justification et objectifs

Les violences conjugales faites aux femmes sont un sujet largement documenté en France et dans le monde. Les hommes sont également concernés par ces violences, mais le manque de données sur ce sujet rend leur prise en charge difficile.

L'égalité entre les sexes voudrait que les hommes comme les femmes puissent bénéficier d'une prévention et d'une prise en charge efficace des violences au sein du couple.

L'objectif de cette étude est, dans un premier temps, d'examiner les certificats rédigés pour les hommes victimes de violences conjugales au sein de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rangueil à Toulouse afin de connaître les caractéristiques des hommes victimes de violences conjugales. Dans un second temps, nous comparerons ces certificats à ceux de femmes consultant pour violences conjugales afin de connaître les différences entre ces deux populations.

4. Matériel et Méthode

4.1 Première partie : hommes consultant pour violences conjugales

4.1.1 Population étudiée

Nous avons effectué une étude rétrospective monocentrique sur 10 ans à partir de la base de données des certificats médicaux de l'UMJ du CHU de Rangueil à Toulouse. Le certificat médical de constatation de coups et blessures est rédigé soit à la suite d'une réquisition judiciaire dans le cadre d'un dépôt de plainte, soit sur la demande du patient souvent dans un but judiciaire. Ce centre a été choisi car il permet de recruter un nombre important de victimes dans un même lieu.

Nous avons collecté tous les certificats de consultations d'hommes de 18 ans ou plus, dont le motif de consultation enregistré à l'accueil était « violence par partenaire actuel » ou « violence par ex-partenaire », rédigés entre 2005 et 2014. Les consultations pour violences sexuelles ont été exclues en raison de leur très faible nombre (une seule). Tous les certificats ont été relus afin d'exclure les erreurs de codages.

4.1.2 Données étudiées

Dans les certificats médicaux, nous avons recueilli les informations suivantes : la date de naissance du patient, la date de l'agression, la date de consultation et le délai entre ces deux dates, le sexe de l'agresseur, la situation maritale actuelle (en couple ou séparé), le mode de recours (consultation ou réquisition), le parcours de soin avant la consultation, les mécanismes lésionnels allégués, les lésions constatées, et la durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT).

Dans certains cas, le certificat concernait plusieurs agressions. Si toutes les agressions étaient survenues dans le mois précédent, la date retenue était celle de

l'agression la plus ancienne. Si toutes les agressions étaient survenues depuis plus d'un mois ou si les dates d'agression étaient pour certaines supérieures à un mois et pour d'autres inférieures à un mois, la date d'agression la plus récente était retenue.

Lorsque plusieurs certificats avaient eu lieu pour une même personne, l'âge pris en compte était celui du premier certificat. La situation maritale correspondait à celle en cours lors de la rédaction du certificat, et pouvait être différente d'un certificat à un autre pour une même personne.

Nous avons ensuite évalué le recours aux soins avant la consultation : aucun recours, consultation d'un médecin généraliste, consultation aux urgences, hospitalisation. Dans le cas où plusieurs recours avaient eu lieu, nous avons retenu le recours considéré comme le plus « grave » (hospitalisation, puis urgences, puis médecin généraliste).

Concernant l'agression, nous avons relevé le type de mécanisme lésionnel de la façon suivante : arme naturelle (AN) (coup de poing, coup de pied, griffure, morsure, bousculade, empoignade, strangulation, écrasement), objet (piquant/tranchant, contondant, chaleur/chimique, véhicule, objet autre) et autre. L'empoignade incluait les contentions manuelles, les tractions de cheveux, les agrippements. La bousculade incluait les poussées et les chutes provoquées. Les violences psychologiques (menaces, insultes, séquestration) ont été classées dans la catégorie « autre ». Nous avons également relevé le nombre de mécanismes lésionnels allégués pour chaque certificat. Jusqu'à trois types de mécanismes étaient précisés par certificat. Au-delà de trois mécanismes, les mécanismes suivants n'étaient pas précisés.

Ensuite, nous avons relevé le type lésionnel constaté : lésion cutanée superficielle (ecchymose, érosion, hématome), plaie, fracture, atteinte vasculaire ou viscérale, brûlure. Nous avons également relevé le nombre de lésions par certificat, et leur localisation (extrémité céphalique, tronc, membres supérieurs, membres inférieurs). Jusqu'à deux types de lésions étaient spécifiées en privilégiant les lésions considérées comme les plus à risque (atteinte viscérale/vasculaire puis fracture puis brûlure puis plaie puis lésion cutanée superficielle).

Les données manquantes n'ont pas été incluses dans les statistiques.

4.2 Deuxième partie : comparaison hommes et femmes

Dans un deuxième temps, nous avons souhaité comparer les hommes consultant pour violences conjugales aux femmes consultant pour le même motif. Nous avons donc réalisé

un tirage au sort de certificats témoins de femmes consultant pour violences conjugales dans la même période.

Afin d'obtenir un nombre d'individus similaire entre hommes et femmes, nous avons tiré au sort un nombre de consultations pour les femmes inférieur de 5 % au nombre de consultations que nous avons pour les hommes.

Ensuite, pour les individus femmes qui avaient été sélectionnés, nous avons récupéré tous les certificats réalisés entre 2005 et 2014, en plus de ceux qui avaient déjà été tirés au sort. Les certificats pour violences sexuelles ont été exclus.

Nous avons ensuite étudié les données de ces certificats de la même façon que pour les hommes.

La comparaison des données a été réalisée avec des tests de Chi-deux, et les comparaisons de moyenne avec le test de Student grâce au logiciel Microsoft Excel. La comparaison des délais de consultations a été faite avec une analyse de la variance grâce au logiciel R. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

Afin de mettre en évidence des correspondances entre les différentes données relevées, nous avons effectué une analyse factorielle des correspondances entre les localisations lésionnelles et les mécanismes lésionnels avec le logiciel R.

5. Résultats

5.1 Première partie : hommes consultant pour violences conjugales

5.1.1 Population

Entre 2005 et 2014, 823 certificats ont été réalisés à l'UMJ du CHU de Ranguel pour des hommes dont le motif de consultation enregistré à l'accueil était « violence par partenaire actuel » ou « violence par ex-partenaire ». Après relecture des certificats et exclusion des erreurs de codage et des violences sexuelles, 712 certificats ont été inclus.

Au total, ces 712 certificats correspondaient à 641 individus. On remarque que 47 hommes ont consulté plus d'une fois entre 2005 et 2014 soit 7 % d'entre eux. Parmi eux, 35 ont consulté à 2 reprises, 7 hommes à 3 reprises, 3 hommes à 4 reprises, un homme à 5 reprises et un homme à 10 reprises.

5.1.2 Âge des hommes

L'âge moyen était de 41 ans avec un écart type de 12 ans, l'âge médian de 39 ans. L'âge minimum était de 19 ans et le maximum de 87 ans (Figure 1).

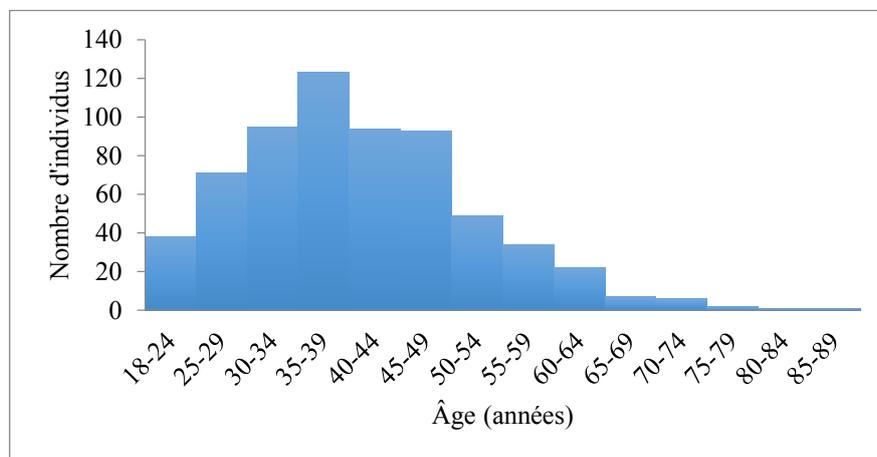


Figure 1 : Répartition des âges des hommes victimes

5.1.3 Mode et délai de consultation

Sur les 712 certificats, 422 ont été réalisés sur réquisition judiciaire, soit 59,3 %. Les autres certificats avaient été rédigés sur demande du patient.

La médiane du délai de consultation était de 2 jours (Figure 2). Le délai de consultation minimum était 0 jour et le délai maximum était de 271 jours. Dans 6 certificats, la date d'agression n'était pas renseignée.

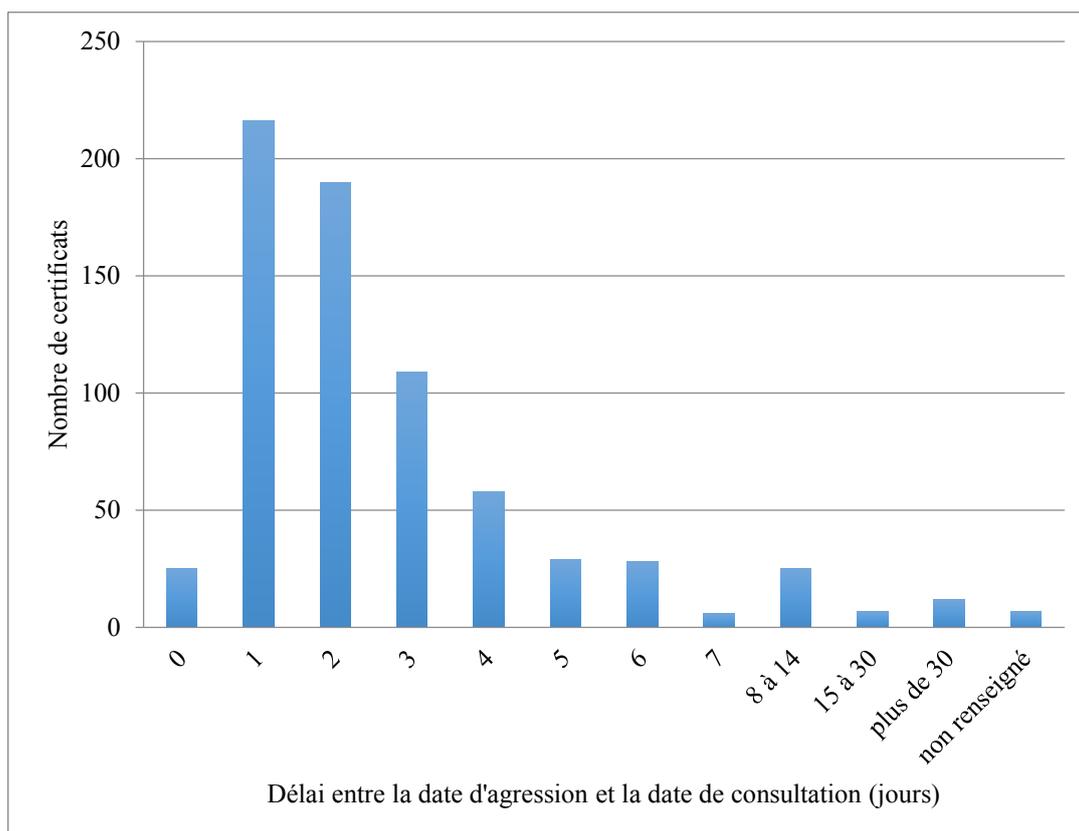


Figure 2 : Délai entre la date d'agression et la consultation

5.1.4 Les auteurs

Sur les 712 certificats, on notait 657 agressions par une femme (92 %) et 18 agressions par un homme (3 %). Sur 37 certificats, le sexe de l'agresseur n'était pas renseigné.

Dans 525 certificats, l'agresseur était le partenaire actuel de la victime (74 %). Dans 187 certificats, l'agresseur était l'ancien partenaire de la victime (26 %) (Figure 3).

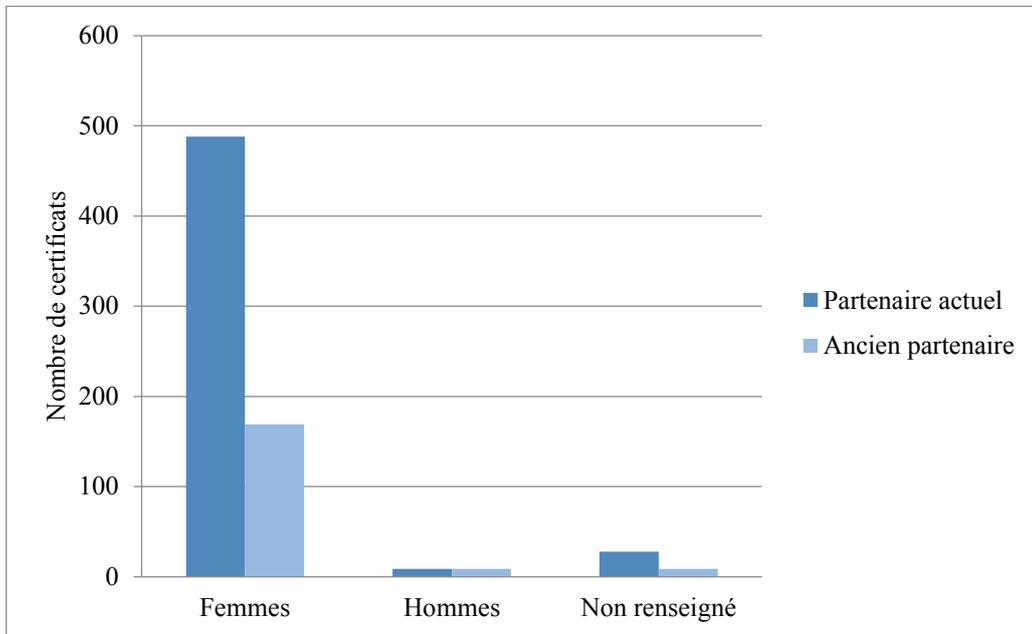


Figure 3 : Les auteurs de violences contre les hommes

5.1.5 Le parcours de soins

La consultation à l'UMJ n'avait pas été précédée d'un recours aux professionnels de santé dans 49,1 % des cas. Les recours les plus fréquemment utilisés étaient la consultation aux urgences (31,4 %) puis la consultation en médecine générale (16,3 %) (Figure 4).

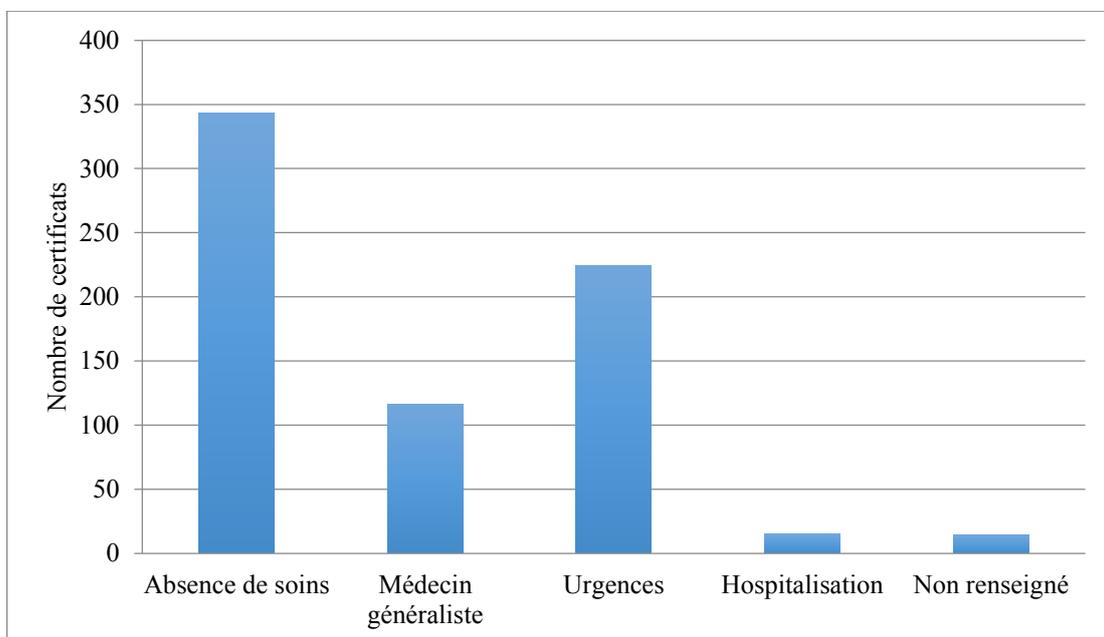


Figure 4 : Parcours de soin des hommes victimes

5.1.6 Mécanismes lésionnels allégués

Les armes naturelles étaient les mécanismes lésionnels les plus fréquemment cités. On retrouvait dans 34,3 et 33,2 % des certificats les coups de poing puis les griffures. Dans 24,1 % des certificats était rapportée l'utilisation d'objet ne correspondant pas aux critères « piquant/tranchant » ou « contondant » ou « chaleur/chimique » (Figure 5).

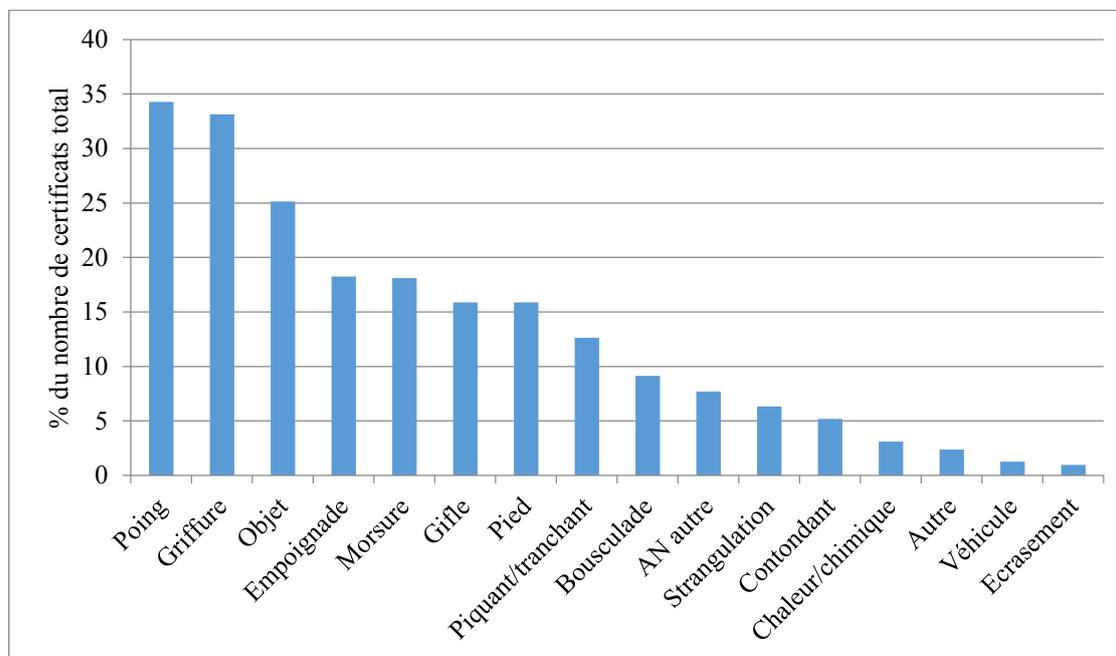


Figure 5 : Mécanismes lésionnels allégués des hommes victimes

Le nombre de mécanismes lésionnels allégués médian était de 2. Dans 117 cas, on retrouvait au moins 4 mécanismes lésionnels.

5.1.7 Lésions constatées

Cinquante-six certificats ne citaient aucune lésion (7,9 %). Dans 124 certificats, une seule lésion était constatée (17,4 %). Sur les 532 certificats restants (74,7 %), on notait la présence d'au moins deux lésions.

Le type de lésion le plus retrouvé était la lésion cutanée superficielle (ecchymose, hématome, érosion cutanée) dans 86,1 % des consultations. Ensuite on retrouvait les plaies (16,3 %), les lésions vasculaires ou viscérales et les fractures en proportion similaire (2,4 et 2,2 %), puis les brûlures (1,0 %) (Figure 6).

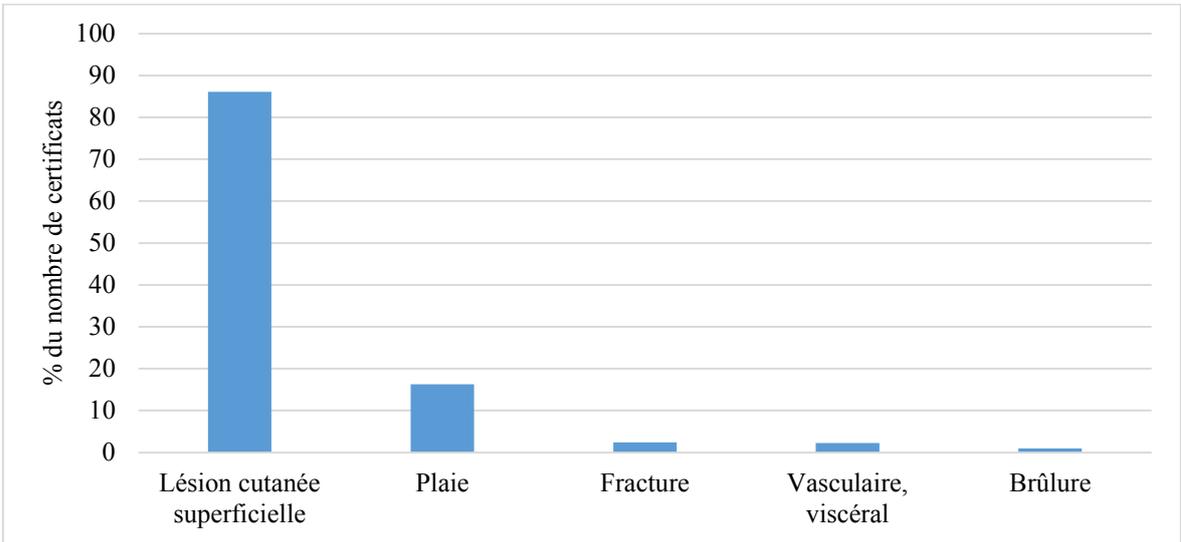


Figure 6 : Type lésionnel constaté chez les hommes

5.1.8 Localisation lésionnelle

La localisation la plus fréquente était l'extrémité céphalique avec 61,1 % des certificats concernés. Puis on retrouvait une atteinte des membres supérieurs dans 57,4 % des certificats, du tronc dans 30 % des certificats, et enfin des membres inférieurs dans 17 % des certificats (Figure 7).

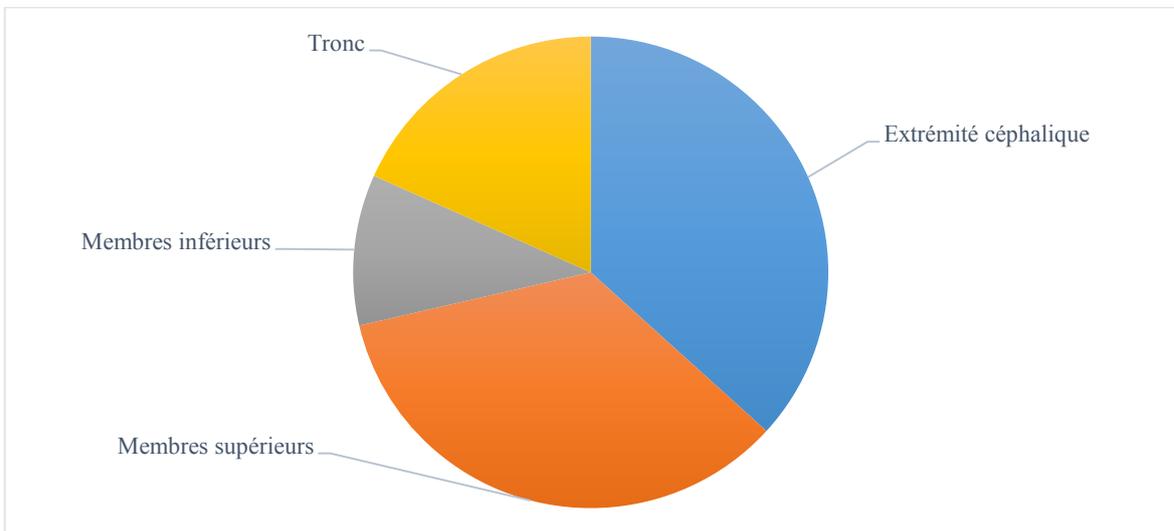


Figure 7 : Localisation des lésions des hommes victimes

5.1.9 Incapacité Totale de Travail

Sur 2 certificats, l'ITT n'était pas renseignée. Dans 66,7 % des certificats, il n'y avait pas d'Incapacité Totale de Travail. Dans 21 % des certificats, la durée d'ITT retenue est de

un jour, et dans 10,5 % des cas de deux jours. On ne trouvait pas d'ITT supérieure à quatre jours.

5.2 Deuxième partie : comparaison hommes et femmes

5.2.1 Population

Nous avons initialement tiré au sort 671 certificats de femmes dont le motif de consultation enregistré à l'accueil était « violence par partenaire actuel » ou « violence par ex-partenaire ». Ces certificats correspondaient à 649 individus. Nous avons ensuite récupéré la totalité des certificats réalisés entre 2005 et 2014 pour ces individus.

Au final, nous avons obtenu un total de 865 certificats pour 649 femmes ayant consulté pour violences conjugales à l'UMJ du CHU de Rangueil à Toulouse entre 2005 et 2014.

Parmi ces 649 femmes, 516 avaient consulté une seule fois entre 2005 et 2014, 88 avaient consulté à deux reprises, et 28 avaient eu trois consultations. Dix-sept femmes avaient consulté entre 4 et 15 fois.

La proportion de femmes ayant consulté plus d'une fois (20,5 %) était significativement plus élevée que pour les hommes (7,3 %) ($\chi^2 = 46,52$ et $p < 0,001$).

5.2.2 Comparaison des âges

Chez les femmes, on retrouvait un âge moyen de 36 ans, avec un écart type de 11 ans. L'âge médian était de 35 ans et l'âge maximum de 77 ans (Figure 8). Lors de la comparaison avec les hommes, on retrouvait une moyenne d'âge significativement plus élevée chez les hommes ($t = 7,80$, $p < 0,001$).

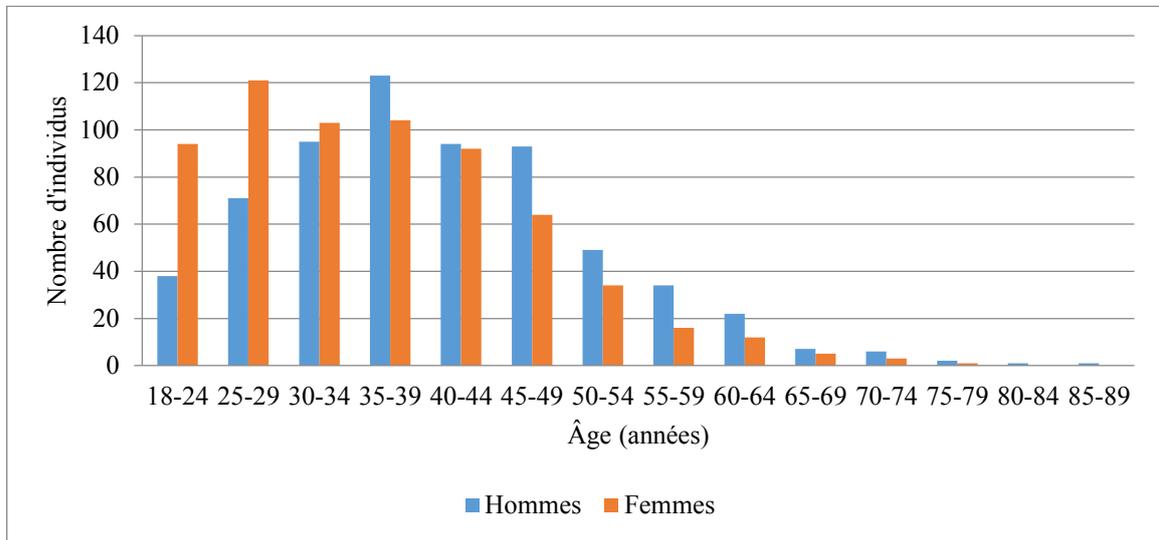


Figure 8 : Age des hommes et des femmes

5.2.3 Mode et délai de consultation

Parmi les certificats, 66,1 % avaient été réalisés sur réquisition judiciaire, contre 59,3 % chez les hommes ($\chi^2 = 7,88$, $p = 0,005$).

Le délai de consultation médian observé était de 2 jours. Il est identique à celui constaté pour les hommes (F value = 0,116, $p = 0,733$) (Figure 9).

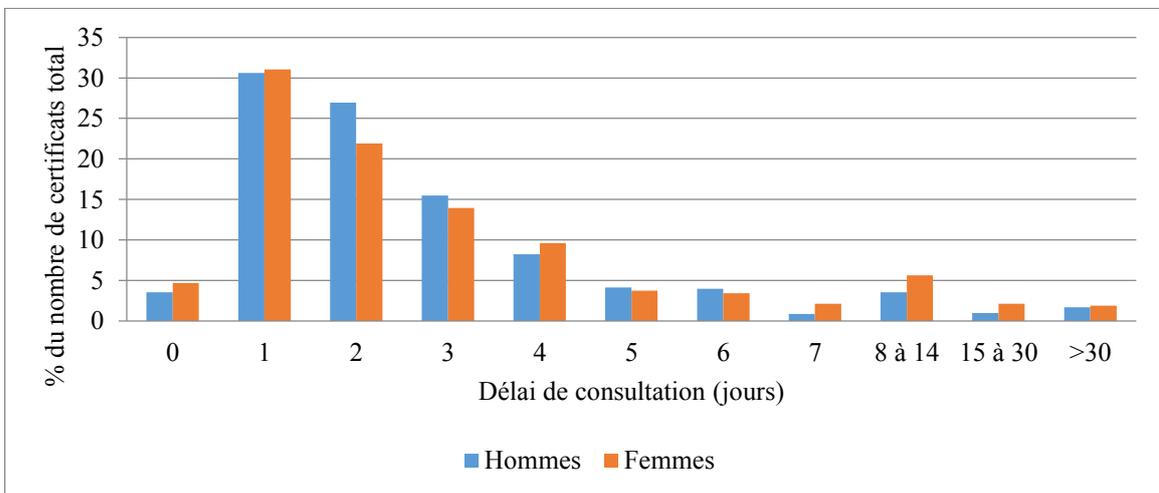


Figure 9: Délai de consultation des hommes et des femmes

5.2.4 Les auteurs

Sur les certificats rédigés pour les femmes victimes de violences conjugales, aucun auteur femme n'avait été enregistré. Dans 45 certificats, le sexe de l'agresseur n'était pas mentionné.

L'agresseur était le partenaire actuel dans 76,7 % des certificats, et l'ancien partenaire dans 23,1 % des certificats. Le statut marital actuel n'était pas renseigné dans 2 certificats soit 0,2 %. On ne trouvait pas de différence concernant le statut marital entre les hommes et les femmes victimes ($\chi^2 = 1,78$, $p = 0,156$).

5.2.5 Le parcours de soins

Pour les femmes victimes, près de la moitié des consultations n'avaient pas été précédées d'une prise en charge par un professionnel de santé (49,8 %), sans différence significative avec les hommes ($\chi^2 = 2,26$, $p = 0,133$) (Figure 10). Il n'y avait pas de différence concernant les consultations chez le médecin généraliste ni pour les hospitalisations. Par contre, le recours aux urgences était plus fréquent chez les hommes ($\chi^2 = 9,56$, $p = 0,002$). Le mode de recours n'était pas renseigné dans 6,2 % des certificats chez les femmes.

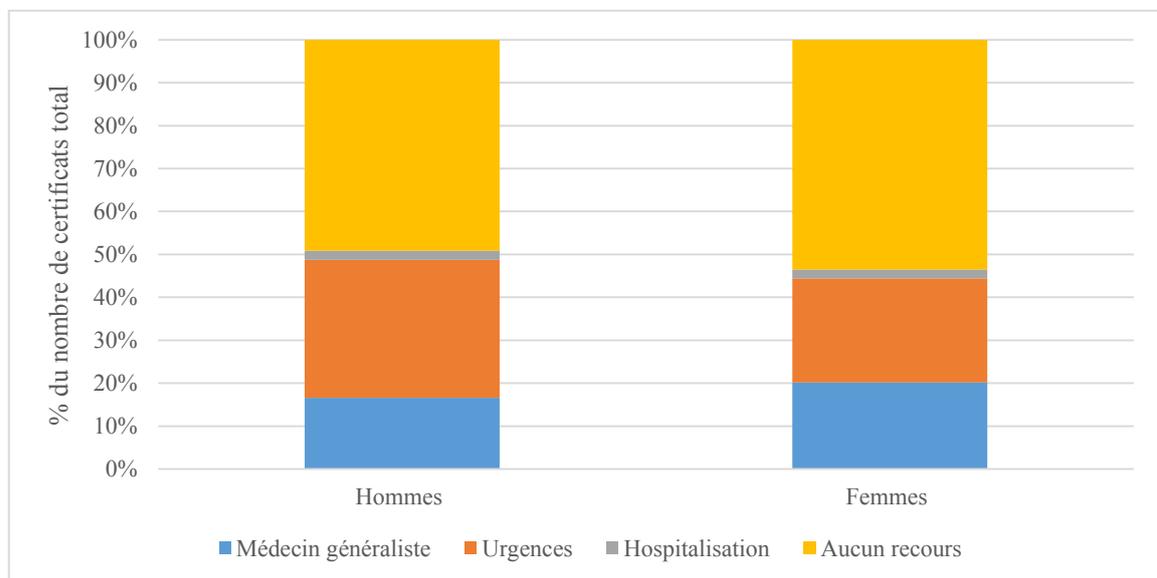


Figure 10 : Parcours de soin des hommes et des femmes victimes

5.2.6 Mécanismes lésionnels allégués

Le mécanisme le plus fréquemment cité était la bousculade (45,2 % des certificats), puis les coups de poing (43,7 %) et les empoignades (41,5 %). Aucun mécanisme lésionnel allégué n'avait été rapporté dans 3 certificats pour les femmes (violences conjugales sans précision ou amnésie des faits).

La Figure 11 montre la fréquence des mécanismes allégués selon le sexe de la victime.

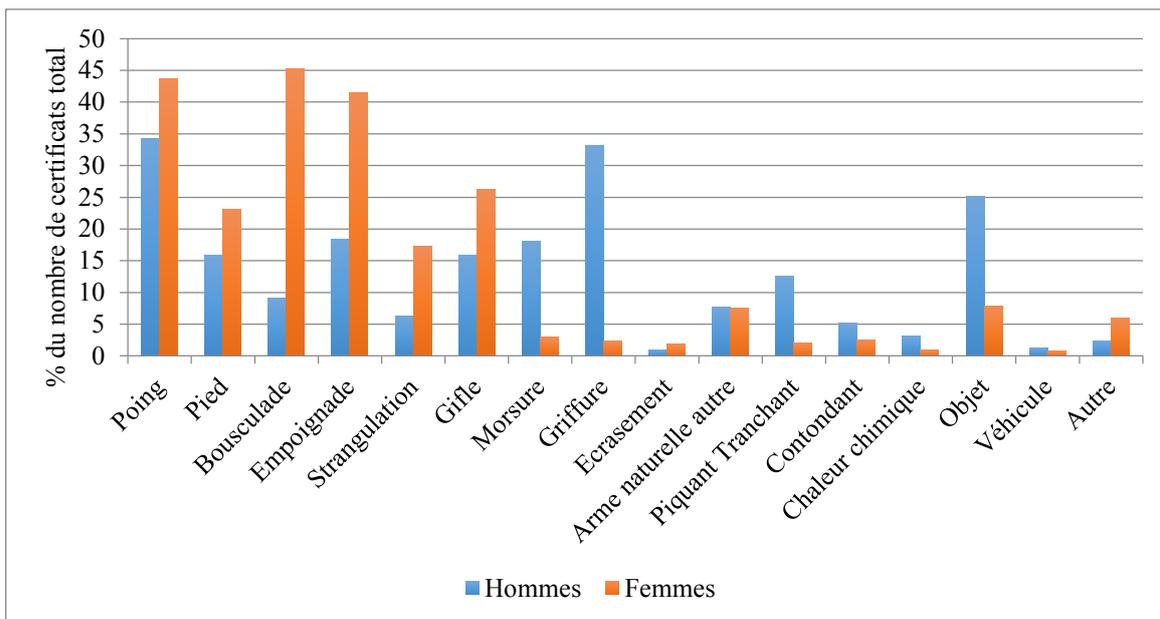


Figure 11 : Mécanismes lésionnels allégués chez les hommes et les femmes victimes

La comparaison avec les hommes montre une fréquence plus élevée des mécanismes par coups de poing ou de pied, bousculade, empoignade, strangulation et gifle chez les femmes ($p < 0,05$). Les hommes étaient plus victimes de mécanismes tels que les griffures, morsures, et les coups avec objet piquant, tranchant ou contondant, ou par mécanisme de chaleur ou chimique ($p < 0,05$).

Dans 20 % des certificats, on retrouvait un seul mécanisme lésionnel. Dans 27,7 % des certificats, plus de 3 mécanismes lésionnels étaient rapportés (Figure 12).

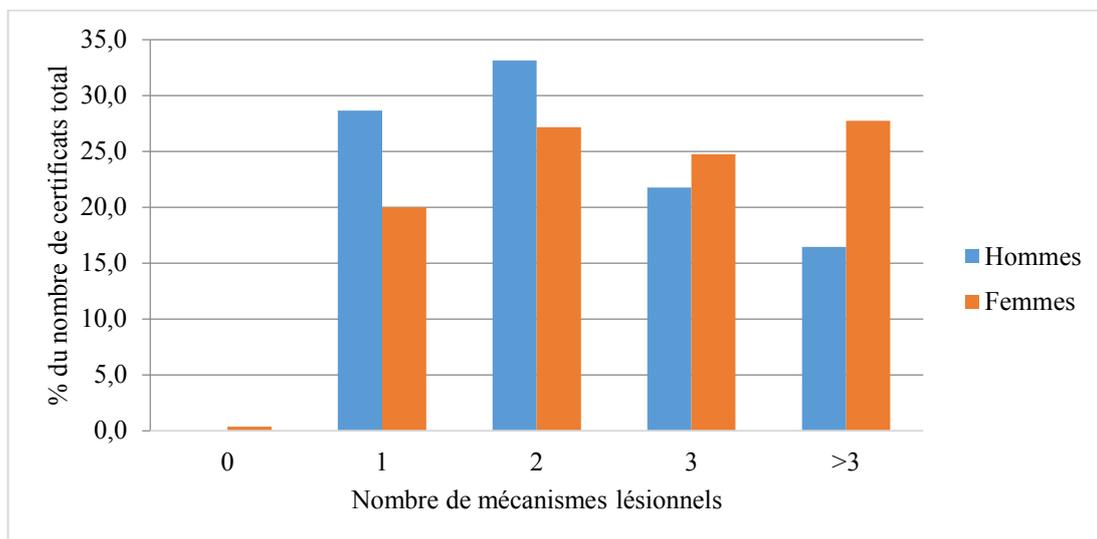


Figure 12: Nombre de mécanismes lésionnels pour les hommes et les femmes

5.2.7 Lésions constatées

On retrouvait significativement plus de certificats où aucune lésion n'était relevée chez les femmes ($\chi^2 = 20,34$, $p < 0,001$), et plus de certificats où au moins deux lésions étaient retrouvées chez les hommes ($\chi^2 = 5,08$, $p = 0,02$).

Les lésions les plus retrouvées chez les femmes étaient les lésions cutanées superficielles, puis les plaies, puis les fractures (Figure 13).

La comparaison des types de lésions constatées montre une proportion plus importante de lésions cutanées superficielles ($\chi^2 = 4,16$, $p = 0,041$), de plaies ($\chi^2 = 22,06$, $p < 0,001$), et de lésions vasculaires ou viscérales ($\chi^2 = 11,85$, $p = 0,001$) par certificat chez les hommes que chez les femmes. Il n'y avait pas de différences significatives constatées concernant les fractures, ni pour les brûlures qui étaient peu fréquentes dans les deux groupes.

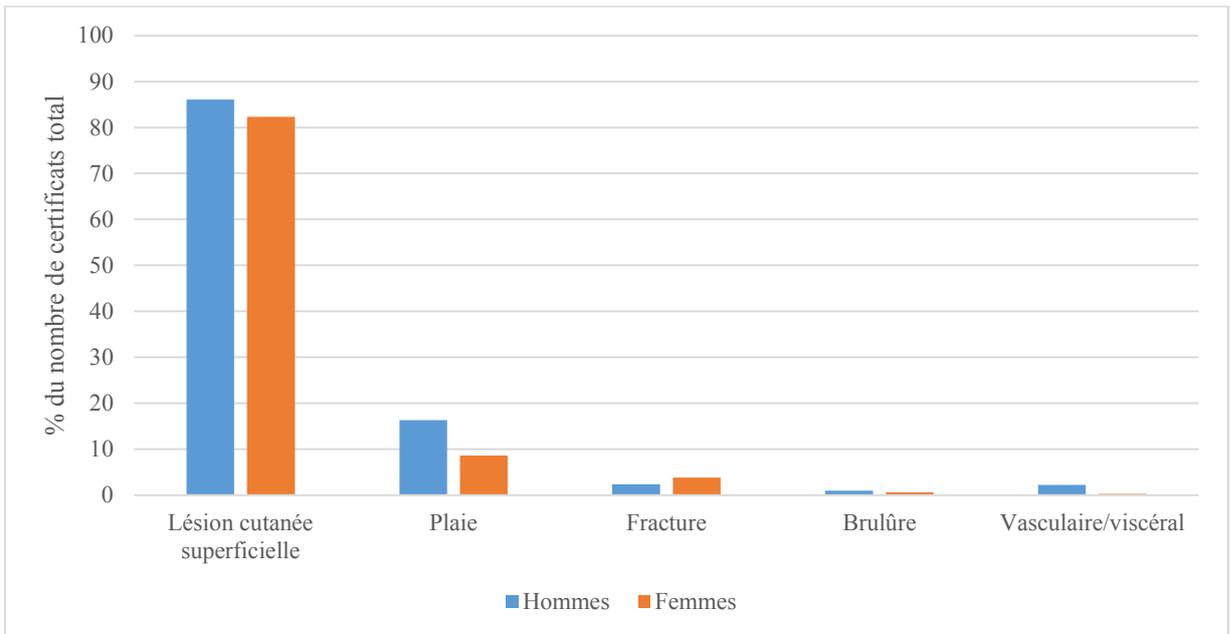


Figure 13 : Types lésionnels retrouvés chez les hommes et les femmes

5.2.8 Localisation lésionnelle

On retrouve des différences dans la localisation des lésions. Les lésions de l'extrémité céphalique et du tronc étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes ($\chi^2 = 16,91$, $p < 0,001$ et $\chi^2 = 9,12$, $p = 0,003$). Il n'y avait pas de différence de fréquence des lésions des membres supérieurs. Les lésions des membres inférieurs étaient plus fréquentes chez les femmes ($\chi^2 = 92,68$, $p < 0,001$) (Figure 14).

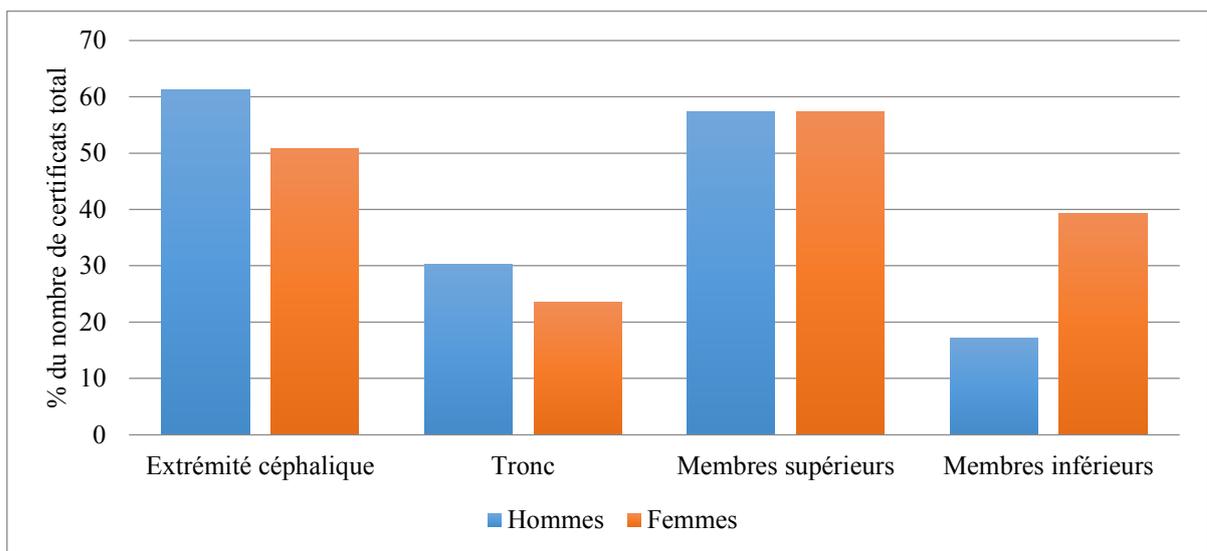


Figure 14 : Localisation lésionnelle chez les hommes et femmes victimes

5.2.9 Incapacité Totale de Travail

On retrouvait chez les femmes une durée d'ITT plus élevée (Figure 15). La moyenne est de 0,86 avec un écart type de 1,85 (contre 0,47 et 0,77 pour les hommes) ($t = 5,26$, $p < 0,001$). La durée d'ITT maximale chez les femmes est de 30 jours, contre 4 chez les hommes. Chez les femmes on retrouvait une ITT supérieure à 8 jours dans 1,4 % des certificats.

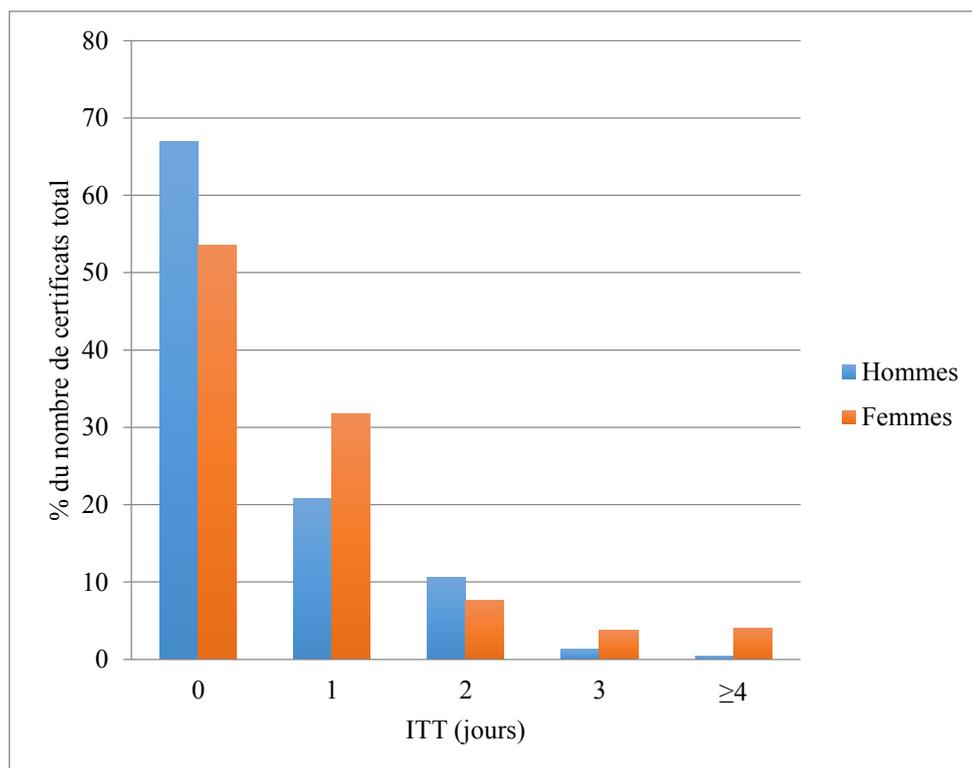


Figure 15 : ITT pour les hommes et les femmes victimes

6. Discussion

6.1 Travaux similaires

La recherche bibliographique nous a permis de trouver plusieurs travaux comparables au notre en France et à l'étranger.

Thureau et son équipe, à l'université de Rouen, ont publié en 2015 une étude prospective sur tous les hommes et femmes consultant pour violences conjugales au centre de médecine légale sur une année (34). Leur travail incluait 81 hommes et 626 femmes. Cependant, il ne mentionnait pas les patients ayant consulté à plusieurs reprises. Notre analyse sur 10 ans nous permet d'avoir un nombre de patients plus important et plus représentatif.

En 2011, Carmo a présenté une étude rétrospective sur 3 ans incluant tous les hommes victimes de violences conjugales enregistrés à l'Institut National de Médecine Légale du Portugal entre 2007 et 2009 (35). Cinq cent trente-cinq hommes âgés de 18 ans ou plus ont été inclus. Comme pour le travail de Thureau, l'interprétation des données pour les personnes ayant consulté à plusieurs reprises n'a pas été précisée. Cette étude relevait également les caractéristiques sociodémographiques des victimes, les violences psychologiques, les addictions, les pathologies psychiatriques et les antécédents de victimisation dans l'enfance.

En 2007, Hines, du Département de Justice Criminelle de l'Université du Massachussetts, a réalisé une étude concernant les personnes appelant la ligne téléphonique d'aide aux hommes victimes de violences conjugales (36). Cent quatre-vingt-dix hommes ayant appelé cette ligne entre janvier 2002 et novembre 2003 ont été étudiés. Les données collectées concernaient la victime, le type d'agression et les caractéristiques de l'agresseur (consommation de toxiques, pathologies psychiatriques). Ces données étaient rapportées par la victime, avec un biais de déclaration possible.

Ces travaux ont de nombreux points communs avec les recherches effectuées ici et vont nous permettre de discuter notre travail.

6.2 Population des hommes victimes de violences conjugales

Entre 2005 et 2014, 50 013 certificats ont été réalisés aux consultations de l'UMJ dont 27 111 (54,2 %) pour des hommes. Parmi ces patients, 823 ont été enregistrés à l'accueil en tant que victimes de violences conjugales, et après exclusion des erreurs de codage et des violences sexuelles, 712 ont été inclus pour notre travail.

Pendant la même période, 22 902 femmes ont consulté à l'UMJ, et 7 244 ont été enregistrées en tant que victimes de violences conjugales. Les hommes représentent ainsi 12,8 % du total des victimes de violences conjugales.

Ce chiffre est comparable aux statistiques de l'Observatoire National de la Délinquance où 11 % des victimes de violences volontaires par leur conjoint sont des hommes (7). Les travaux de Thureau et Carmo montraient une proportion d'hommes similaire (11,5 % et 13 %) (34,35). Ces chiffres sous-estiment probablement le nombre réel d'hommes victimes de violences conjugales. En effet, ceux-ci sont moins enclins à rapporter des faits d'agression conjugale que les femmes (37,38).

Les patients inclus dans ce travail étaient uniquement des personnes réalisant une consultation pour coups et blessures volontaires au sein du CHU de Toulouse. Lors de la rédaction de ce certificat, les lésions constatées sont rapportées. Or, les lésions physiques sont plus faciles à inventorier que les conséquences psychologiques des violences. Il est donc probable que les personnes ayant été victimes de violences conjugales autre que physiques (psychologiques, économiques) se présentent moins pour la rédaction d'un certificat de coups et blessures, et soient peu présentes dans notre étude, d'où un possible biais de sélection.

L'âge moyen des hommes consultant pour violences conjugales était de 41 ans, ce chiffre est comparable aux travaux de Carmo et de Hines (35,36). On retrouve dans notre travail un âge significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes consultant pour violences conjugales. Actuellement, il n'existe pas d'étude pouvant expliquer cette différence d'âge.

Quelques travaux ont étudié les facteurs de risque pour les hommes d'être victimes de violences. Les hommes présentant des pathologies psychiatriques dans l'adolescence ou ayant des antécédents de violences conjugales en tant que victimes ont un risque significativement augmenté d'être victimes de violences intimes (23). L'étude de Hines montrait que les hommes victimes de violences conjugales exerçaient des professions

plutôt considérées comme « masculines » (policiers, sapeur-pompiers, militaires), des professions à haut niveau social, ou étaient sans emploi (36).

6.3 Mode et délai de consultation

Le délai de consultation médian retrouvé est de 2 jours pour les hommes et les femmes. Ce délai de quelques jours peut correspondre au temps nécessaire entre le dépôt de plainte et l'obtention d'une consultation, et également aux week-ends pendant lesquels les consultations ne sont pas réalisées.

Certaines consultations ont été réalisées sur des violences anciennes, dans le cadre d'une procédure pénale. Les faits remontaient parfois à plusieurs années. C'est pourquoi le délai de consultation moyen n'a pas été mesuré. Dans ce cas, les lésions physiques étaient souvent absentes.

Dans ce travail, les certificats rédigés sur réquisition étaient plus fréquents pour les femmes que pour les hommes. Cela pourrait confirmer les difficultés des hommes victimes de violences conjugales à porter plainte contre leur agresseur, ou le défaut de prise en charge par les professionnels de la justice.

On remarque que 20,5 % des femmes avaient consulté à plusieurs reprises contre 7,3 % des hommes. Cette proportion plus importante pourrait s'expliquer soit par une durée des violences plus importante chez les femmes, soit encore par une sous-déclaration des violences chez les hommes.

6.4 Les auteurs des violences

Pour les hommes comme pour les femmes, l'auteur des violences était dans près de trois quarts des cas le partenaire actuel. Le type d'union n'était pas spécifié dans tous les certificats (mariage, PACS, concubinage). Il n'a donc pas été renseigné dans cette étude.

Notre travail s'est surtout intéressé aux hommes victimes et a peu étudié les auteurs de violences envers les hommes, contrairement à d'autres études. Cependant, les données obtenues auraient été déclaratives de la part de la victime.

Dans les études questionnant les hommes et les femmes sur la violence conjugale, les hommes rapportaient moins que les femmes avoir été violents avec leur partenaire (39–42). Ces chiffres sont tout à fait discordants des chiffres attendus, mais ils peuvent être expliqués par un biais de déclaration. Le fait d'être auteur de violence au sein du couple

pourrait être plus mal vu pour les hommes que pour les femmes, et donc peu avouable dans des questionnaires ou des entretiens. Une méta-analyse montrait en effet que, pour des violences équivalentes, les hommes étaient plus susceptibles d'être arrêtés que les femmes (37).

Plusieurs études ont cherché à identifier les femmes auteurs de violences envers leur partenaire intime. Une étude sur 107 femmes auteurs en 2005 retrouvait une probabilité plus élevée de difficultés socioéconomiques, de difficultés d'attachement, d'antécédents de victimisation, des troubles psychiatriques et d'abus de substances (43).

Les femmes auteurs sont souvent des anciennes victimes de violences conjugales (9,44). Les motivations évoquées chez les femmes auteurs de violences sont le plus souvent la défense, la revanche, la protection, la difficulté de régulation des émotions, et la provocation (31,45–47). Dans ces situations de violence mutuelle, l'évolution va vers une escalade de la violence. Plus les femmes sont victimes de violences sévères, plus elles sont violentes en retour, avec pour effet une poursuite des violences et des conséquences plus importantes pour la santé des femmes comme vu précédemment (48).

Une étude confirme l'idée que les hommes victimes de violence par leur partenaire ont une probabilité significative d'avoir été également auteurs de telles violences (49). Cela correspond à trois des mécanismes de violences décrits par Johnson : les hommes violents victimes de violence réactive, les violences situationnelles et les violences de contrôle mutuel (13).

Il aurait été intéressant pour notre travail de savoir si les partenaires des patients inclus avaient également consulté pour violences conjugales. Ces données auraient permis d'étayer les mécanismes de violence situationnelle et de violence de contrôle mutuel. Cependant, ces observations sont difficilement réalisables pour les couples non mariés.

En 2010, une méta analyse montrait une prévalence plus élevée des violences conjugales chez les hommes homosexuels par rapports aux hétérosexuels (50). Cependant, on retrouve dans notre travail une proportion très faible d'agressions entre partenaires homosexuels, alors que les deux partenaires auraient pu être potentiellement inclus. Seuls 3 % des certificats mentionnaient une agression conjugale par un homme. Ces résultats sont comparables avec ceux obtenus en 2011 par Carmo (35). Dans cette étude, sur 535 cas d'hommes victimes, tous les agresseurs étaient des femmes. Cela pourrait être expliqué par une réticence plus grande des hommes homosexuels à chercher de l'aide et à effectuer des démarches pénales, étant donné la stigmatisation de leur orientation sexuelle.

6.5 Recours aux soins

Les recours aux soins les plus fréquemment relevés pour les deux groupes étaient la consultation aux urgences puis la consultation en médecine générale. Le recours au médecin généraliste a été sous-estimé, car seul le recours considéré comme le plus « grave » a été renseigné. Les médecins urgentistes et généralistes sont donc en première ligne dans la prise en charge de ces violences.

On remarque que près de la moitié des hommes et des femmes consultant pour des violences conjugales n'avaient pas eu recours aux soins avant. Cependant, il ne s'agit que des hommes et femmes ayant déjà entamé une démarche de prise en charge par la réalisation du certificat de coups et blessure. Il reste probablement une part d'hommes victimes n'ayant eu aucune prise en charge judiciaire ou médicale.

6.6 Mécanismes lésionnels

Dans notre étude, les mécanismes lésionnels les plus en cause sur les hommes étaient les griffures, les morsures et l'utilisation d'objets (souvent des objets de la vie quotidienne). Les mécanismes lésionnels les plus retrouvés chez les femmes sont les coups de poing, les coups de pied, les bousculades, les empoignades, les strangulations et les gifles.

Une méta analyse réalisée en 2001 par Archer mettait en évidence les mêmes mécanismes, selon le sexe de l'agresseur (51). Ces résultats sont également comparables avec ceux obtenus par l'équipe de Carmo (35). Dans cette étude, les mécanismes les plus fréquents étaient les griffures (18,9 %), les coups de poing (16,7 %) et l'utilisation d'objets contondants (16,6 %). Thureau a également montré une prévalence importante de coups avec objets chez les hommes (34).

Lors de la rédaction du certificat, les commémoratifs sont rapportés par le patient. Certaines données telles que le sexe de l'agresseur, la relation avec l'agresseur, la date d'agression, les mécanismes lésionnels, le recours aux soins sont potentiellement modifiables par le patient, par souhait de désirabilité sociale, ou afin d'obtenir une durée d'ITT plus favorable. Elles doivent donc être étudiées avec un regard critique.

6.7 Lésions constatées

Dans la grande majorité des certificats, on retrouvait un seul type de lésion correspondant à une atteinte cutanée superficielle (ecchymose, érosion cutanée, hématome). L'étude réalisée par Thureau différenciait les lésions entre « lésions cutanées » (« skin lesions ») et « blessures importantes » (« serious injury »). Cette différenciation semble pertinente. En effet, les blessures importantes étudiées dans notre travail (plaie, brûlure, atteinte vasculaire ou viscérale, fracture) sont moins fréquentes et pourraient être traitées à part car elles ont des retentissements différents.

On retrouve plus fréquemment chez les hommes des lésions cutanées superficielles, des plaies et des lésions vasculaires ou viscérales. Le grand nombre de plaies et de lésions vasculaires et viscérales chez les hommes peut être mis en parallèle avec l'utilisation plus fréquente d'objets, notamment piquants ou tranchants.

Les lésions des membres inférieurs sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Grace à une analyse factorielle des correspondances, nous avons pu rapprocher le type de mécanisme lésionnel et la localisation. On constate la proximité de plusieurs variables chez les femmes (Figure 17):

- l'atteinte de l'extrémité céphalique et le mécanisme de gifle et de strangulation,
- l'atteinte du tronc et des membres supérieurs et les empoignades et coups de poing,
- l'atteinte des membres inférieurs et les bousculades et coups de pied.

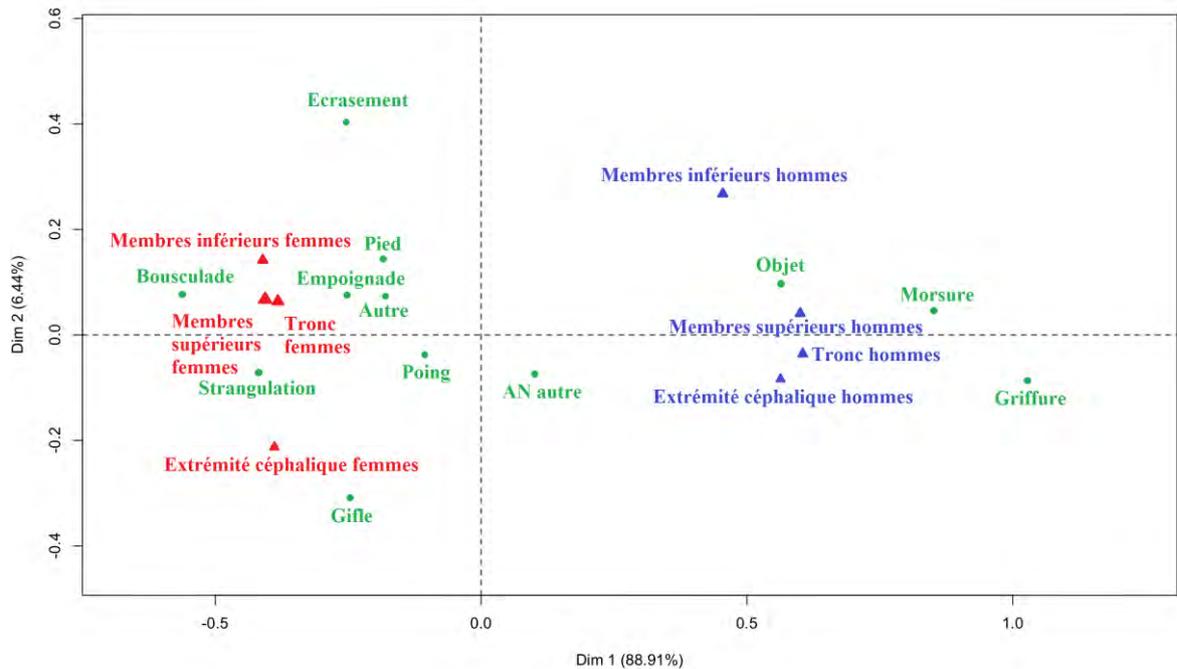


Figure 16: Analyse factorielle des correspondances entre le mécanisme lésionnel et la localisation lésionnelle selon le sexe

6.8 Incapacité Totale de Travail

L'ITT n'avait pas dépassé 4 jours pour les 712 consultations réalisées pour les hommes victimes de violences conjugales. Pourtant, comme vu précédemment, la fréquence des lésions cutanées, des plaies et des lésions vasculaires ou viscérales, et le nombre de consultations avec au moins deux lésions étaient plus importants que pour les femmes.

Cependant, l'évaluation de l'ITT est très variable selon le médecin rédigeant le certificat, le moment où ce certificat est rédigé, et selon la victime concernée. Ils sont donc difficilement comparables entre eux.

6.9 Impact psychologique et physique

L'impact psychologique des violences conjugales n'a pas été étudié dans ce travail. L'étude réalisée par Thureau montrait un retentissement psychologique des violences plus important chez les femmes que chez les hommes (34). Dans notre travail, le retentissement psychologique était rarement mentionné dans les certificats rédigés pour les hommes. Afin d'éviter un biais de mesure, nous avons choisi de ne pas renseigner ce critère.

Dans la littérature, les conséquences des violences au sein du couple sur la santé diffèrent entre les hommes et les femmes. Les hommes ont globalement un impact psychologique et psychiatrique moins important de ces violences (23,34). La qualité de la relation est également moins impactée par les violences pour les hommes que pour les femmes (52).

Cependant, les violences au sein du couple sont liées à d'autres altérations de l'état de santé chez les hommes : augmentation du risque d'infection au VIH, augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, pathologies chroniques, dépression (5,25,53). Les violences psychologiques sont plus souvent liées à un mauvais état de santé que les violences physiques, alors qu'elles sont souvent moins rapportées et moins prises en charge (5).

Les conséquences sur l'état de santé des violences conjugales faites aux hommes sont actuellement peu explorées en France.

7. Un travail à venir

Actuellement au CHU de Toulouse se déroule une étude prospective sur les hommes victimes de violences conjugales. Ce projet aura pour objectif d'observer l'état de santé des hommes consultant à l'UMJ pour violences conjugales. L'inclusion a débuté en septembre 2015 et se poursuivra jusqu'en septembre 2016.

Ce travail permettra d'explorer plusieurs critères tels que l'indice de masse corporelle, le niveau d'étude, le type de violences subies (physiques, psychologiques, sexuelles), les autres violences rencontrées pendant la vie, les addictions, l'auto-évaluation de l'état de santé, les pathologies psychiatriques et somatiques déclarées, et les éventuels traitements médicamenteux.

Les résultats de cette étude seront disponibles en fin d'année 2016.

8. Conclusion

Ce travail est l'un des premiers en France par son ampleur étudiant les hommes victimes de violences conjugales. La base de données des consultations de l'UMJ, rétrospective sur 10 ans, nous a permis d'obtenir un nombre de personnes étudiées suffisant pour avoir une population représentative des hommes consultant en médecine légale pour violences conjugales.

Les données obtenues confirment les quelques études déjà réalisées en France et à l'étranger. Les hommes représentent près de 12 % des victimes de violences conjugales, mais sont très largement sous-représentés car les représentations négatives dans l'inconscient collectif et le manque d'information sur ces violences rendent la déclaration et la prise en charge difficiles. Les médecins urgentistes et généralistes sont souvent le premier recours médical de ces victimes, et ont donc une part importante dans le dépistage des violences.

L'âge moyen des hommes consultant est de 41 ans. Ils sont le plus souvent victimes d'une femme, qui est leur partenaire actuel dans la majorité des cas.

Ils sont plus fréquemment que les femmes victimes de coup avec objet, de griffure et de morsure, mais moins de coup de poing, de coup de pied, de bousculade, de strangulation et d'empoignade. En conséquence, la fréquence des lésions cutanées superficielles, des plaies et des lésions vasculaires et viscérales est plus importante avec une répartition des lésions plutôt sur l'extrémité céphalique et le tronc.

Cependant, malgré l'importance des lésions, l'estimation de l'ITT est plus élevée chez les femmes, et aucun homme n'a bénéficié d'une ITT supérieure à 8 jours.

L'exploration des violences faites aux hommes écarte les idées reçues sur les violences conjugales avec un homme violent et une femme victime. Les données de la littérature mettent en évidence un phénomène de violences qui peuvent être unilatérales, mais qui sont en réalité souvent réciproques, entraînant des conséquences encore plus délétères pour les individus.

D'autres travaux permettraient de mieux évaluer le retentissement de ces violences du côté des hommes, pour ensuite mettre en place une prévention et une prise en charge adaptée de ces violences de couple, à la fois par les professionnels de santé et les professionnels du droit et de la justice.

9. Références

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health Edited by. 2002;
2. Tjaden, Patricia & Thoennes N. Prevalence and Consequences of Male to female and female to male IPV_Tjaden & Thoennes_2000.pdf. Violence Against Women. 2000. p. 142–61.
3. Ansara DL, Hindin MJ. Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: a latent class approach. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2010;64(10):849–54. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19833606>
4. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. J Interpers Violence. 2007;22(12):1495–514.
5. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002;23(4):260–8.
6. AFP. Dix-huit mois de prison ferme pour l'ex-compagne d'un homme battu. lemonde.fr [Internet]. 2015; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/police-justice/article/2015/05/28/dix-huit-mois-de-prison-ferme-pour-l-ex-compagne-d-un-homme-battu_4642565_1653578.html
7. Soullez C. La criminalité en France. 2013.
8. Bettaïeb I. Eléments de mesure des violences au sein du couple en 2013. La Criminalité en France Rapport Annuel 2014 l'Observatoire National de la délinquance et des réponses pénales. 2014;2013.
9. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2014. 2015; Disponible sur : [file:///E:/Téléchargements/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014 \(1\).pdf](file:///E:/Téléchargements/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014%20(1).pdf)
10. Office for National Statistics. Chapter 4 -Intimate Personal Violence and Partner Abuse. 2014;(February):1–28. Disponible sur : http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_352362.pdf
11. Breiding MJ, Chen J, Black MC. Intimate Partner Violence in the United States — 2010. Centers Dis Control Prev [Internet]. 2014;1–96. Disponible sur: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cdc_nisvs_ipv_report_2013_v17_single_a.pdf
12. Salmons M. Violences conjugales [Internet]. [cited 2016 Apr 2]. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>
13. Johnson MP. Conflict and Control in Domestic Violence. Violence Against Women. 2006;12(11):1003–18.

14. Graham-Kevan N, Archer J. Does controlling behavior predict physical aggression and violence to partners? *J Fam Violence*. 2008;23(7):539–48.
15. www.elysee.fr. Jacqueline SAUVAGE [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.elysee.fr/communiqués-de-presse/article/jacqueline-sauvage/>
16. Hines DA, Douglas EM. Intimate Terrorism by Women Towards Men: Does it Exist? *J Aggress Confl Peace Res* [Internet]. 2010;2(3):36–56. Disponible sur : <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79954550448&partnerID=tZOtx3y1>
17. Archer J. Cross-cultural differences in physical aggression between partners: a social-role analysis. *Pers Soc Psychol Rev* [Internet]. 2006;10(2):133–53. Disponible sur : http://psr.sagepub.com/cgi/doi/10.1207/s15327957pspr1002_3
18. Heise LL, Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Heal* [Internet]. Heise et al. Open access article published under the terms of CC BY; 2015;3(6):e332–40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)
19. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *BMC Public Health* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):109. Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
20. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Sante Publique (Paris)* [Internet]. 2010;22:405–16. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-405.htm>
21. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009;57(4):267–74.
22. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002. p. 1331–6.
23. Ehrensaft MMK, Moffitt TE, Caspi A. Is Domestic Violence Followed by an Increased Risk of Psychiatric Disorders Among Women But Not Among Men? A Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006;163(5):885–92. Disponible sur : https://ucd.idm.oclc.org/login?url=http://search.proquest.com/docview/621256141?accountid=14507&nhttp://jq6am9xs3s.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ:psycinfo&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:\
24. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2005. p. 181–93.
25. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence-18 U.S. States/Territories, 2005. *Ann Epidemiol*. 2008;18(7):538–44.
26. Yoshihama M, Horrocks J, Bybee D. Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking: A population-based study of women in Yokohama, Japan. *Soc Sci Med*. 2010;71(6):1199–207.

27. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence*. 2004;19(11):1296–323.
28. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice. *Psychosom Med* [Internet]. 1996;58(1):4–15. Disponible sur : <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006842-199601000-00002>
29. Walker E a, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* [Internet]. 1997;59:572–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9407574>
30. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Arch Fam Med* [Internet]. 2000;9(5):451–7. Disponible sur : <http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/5/451>
31. Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL. A review of research on women’s use of violence with male intimate partners. *Violence Vict*. 2008;23(3):301–14.
32. Temple JR, Weston R, Marshall LL. Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships. *Violence Vict*. 2005;20(3):335–59.
33. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007;97(5):941–7.
34. Thureau S, Le Blanc-Louvry I, Thureau S, Gricourt C, Proust B. Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. *J Forensic Leg Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;31:42–6. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.12.014>
35. Carmo R, Grams A, Magalhães T. Men as victims of intimate partner violence. *J Forensic Leg Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;18(8):355–9. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2011.07.006>
36. Hines DA, Brown J, Dunning E. Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. *J Fam Violence*. 2007;22(2):63–72.
37. Dutton DG, Nicholls TL. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1 - The conflict of theory and data. *Aggress Violent Behav*. 2005;10(6):680–714.
38. Felson RB, Paré PP. The reporting of domestic violence and sexual assault by nonstrangers to the police. *J Marriage Fam*. 2005;67(3):597–610.
39. Milardo RM. Gender asymmetry in common couple violence. *Pers Relatsh* [Internet]. 1998;5(4):423–38. Disponible sur : <http://ezproxy.lib.uconn.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1998-03042-004&site=ehost-live>
40. Ross JM, Babcock JC. Gender Differences in Partner Violence in Context: Deconstructing Johnson’s (2001) Control-Based Typology of Violent Couples. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2009;18(783016864):604–22.
41. Marina J. Muñoz-Rivas*, José Luis Graña Gómez** KDO and PGL. Physical and

- psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*. 2007;19(1):102–7.
42. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2000;126(5):651–80.
 43. Dowd L, Leisring P, Rosenbaum A. Partner Aggressive Women: Characteristics and Treatment Attrition. [Internet]. *Violence Vict*. 2005. p. 219–34. Disponible sur : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftg&NEWS=N&AN=00002364-200504000-00006>
 44. Swan SC, Snow DL. A Typology of Women’s Use of Violence in Intimate Relationships. *Violence Against Women* [Internet]. 2002;8(3):286–319. Disponible sur : <http://vaw.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/107780120200800302>
 45. Stuart GL, Moore TM, Gordon KC, Hellmuth JC, Ramsey SE, Kahler CW. Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence Against Women*. 2006;12(7):609–21.
 46. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women’s motivations. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2010;11(4):178–89. Disponible sur: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2994556&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 47. Hamberger LK, Lohr JM, Bonge D, Tolin DF. An Empirical Classification of Motivations for Domestic Violence. *Violence Against Women* [Internet]. 1997;3(4):401–23. Disponible sur : <http://vaw.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1077801297003004005>
 48. Fanslow JL, Gulliver P, Dixon R, Ayallo I. Hitting back: women’s use of physical violence against violent male partners, in the context of a violent episode. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015;30(17):2963–79. Disponible sur : <http://jiv.sagepub.com/content/30/17/2963?etoc>
 49. Muelleman RL, Burgess P. Male victims of domestic violence and their history of perpetrating violence. *Acad Emerg Med*. 1998;5:866–70.
 50. Nowinski SN, Bowen E. Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates. *Aggress Violent Behav* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012;17(1):36–52. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.005>
 51. Archer J. Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggress Violent Behav*. 2002;7(4):313–51.
 52. Katz J, Kuffel SW, Coblenz a. Are there gender differences in sustaining dating violence? An examination of frequency, severity and relationship satisfaction. *J Fam Violence*. 2002;17(3):247–71.
 53. Centers for Disease Control & Prevention. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2008;57(5):113–7. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009845715&site=ehost-live&scope=site>

10. Table des figures

Figure 1 : Répartition des âges des hommes victimes	12
Figure 2 : Délai entre la date d'agression et la consultation.....	13
Figure 3 : Les auteurs de violences contre les hommes	14
Figure 4 : Parcours de soin des hommes victimes	14
Figure 5 : Mécanismes lésionnels allégués des hommes victimes.....	15
Figure 6 : Type lésionnel constaté chez les hommes	16
Figure 7 : Localisation des lésions des hommes victimes.....	16
Figure 8 : Age des hommes et des femmes.....	18
Figure 9: Délai de consultation des hommes et des femmes	18
Figure 10 : Parcours de soin des hommes et des femmes victimes	19
Figure 11 : Mécanismes lésionnels allégués chez les hommes et les femmes victimes	20
Figure 12: Nombre de mécanismes lésionnels pour les hommes et les femmes	21
Figure 13 : Types lésionnels retrouvés chez les hommes et les femmes	22
Figure 14 : Localisation lésionnelle chez les hommes et femmes victimes.....	22
Figure 15 : ITT pour les hommes et les femmes victimes	23
Figure 16: Analyse factorielle des correspondances entre le mécanisme lésionnel et la localisation lésionnelle selon le sexe	30

11. Annexes

11.1 Annexe 1 : Code Pénal

11.1.1 Article 222-13

Modifié par LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 4

Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur.

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme ;

11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont également portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque cette infraction, ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours, est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances.

11.1.2 Article 222-12

Modifié par LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 4

L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme ;

11° Dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le précédent alinéa.

11.1.3 Article 222-33-2-1

Modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 40

Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité.

11.1.4 Article 222-24

Modifié par [LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 4](#)

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;

8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;

9° Lorsqu'il a été commis à raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;

11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Title: Intimate partner violence against men: A retrospective study from 2005 to 2014 in the Department of Clinical Forensic Medicine of Toulouse University Hospital

Abstract: Violence by intimate partner is a major health issue. Few studies investigated this type of violence against men. We wanted to study the distinctive features of men who consulted in forensic medicine for domestic violence. We included in our study all the certificates of intentional injury by intimate partner against men in the Department of Clinical Forensic Medicine of Toulouse between 2005 and 2014, except those for sexual assault. We studied data about victims, assaults and injuries. We compared them with women who consulted for the same reasons over the same period. 641 men who received 712 medical consultations were included and 649 women who received 865 consultations. The average age of the men was 41. The aggressor was a woman in 92 % of the consultations. Women consulted more frequently after a legal requisition than men. The most frequent assaults experienced with men were punching, scratching, hitting with an object, grabbing and biting. Cutaneous wounds, cuts and internal or vascular lesions were more frequent with men. Intimate partner violence is often a bilateral phenomenon. The lack of knowledge about this issue may be the reason of the underreporting. A better understanding of violence against men is needed to improve the detection and the adequate support.

Key words: Intimate partner violence – Male victims – Intimate terrorism – Common couple violence

LECHEVALIER Agathe

Titre : Les hommes victimes de violences conjugales : Étude rétrospective de 2005 à 2014
au sein de l'Unité Médico Judiciaire du CHU de Toulouse

Soutenu à Toulouse le 27 mai 2016

Résumé : Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur. Les hommes victimes de ces violences sont actuellement peu étudiés. Nous avons souhaité connaître les caractéristiques des hommes consultant en médecine légale pour violences conjugales. Nous avons inclus tous les certificats de coups et blessures volontaires dans le cadre de violences conjugales sur des hommes, à l'Unité Médico-Judiciaire de Toulouse entre 2005 et 2014, hors violences sexuelles. Nous avons étudié les données concernant les individus, l'agression et les lésions constatées. Nous les avons comparées avec des femmes ayant consulté pour le même motif dans la même période. 641 hommes ayant réalisé 712 consultations ont été incluses, ainsi que 649 femmes ayant réalisé 865 consultations. L'âge moyen des hommes était de 41 ans. L'auteur des violences était une femme dans 92 % des consultations. Les femmes consultaient plus souvent à la suite d'une réquisition que les hommes. Les mécanismes lésionnels les plus constatés chez les hommes étaient les coups de poing, les griffures, les coups avec objet, les empoignades et les morsures. Les lésions cutanées superficielles, les plaies et les lésions vasculaires ou viscérales étaient plus fréquentes chez les hommes. La violence au sein du couple est souvent un phénomène bilatéral. Le manque de connaissances sur ce problème pourrait être à l'origine d'une sous-déclaration. Une meilleure connaissance des violences conjugales faites aux hommes est nécessaire pour améliorer leur dépistage et leur prise en charge.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : violences conjugales – hommes battus – hommes victimes – médecine légale – victimologie – terrorisme conjugal

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de Thèse : GRILL, Stéphane