

Année 2021/2022

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par :

Laura FAUVIN

Née le 02/11/1995 à Amilly (45)

Dépistage systématique des violences domestiques chez les patients consultant aux urgences de la région Centre

Présentée et soutenue publiquement le **26 septembre 2022** date devant un jury composé de :

Présidente du Jury :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine – Tours.

Membres du Jury :

Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgences, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Manon VITTIER, Gériatrie, PH – Chinon

Directeur de thèse : Docteur Julie DUMOUCHEL, Médecine d'Urgence, PH – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
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 VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

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 Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – G. BODY – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – 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 – R. QUENTIN – 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
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET 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
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOTBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
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
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
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
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
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.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
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
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
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
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
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 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
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

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

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 verront 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.

REMERCIEMENTS

Madame la Professeur Pauline Saint-Martin,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et d'avoir manifesté de l'intérêt envers mon projet. Veuillez recevoir mon sincère respect et ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Saïd Laribi,

Merci de m'avoir accordé l'honneur d'être membre de ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Merci pour tout l'encadrement dont j'ai pu bénéficier de votre part et de votre équipe lors de mon internat et pour toute l'aide que vous avez pu m'octroyer. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Madame la Docteur Manon Vittier,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'intégrer pour la première fois un jury dans le cadre de ma thèse ! Je te remercie très sincèrement pour tes conseils, ton enseignement, ton empathie, ta bienveillance...

Madame la Docteur Julie Dumouchel,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse et de m'avoir aiguillée tout au long du chemin. Merci aussi pour nos partages « bouts de chou » ! Mon intégration au sein d'une carrière de médecine d'urgences a donné l'impression d'être une évidence pour toi et je t'en remercie car tu fais partie de ceux qui m'ont donnée envie de me plonger dans cette spécialité. Je retrouve un peu de toi dans ma façon d'exercer et ça ne peut que me rendre fière. Au plaisir de continuer à travailler avec toi, je te remercie pour tout.

A tous mes chefs de stage pendant l'internat,

A l'équipe médicale et paramédicale des urgences adultes et SMUR du CHU de Tours, pour m'avoir tant aidée, épaulée, conseillée, et aussi soutenue et encouragée lors de mon droit au remords. Vous avez été un soutien sans faille et c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

Dédicace spéciale à la Docteur Justine Clément, pour notre amitié, notre amour du sport et des challenges, notre humour un peu décalé, et ma future succession dans ton travail de CCA. Bernard le Homard ! Tu es admirable.

Dédicace spéciale à la Docteur Marine Méneret, pour cette aventure parallèle conjointe dans la grossesse et la maternité, merci d'avoir été d'un grand soutien. Je ne te souhaite que du bonheur.

Remerciements au Docteur Paul Bachelier, pour m'avoir grandement aidée dans ma récupération de données à Chartres !

Pensées particulières aux Dr Sid Haouari, Dr Véronique Derogis, Dr Antoine Bonniol, Dr Geoffroy Rousseau (spécialement pour son amour des GIFs), Dr Solène Masse, Dr David Barault, Dr Camille Grit, Dr Perrine Leduc, Dr Suzanne Lepoutre, Dr Timothée Vanhille, Dr Alexandre Jeziorny, Dr Marie Aiglehoux, Dr Antoine Mareau... pour m'avoir transmis votre passion pour la médecine d'urgences et pour m'avoir si bien entourée.

A mes trois maîtres de stage universitaire de médecine générale, le Dr Jean-Eudes Peurois, la Dr Alexandra Badey-Meurisse, et la Dr Elise André, pour leur encadrement et leurs encouragements dans mon changement de spécialité.

A l'équipe médicale et paramédicale de pédiatrie de l'hôpital de Blois, pour leur accompagnement dans cette spécialité et leur encadrement, avec une pensée particulière pour les Dr Yasmine El Allali et Laura Bouvart pour leur disponibilité et leur prévenance.

A l'équipe médicale de gériatrie de l'hôpital de Chinon, merci pour votre soutien dans une période pas si simple de mon internat et de ma vie, pour votre compréhension, compassion et bienveillance, ainsi que pour les connaissances que vous avez pu m'apporter.

Aux services d'urgences de Tours, Orléans, Blois, Chartres, Dreux et au service d'urgences gynécologiques de Tours, merci d'avoir accepté de distribuer mes questionnaires aux patients se présentant dans vos services, et de m'avoir ainsi permis de réaliser cette étude qui me tenait à cœur.

A Mme BUFO Maria-Rosa, PHD en neuropsychologie de l'UFR de Sciences et Techniques de Tours, pour ton aide avec les statistiques !

A La Maison des Femmes et au Dr CANALES Justine pour leur aide précieuse.

A mes amis,

Tous les internes que j'ai croisé sur la route avec une pensée particulière pour mon équipe de choc du début d'internat, mes co-internes d'urgences, vous avez été un coup de foudre amical pur et dur.

Et plus particulièrement :

Nathan et Naomi, pour nos sorties piscine et jeux de société, nos repas improvisés, nos coups de soleil, nos chutes en skis ou en snow, les photos de Loulou, nos aventures avec Rangi ou en escape, (et pour l'aide dans mon recueil de questionnaires !), je vous aime.

Mélanie, pour toutes nos gardes magouillées pour être ensemble, nos vacances au soleil et au ski, nos discussions et nos confidences, pour nos messages de motivation à bosser notre thèse même quand il fait super beau, la pole, merci d'avoir toujours été là.

Julien, pour tous ces cookies qui n'ont pas aidé mes hanches mais qui ont bien réchauffé mon cœur pendant ces nuits de garde, pour tous ces fous rires, pour ces photos de Popop, j'espère continuer à te voir souvent et que tu t'épanouiras à Orléans.

Romain et Caro sans oublier Comète, Claire & Laura et leurs futurs babies, Charlotte ma best IDE, Julie, Neige, Arthur, Jeremy, Sarah (chipolata en chef)... Bien sûr que je vais en oublier plein et bien sentir passer une vague de culpabilité, mais vous avez tous été exceptionnels et m'avez accompagnée pendant cette grande aventure qu'est l'internat.

A Calyssa, pour toutes ces occasions incroyables que nous avons eu de nous rencontrer (c'est toujours dingue !) et à la joie d'être ton amie, tu m'as toujours encouragée et porté mes intérêts à cœur, pour toutes ces soirées où tu as su me reconforter quand ça n'allait pas, à tous tes messages, pour tout ton soutien... Tu es incroyable. Merci pour la vie.

A Marie, ma sœur, pour toute cette amitié extraordinaire malgré nos nombreuses années à distance (vive la Laponie !), tu es une pépite. Je suis tellement heureuse de t'avoir rencontrée, tu feras toujours partie de ma famille.

A Audrey, mon amie, ma grande sœur depuis que j'ai 3 ans, pour toutes ces épreuves surmontées ensemble, pour toutes ces aventures (nourrice, école primaire, collège, lycée, fac, ça forge des souvenirs !), pour toutes ces soirées Star Academy puis en grandissant pizza / Grey's Anatomy, merci d'avoir été là pour moi à chaque instant, en particulier lors de mes premières années de fac, tu as été mon phare, merci.

Et à tous mes autres amis, de collège, de lycée, de fac, mes copains de galère d'externat (même si vous m'avez tous abandonné en quittant Tours), Corentin, Claire, Eloise, Elodie, Geoffrey, Florian, Raphaël, Lola, Jean, Marion, Coralie, Célia, Laura(s)... Je ne peux pas tous vous citer et je sais que j'en ai oublié à foison, mais vous m'avez forgée.

A ma famille,

A mes parents, pour toute l'éducation que vous m'avez enseignée, pour tout l'amour que vous m'avez porté, pour les valeurs du respect, de la compassion, de l'empathie, de la famille... Pour tout ce que nous avons vécu ensemble. Pour m'avoir toujours soutenue pendant mes études et pour m'avoir permis de les faire, malgré la distance que nous avons dû parcourir. Pour tous ces moments, je ne vous remercierai jamais assez. Je vous aime.

A ma sœur Thylane, pour toutes ces disputes d'enfants qui nous ont forgé de gros souvenirs, pour tes encouragements dans les moments difficiles, pour ta bonne humeur, et pour ta chance à la belote quand tu n'es évidemment pas ma partenaire, je t'aime.

A Nicolas, Arkones, pour toutes ces folles parties de jeux de société où nous ne faisons que perdre en équipe, mais également pour toutes ces brioches perdues partagées et ces parties de ballon dans la piscine, et surtout pour la belle personne que tu es.

A mes grands-parents, Michel et Simone, pour avoir toujours été là pour moi, depuis ma plus tendre enfance, pour tous ces jeux quand vous aviez ma garde, pour tous ces souvenirs, et pour tous les bons plats de mamie (pain perdu !), je vous aime.

A tout le reste de ma famille, que je n'ai pas vue autant que je le voudrais, pour avoir accepté tous ces sacrifices qu'engendrent mon travail et ces horaires pas toujours sympas, ainsi que la distance, merci d'être mon ancre, je vous aime. Jodie, Melvin, Swan, Maïlo, Leeroy, Azéline, Eric, Samuel, Tina, Shana, Régine, Pierre, Axelle, Hervé, Virginie, Nicolas, Ségolène, Zachary...

A Droopy et Hizzie, pour toujours.

A ma belle-famille, Dominique, Philippe et Manon, Bruno et Eloïse, (sans oublier bien sûr Sam et Siméo) pour toutes vos valeurs, vos personnalités, pour votre humour de qualité, pour les jeux de société où on arrive à jouer sans que les frères trichent (Code Names, on vous a vu), merci de m'avoir acceptée dans votre famille.

A mon amour, Pierre, Pinou. Merci d'être la personne que tu es. Merci d'être mon pilier, mon soutien sans faille. Pour toutes ces aventures, voyages, randonnées, sportives ou non, pour tous nos centres d'intérêt communs, pour toutes nos passions, pour notre passé, notre présent, et notre futur. Merci de m'aimer telle que je suis. Merci de me soutenir dans toutes les étapes de ma vie, d'une si belle manière depuis ces 5 ans et demi. Pour notre Louise. Je ne te remercierai jamais assez ni ne te dirai assez à quel point je t'aime.

A ma fille, mon cœur, ma Louise, Loulou. Tu es si petite et pourtant ta place dans mon cœur est déjà si grande. J'ai hâte de découvrir la vie avec toi, et de profiter de chaque instant tous les trois. Chacun de tes sourires illumine mon cœur. Je t'aime inconditionnellement jusqu'aux étoiles.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	-12-
ABSTRACT.....	-13-
LISTE DES ABREVIATIONS RENCONTREES.....	-14-
I. INTRODUCTION.....	-15-
1) Définitions.....	-15-
2) Epidémiologie.....	-16-
3) Contexte épidémiologique.....	-18-
4) Contexte législatif.....	-20-
II. MATERIEL ET METHODES	-22-
1) Pré-requis de l'étude.....	-22-
A) Objectifs.....	-22-
B) Type d'étude.....	-22-
C) Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	-23-
D) Démarches réglementaires.....	-23-
2) Déroulement de l'étude.....	-24-
A) Construction du questionnaire.....	-24-
B) Distribution du questionnaire et recueil.....	-24-
3) Analyse statistique.....	-26-
III. RESULTATS.....	-27-
1) Généralités.....	-27-
2) Objectif principal.....	-29-
3) Analyses secondaires.....	-30-
A) Sexe.....	-31-
B) Age.....	-31-
C) Statut marital.....	-32-
D) Niveau d'études.....	-32-
E) Catégorie socio-professionnelle.....	-33-
F) Consommation de substances.....	-33-
G) Présence d'enfants.....	-34-
4) Caractéristiques des violences et opinion des patients.....	-34-
A) Types de violences.....	-34-
B) Auteur des violences.....	-35-
C) Antériorité auprès des professionnels de santé.....	-36-
D) Opinion des patients.....	-36-
IV. DISCUSSION.....	-38-
1) Analyse des résultats.....	-38-
2) Limites de l'étude.....	-45-
A) Biais.....	-45-
B) Analyse statistique.....	-46-
3) Perspectives dans l'avenir.....	-47-
V. CONCLUSION.....	-50-
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	-51-
VII. ANNEXES.....	-53-
<i>Annexe n°1</i> : Loi du 30 juillet 2020 – questions d'évaluation du danger et de l'emprise.....	-53-
<i>Annexe n°2</i> : Questionnaire distribué aux patients.....	-55-
<i>Annexe n°3</i> : Plaquette de la Maison des Femmes.....	-57-

RESUME

Dépistage systématique des violences domestiques chez les patients consultant aux urgences de la région Centre

Introduction : Les violences domestiques, définies dans le cadre de cette étude comme toute violence (physique, sexuelle, économique, verbale et/ou psychologique) au sein d'un foyer, sont un enjeu majeur de santé publique, tant au point de vue médical et psychologique qu'économique par les conséquences qu'elles entraînent. Leur dépistage, bien que recommandé par l'HAS, reste insuffisant. En effet, il n'existe pas de prévalence globale connue en France, et certains types de violences restent sous-estimés telles que les violences conjugales envers les hommes ou les violences domestiques envers les personnes âgées, entre autres.

L'objectif principal de cette étude est donc de mettre en évidence que la recherche systématique des violences domestiques aux urgences permet de dépister de nombreux patients victimes de violences. Ce dépistage, réalisé chez tous les patients consultant aux urgences, pourrait faciliter le mode de réponse des professionnels de santé. Le but secondaire de cette étude est de rechercher si des caractéristiques, constituant des facteurs de risque, justifieraient de cibler une population type.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle prospective multicentrique, du 01 au 10 mars 2021, dans les services d'urgences de Tours, Orléans, Chartres, Dreux, Blois, ainsi qu'aux urgences gynécologiques de Tours. Cette étude a été réalisée via un questionnaire de questions/réponses fermées, distribué à chaque patient venant consulter dans ces services d'urgences, de façon anonyme, sans aucune répercussion sur leur prise en charge. Nos données qualitatives ont été analysées, d'une part sous forme de fréquence et pourcentage, d'autre part par un test exact de Fischer.

Résultats : 238 patients ont été inclus, avec un résultat de 61 patients victimes de violences domestiques, contre 177 patients non-victimes, estimant ainsi une prévalence de 25.6% de victimes de violences domestiques au sein de notre échantillon. Au niveau des analyses secondaires, le sexe féminin, le fait d'être divorcé ou veuf et la consommation de tabac entraînent un risque significativement majoré de subir des violences domestiques. 82% des victimes de violences domestiques déclarent qu'une question systématique aux urgences sur ce sujet les encouragerait à en parler et/ou à porter plainte.

Conclusion : Le dépistage systématique des violences domestiques aux urgences semble être efficace selon notre étude, en permettant à la fois de dépister un grand nombre de patients et de les encourager à chercher de l'aide. Cependant, il est possible que ce nombre de réponses positives ait été entraîné par l'aspect « anonyme » des réponses et qu'il soit plus faible dans le contexte d'une consultation. Les modalités de dépistage restent encore à déterminer et seront probablement professionnel de santé-dépendant. Un des objectifs pourrait être d'optimiser les dépôts de plainte en envisageant de créer une filière « violences domestiques » aux urgences, conjointement avec l'IML et les forces de l'Ordre, afin de permettre un dépôt de plainte au sein même des urgences.

Mots-clés : violences domestiques, violences conjugales, dépistage systématique, IML, urgences.

ABSTRACT

Systematic screening of domestic violence in all patients consulting in Emergency Services of the Center Region of France

Introduction : Domestic violence, defined in the context of this study as any type of violence (physical, sexual, economic, verbal and/or psychological) within a home, is a major public health issue, both from a medical and psychological point of view, but also economic by the consequences they entail. Their screening, although recommended by the HAS, remains insufficient. Indeed, there is no known overall prevalence in France, and certain types of violence remain underestimated, such as domestic violence against men or domestic violence against the elderly, among others.

Therefore, the main goal of this study is to show that the systematic searching of domestic violence in the emergency room allows the detection of many patients who are victims of violence. This screening, carried out in all patients consulting the emergency room, could facilitate the response of health care professionals. The secondary purpose of this study is to find out if characteristics, defined as risk factors, justify to target a typical population.

Method : We conducted a multicenter prospective observational study, over a period from March 01 to 10 of 2021, in the emergency departments of Tours, Orléans, Chartres, Dreux, Blois, as well as in the gynecological emergencies of Tours. This study was carried out by a closed question / answer questionnaire, distributed to each patient coming to consult in these emergency services, anonymously, without any repercussions on their care. Our qualitative data were analyzed, on one hand in the form of frequency and percentage, and on the other hand by an exact test of Fischer.

Results : 238 patients were included, with a result of 61 patients who were victims of domestic violence, against 177 patients who were not, estimating a prevalence of 25.6% of victims of domestic violence within our sample. In secondary analyses, female gender, being divorced or widowed and smoking significantly increased the risk of experiencing domestic violence. 82% of victims of domestic violence declared that a systematic question in the emergency room on this subject would encourage them to talk about it and/or file a complaint

Conclusion : Systematic screening for domestic violence in the emergency room seems to be effective according to our study, allowing both the detection a large number of patients and encouraging them to seek for help. However, it is possible that this number of positive responses was driven by the “anonymous” aspect of the responses and that it would be lower in the context of a consultation. The modalities of screenings have yet to be determined and will probably be health care professional-dependent. One of the aims could be to optimize the filing of complaints by considering creating a “domestic violence” channel in the emergency room, jointly with the IML and the police, in order to allow a complaint to be filed within the emergency room itself.

Keywords : domestic violence, marital violence, systematic screening, IML, emergency

LISTE DES ABREVIATIONS RENCONTREES

- CH : Centre Hospitalier
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
- IC : Intervalle de Confiance
- IML : Institut de Médecine Légale
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACS : Pacte Civil de Solidarité
- PHD : Philosophiæ doctor (personne ayant un doctorat)
- UFR : Unité de Formation et de Recherche

I) INTRODUCTION

1) Définitions

L'OMS définit la violence comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (1). On inclut tout type de violence dans cette définition, c'est-à-dire physique mais également sexuelle, psychologique, verbale, économique, et ce à tout âge de la vie, et peu importe qui est en l'auteur : violence envers autrui (personne de l'entourage ou inconnue), violence auto-infligée, violence collective.

La violence conjugale est définie par le gouvernement français par l'ensemble des « violences psychologiques (harcèlement moral, insultes, menaces), physiques (coups et blessures), sexuelles (viol, attouchement) et économiques (privation de ressources financières et maintien dans la dépendance) lorsque la victime et l'auteur sont dans une relation sentimentale » qu'ils soient « mariés, concubins, ou pacsés », avec comme précision que « les faits sont également punis même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son PACS ». (2)

Il est plus difficile de trouver une définition standardisée des violences domestiques, les sources conduisant le plus souvent à celle des violences conjugales. Il existe une feuille d'information du Département Fédéral de l'Intérieur Suisse de 2012 définissant les violences domestiques comme une « violence physique, psychique ou sexuelle au sein d'une relation »

pouvant être de plusieurs types : « envers les femmes/hommes dans les relations de couple ou situations de séparation ; enfants co-victimes de ces situations ; entre adultes dans d'autres relations familiales ; envers les personnes âgées dans le cadre familial ou entre elles ; violence des parents ou de leurs partenaires envers leurs enfants et réciproquement ; violence entre frères et sœurs » (3). A cela il faudrait rajouter les violences envers les personnes en institution car celle-ci est alors considérée comme leur lieu de vie.

Dans les paragraphes précédents, nous définissions « l'auteur » comme étant l'instigateur des violences et la victime comme étant la personne les subissant. Cependant, il convient de noter qu'il existe également des situations où ces rôles sont interchangeables et où l'auteur peut au même titre être une victime de sa propre victime, notamment dans les violences domestiques.

2) Epidémiologie

Selon l'étude nationale réalisée par la Délégation aux Victimes (structure commune à la police et à la gendarmerie nationale), il y aurait eu 395 207 interventions des forces de sécurité intérieure pour des différends familiaux et violences domestiques sur l'année 2020, soit 45 interventions par heure sur tout le territoire français. Parmi ces interventions, il y a eu 193 233 procédures judiciaires en 2020 pour violences conjugales soit 528 procédures ouvertes chaque jour (4).

Parmi ces violences, on dénombre 238 tentatives d'homicides au sein du couple soit 9% de la totalité des tentatives d'homicides, et 125 morts à la suite de violences conjugales en 2020, dont 102 (82%) étaient des femmes. Il s'agit du taux le plus bas depuis 2006, avec une diminution de 28% du taux d'incidence d'homicide par rapport à 2019 (173 décès).

En moyenne, il existe donc 1 décès tous les 2 jours à la suite de violence entre partenaires intimes (4). Au total, 35% des victimes féminines et 21% des victimes masculines en 2020 avaient déjà subi des violences de la part de leur (ex)-conjoint. Parmi ceux-ci, une seule victime bénéficiait d'un dispositif de protection judiciaire, et deux auteurs faisaient état d'un contrôle judiciaire (4). Parmi les hommes décédés de la main de leur conjointe, 50% d'entre eux avaient également été auteurs de violence envers leur partenaire (5).

L'INSEE réalise chaque année une enquête « Cadre de vie et de sécurité » en association avec l'Observation National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP) et le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMI) (6). Leur rôle est de recueillir des informations auprès de la population générale française sur différents types d'infractions (violences, vols, cambriolages...) afin d'évaluer plus précisément leur fréquence compte tenu des diverses victimes ne portant pas plainte.

Leur dernier rapport datant de 2019 retrouve, sur une période de 2011 à 2018, une moyenne de 373 000 victimes de violences domestiques (au sein du même ménage) entre 18 et 75 ans. Cela représenterait une prévalence annuelle de 0.9% de cette catégorie d'âge de la population française, dont 66% de femmes et donc 34% d'hommes (6). Il n'existe actuellement pas d'autre estimation de la prévalence des violences domestiques chez les hommes en France.

Les retentissements de ces violences domestiques sont effroyables, tant sur le plan physique (que ce soit en termes de mortalité évitable ou de lésions traumatiques...), mais aussi sur le plan psychologique et altération de la qualité de vie des patients qui en sont

victimes. Il ne faut pas non plus oublier les conséquences potentielles sur les enfants au sein d'un foyer violent, qu'ils en soient directement victimes ou simplement témoins.

Il est également important de noter que se surajoute un impact des violences domestiques en termes économiques sur la Santé Publique. La dernière évaluation officielle datant de 2010 ne prend en compte que les violences conjugales et estime un coût global moyen de 2.47 milliards d'euros, en additionnant les coûts liés au système de soins, les coûts médico-sociaux et judiciaires, la perte de production et la perte de qualité de vie. (7)

3) Contexte épidémiologique

Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse, publiée le 9 mars 2021, a repris le travail de 39 études, principalement réalisées aux Etats-Unis, mais également dans des pays européens (Italie, Suisse), ainsi qu'en Australie et en Inde, sur l'incidence des violences domestiques pendant la pandémie due à la COVID-19. Elle révèle que le nombre connu de violences administrées aux partenaires d'un même couple a connu une élévation significative pendant l'épidémie (IC [0.08-1.24), $p < 0.05$) (8). Plusieurs pistes sont abordées pour expliquer la cause de cette élévation, notamment le fait que les victimes soient en contact plus fréquent avec leur agresseur présumé à la suite des confinements et couvre-feux. Il est également possible que les victimes contactent de façon plus précoce les forces de l'ordre dans ces situations exceptionnelles, faisant également craindre que précédemment à cette pandémie, beaucoup de violences domestiques n'aient pas été dépistées.

Les violences conjugales, qu'elles soient dirigées envers les femmes ou envers les hommes, sont un enjeu majeur de Santé Publique actuel, et les données actuelles font craindre un sous-diagnostic de ces violences, et donc un sur-risque de morbidité et mortalité

associé. De plus, notons que la parole se libère en ce qui concerne les violences conjugales faites aux femmes, lesquelles sont de plus en plus ciblées par les organismes de santé publique. C'est évidemment un réel bienfait pour la population, mais d'autre part les violences domestiques en général, notamment envers les hommes et les personnes vulnérables sont encore grandement sous-estimées.

En février 2021, une étude cas-témoins a été réalisée dans le Service de médecine légale du CHRU de Clermont-Ferrand afin d'évaluer la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes par questionnaire : le WAST (Woman Abuse Screening Tool). Il s'agit d'un auto-questionnaire anonyme composé de huit questions fermées. L'étude a conclu à une « bonne validité du dépistage par le questionnaire WAST pour identifier les violences conjugales en pratique courante et aider les professionnels de santé à repérer de manière précoce les femmes subissant des violences et ainsi optimiser leur prise en charge ». (9)

Néanmoins, cette étude ne servait qu'à dépister les femmes victimes de violences conjugales, et ne permettait pas de dépister les violences domestiques au sens général.

Le corps médical et le gouvernement ont donc la volonté de dépister ces violences conjugales et d'agir précocement afin d'éviter leurs conséquences à court et long termes (entre autres : traumatismes physiques et psychologiques, syndrome dépressif, suicide, décès...).

Il existe pourtant une banalisation de certains types de violences telles que les violences verbales et psychologiques pures, et les violences sexuelles au sein du couple.

Comme nous venons de le voir, il persiste un manque de dépistage et de sensibilité de l'opinion publique envers les violences domestiques en général – c'est-à-dire au sein du même foyer et non uniquement au sein d'un couple – notamment les violences envers les

hommes, les violences intra-familiales et les violences envers les personnes institutionnalisées ou vulnérables.

Les violences envers les personnes âgées, institutionnalisées ou non, deviennent un réel problème de santé publique du fait de leur fréquence, de leurs retentissements majeurs physiques, psychologiques et sur le maintien de l'autonomie, mais également du fait du vieillissement grandissant de la population générale en France et dans le monde (et ainsi du risque inhérent que le nombre de ces victimes augmente).

4) Contexte législatif

La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 stipule que tout professionnel de santé peut déroger au secret médical concernant des violences domestiques sur une personne majeure si ces violences « mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat faisant craindre une issue fatale » et que « la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences » (10). L'article précise que le consentement de la personne victime doit être obtenu si possible, et c'est uniquement en l'impossibilité d'obtenir cet accord, qu'un signalement peut être fait auprès du Procureur de la République, en informant la victime. Pour cela, le gouvernement a publié deux fiches récapitulatives des questions pouvant faire rechercher un danger immédiat et une emprise (*annexe 1*). Cependant, cette loi, très nouvellement appliquée, peut également inquiéter les patients sujets aux violences domestiques.

En décembre 2020, l'HAS a publié des recommandations concernant le repérage de violences conjugales envers les femmes, s'adressant principalement aux professionnels de santé de premier recours, et en second lieu aux autres professionnels de santé et travailleurs sociaux. Il y est recommandé de faire un dépistage systématique des violences conjugales, « même en l'absence de signe d'alerte », chez toutes les femmes sans distinction, avec des

exemples de questions-type et en rappelant les catégories de patientes et situations médicales les plus à risque (11).

Néanmoins il est regrettable de constater que cette recommandation récente ne concerne que les violences conjugales envers les femmes, et non les violences domestiques de façon générale. Malgré ces recommandations officielles, le dépistage reste difficile en pratique. Certains freins seraient liés aux professionnels de santé tels que le sentiment d'impuissance, le manque d'habileté à aborder le sujet avec les patients, mais d'autres seraient liés aux patients (ambivalence, peur, dissimulation, honte...) et au cadre professionnel (temps de consultation, connaissance de l'agresseur en tant que patient, difficultés à réaliser les certificats descriptifs...), comme le montre la thèse « *Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ?* » réalisée à Nancy en 2016 par Manon Dautrevaux (12).

Les services d'urgences, lieu de soins de premier recours en France, accueillent un grand nombre de patients de tout âge, sexe, ethnie, profession, qui sont tous pris en charge de façon égale et adaptée sans particularité. C'est donc un excellent lieu pour réaliser un dépistage systématique à grande échelle.

L'étude réalisée lors de ma thèse s'appuie sur ce postulat de départ. Le but de celle-ci est de mettre en évidence que la recherche systématique de violences domestiques dans l'anamnèse de tout patient se présentant aux urgences permettrait d'améliorer le dépistage des victimes de ces violences, et donc possiblement d'optimiser leur prise en charge globale.

II) MATERIELS & METHODES

1) Pré-requis de l'étude

A) Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique des violences domestiques (au sein du même foyer), qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques, chez tout patient venant consulter au service des urgences, sans savoir son motif de consultation.

Nous avons mesuré cet objectif par le calcul de la prévalence des violences domestiques au sein de notre échantillon, dans le but de la comparer aux données connues de prévalence de ces mêmes violences en France. Nous l'avons également évalué par l'intérêt ressenti par les patients de ce dépistage systématique.

L'objectif secondaire de cette étude était de déterminer si certaines caractéristiques des personnes victimes de violences domestiques pouvaient nous aider à les cibler plus particulièrement : l'âge, le sexe, les consommations toxiques, la catégorie socio-professionnelle, et le fait d'avoir des enfants.

B) Type d'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique prospective, descriptive, multicentrique au sein de la région Centre. Afin d'avoir une vision large et éviter un maximum des biais de sélection, nous avons inclus divers hôpitaux de la région Centre, incluant des services d'urgences adultes de Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU), de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de Centres Hospitaliers (CH), dans 4

départements différents, ainsi qu'un service d'urgences gynécologiques, le but étant d'avoir un échantillon représentatif de la population générale comme population d'étude. Les urgences adultes ayant été incluses sont celles du CHRU de Tours, du CHR d'Orléans, des CH de Blois, de Dreux, de Chartres, ainsi que les urgences gynécologiques du CHRU de Tours.

C) Critères de non-inclusion et d'exclusion :

L'objectif était d'inclure un minimum de 100 patients.

L'ensemble des personnes de 18 ans ou plus consultant aux urgences adultes des hôpitaux cités ci-dessus, pouvaient faire partie de l'étude sauf en cas de :

- Présence d'une urgence vitale devant être traitée dans l'immédiat
- Présence des troubles de la compréhension : patients ne pouvant donner leur consentement ou comprendre le questionnaire (handicap mental, démence, confusion aigue, cécité...), barrière de la langue, patients ne sachant ni lire ni/ou écrire.

Nous n'avons retrouvé qu'un seul critère d'exclusion : les patients évoquant des violences hors du contexte des violences domestiques, car ils sortaient ainsi de la population cible.

D) Démarches réglementaires

Dans la mesure où notre questionnaire est complètement anonyme et qu'aucune donnée collectée, même en les croisant, ne permet de remonter à l'identité des participants, les données ne sont rattachables à aucune personne et ne sont donc pas des données à caractère personnel au sens de la loi informatique et liberté. De ce fait, la déclaration à la CNIL n'était pas nécessaire dans le cadre de notre étude.

2) Déroulement de l'étude

A) Construction du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire orienté avec un encart expliquant les différents types de violence pour aider les patients à cerner notre problématique (*annexe 2*). Ce questionnaire devait être court, formulé avec des questions fermées en « OUI/NON » afin de permettre des réponses rapides et anonymes. La durée estimée de réponse au questionnaire était d'environ 5 minutes.

Un échantillon de 10 personnes prélevé dans la population générale a été choisi afin de relire le questionnaire et d'en vérifier la compréhension par des personnes n'appartenant pas au milieu médical.

Les différentes caractéristiques secondaires destinées à notre analyse étaient également incluses dans le questionnaire sous forme de questions réponses fermées.

Un espace de réponse ouverte était disponible à la fin du questionnaire, permettant ainsi d'évaluer les attentes des patients envers les professionnels de santé, sur la prise en charge des violences domestiques, dans la perspective de futures études.

B) Distribution du questionnaire et recueil

Une réunion d'information a été organisée dans chaque service d'urgences en amont de l'étude, auprès du personnel médical et paramédical. Le questionnaire était ensuite distribué systématiquement à chaque patient se présentant aux urgences, et remplissant les critères d'inclusion. Il pouvait être donné par les IAO, par les secrétaires d'accueil, ainsi que

par le personnel médical ou soignant, sans tierce personne incluse dans le processus de réponse.

Chaque patient était libre de le remplir ou non en attendant sa prise en charge, sans perte de temps pour lui-même, et de façon strictement anonyme. Une boîte de recueil de questionnaires a été déposée devant la sortie de chaque service, et il était possible pour les patients devant rester hospitalisés de les laisser à quelqu'un du personnel qui le déposerait dans la boîte de recueil.

Selon les services, il a également été possible d'inclure le questionnaire dans le dossier médical du patient, afin que les secrétaires récupèrent l'ensemble des documents distribués sur une journée et les rangent dans la boîte de recueil.

Un encart détachable de contacts (numéro de téléphone d'urgence et d'alerte, noms d'associations...) faisait partie de la feuille de questionnaire. Il permettait aux patients de pouvoir conserver les informations pouvant leur être utiles tout en conservant leur anonymat (contrairement aux flyers par exemple qu'ils auraient dû prendre en public).

Nous avons choisi cette distribution anonyme et cet encart détachable afin de respecter le plus possible le secret médical et la confidentialité du patient, et essayer d'établir un terrain de confiance avec les patients pour qu'ils répondent au questionnaire avec le plus de franchise possible.

Les questionnaires ont été distribués sur une période complète de 10 jours par les équipes d'accueil d'urgences des hôpitaux puis stockés anonymement avant d'être récupérés en main propre.

3) Analyse statistique

L'analyse statistique a porté sur l'ensemble des paramètres recueillis par les questionnaires distribués. Nos données ont été étudiées à partir du logiciel Microsoft Excel® dans un tableau de variables.

Celles-ci étaient principalement constituées de paramètres qualitatifs qui ont été décrits en termes de fréquence et pourcentage en ce qui concerne la prévalence. Nous avons également utilisé un test exact de Fischer pour les analyses secondaires. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec le site BiostaTGV.

III) RESULTATS

1) Généralités

Après recueil et analyse des données sur une courte période du 01 au 10 mars 2021, 239 patients ont répondu au questionnaire :

- 153 questionnaires des urgences adultes du CHRU de Tours
- 28 questionnaires des urgences gynécologiques du CHRU de Tours
- 21 questionnaires des urgences du CH de Dreux
- 18 questionnaires des urgences adultes du CHR de Chartres
- 11 questionnaires des urgences adultes du CHR d'Orléans
- 8 questionnaires des urgences adultes du CH de Blois

Un patient a été exclu de l'étude car les violences qu'il évoquait n'entraient pas au sein de violences domestiques, amenant ainsi une population de 238 patients.

Parmi ces patients, 61 ont été victimes de violences domestiques et 177 n'en ont pas été victimes, comme représenté sur le diagramme de flux ci-contre.

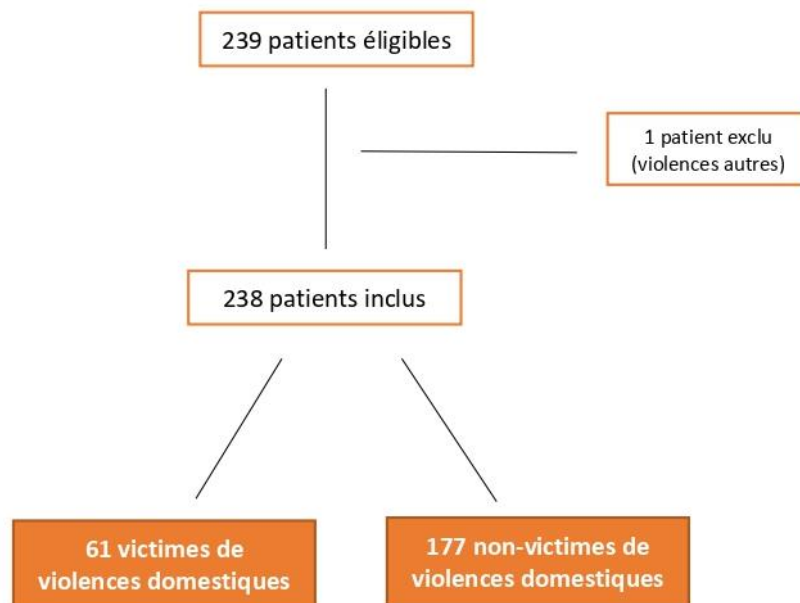


Figure 1 – Diagramme de flux

Parmi les 238 patients inclus dans l'étude, nous retrouvons une prédominance de femmes (59.80%) et de patients en couple (63.20%). Toutes les tranches d'âge entre 18 ans et plus de 75 ans sont représentées avec une faible majorité de 18-30 ans (35.10%). Au niveau socio-professionnel, plus de la moitié des patients inclus étaient actifs (59.80%), en revanche il n'y avait pas de prédominance particulière pour le niveau d'études.

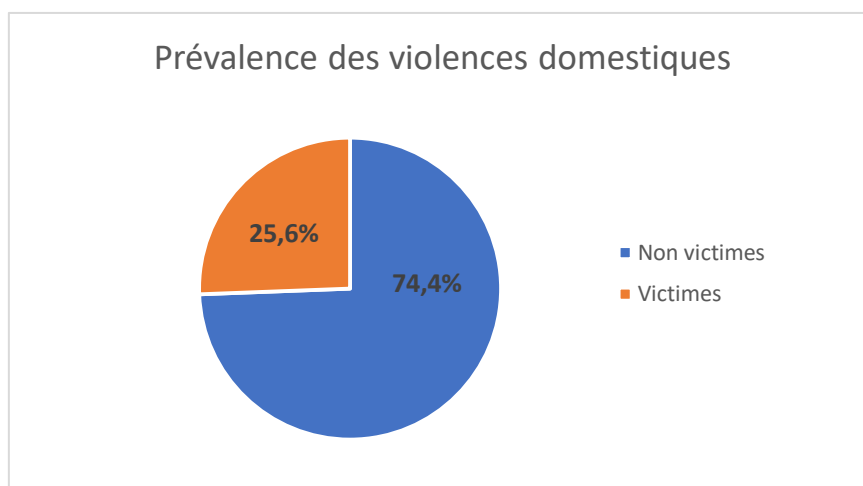
Les caractéristiques épidémiologiques de la population totale de notre étude sont décrites dans le tableau 1 ci-dessous.

Sexe	Femme	143	59.80%
	Homme	95	39.80%
	Sans réponse	1	0.40%
Tranche d'âge	18-30 ans	84	35.10%
	30-45 ans	58	24.30%
	45-65 ans	54	22.60%
	65-75 ans	28	11.70%
	> 75 ans	15	6.30%
Statut marital	Couple	151	63.20%
	Célibataire	57	23.80%
	Divorcé(e)	21	8.80%
	Veuf(ve)	10	4.20%
Catégorie professionnelle	Actif	143	59.80%
	Inactif	93	38.90%
	Sans réponse	3	1.30%
Niveau d'études	Sans diplôme	62	25.90%
	Baccalauréat	85	35.60%
	Etudes supérieures	87	36.40%
	Sans réponse	5	2.10%
Consommation toxiques	Oui	8	3.30%
	Non	231	96.40%
Consommation OH	Oui	36	15.10%
	Non	203	84.90%
Consommation tabac	Oui	65	27.20%
	Non	174	72.80%
Enfants	Oui	138	57.80%
	Non	94	39.30%
	Sans réponse	7	2.90%

Tableau 1 – Caractéristiques de la population de l'échantillon

2) Objectif principal

A l'issue de notre recueil 61 patients étaient victimes de violences domestiques et 177 patients ne l'étaient pas, ce qui correspond à une prévalence de **25.6%** au sein de notre échantillon.



Graphique 1 – Prévalence des violences domestiques

3) Analyses secondaires

Au sein de cette population, nous avons ensuite pu mener diverses analyses afin de comparer leurs caractéristiques et ainsi constater si certaines d’entre elles permettaient de cibler au mieux une population à risque majoré de violences domestiques.

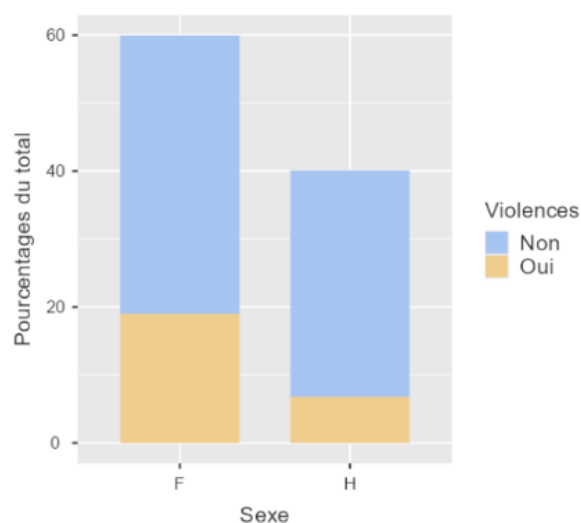
Le tableau 2 représente l’ensemble des données recueillies ainsi que les p-values associées, calculées statistiquement grâce au test exact de Fischer.

Caractéristiques		Violences domestiques		p-value
		Oui	Non	
Sexe	Femme	45 (73.8%)	97 (55.1%)	0.010
	Homme	16 (26.2%)	79 (44.9%)	
Age	18-30 ans	19 (31.1%)	65 (36.7%)	0.534
	30-45 ans	19 (31.1%)	39 (22%)	0.168
	45-65 ans	16 (26.2%)	38 (21.5%)	0.480
	65-75 ans	3 (5%)	25 (14.1%)	0.065
	> 75 ans	4 (6.6%)	10 (5.6%)	0.758
Statut marital	Couple	31 (50.8%)	120 (67.8%)	0.247
	Célibataire	14 (23%)	43 (24.3%)	0.733
	Divorcé(e)	10 (16.3%)	11 (6.2%)	0.030
	Veuf(ve)	6 (9.8%)	3 (1.7%)	0.009
Niveau d’études	Pas de diplôme	19 (31.1%)	44 (24.8%)	0.400
	Baccalauréat	24 (39.3%)	60 (33.9%)	0.440
	Etudes supérieures	18 (29.6%)	69 (39%)	0.218
Catégorie socio-professionnelle	Actif	40 (65.6%)	103 (59.2%)	0.364
	Inactif	21 (34.4%)	74 (40.3%)	
Ont des enfants		36 (59%)	101 (57%)	0.878

Tableau 2 – Analyses secondaires comparatives

A) Sexe

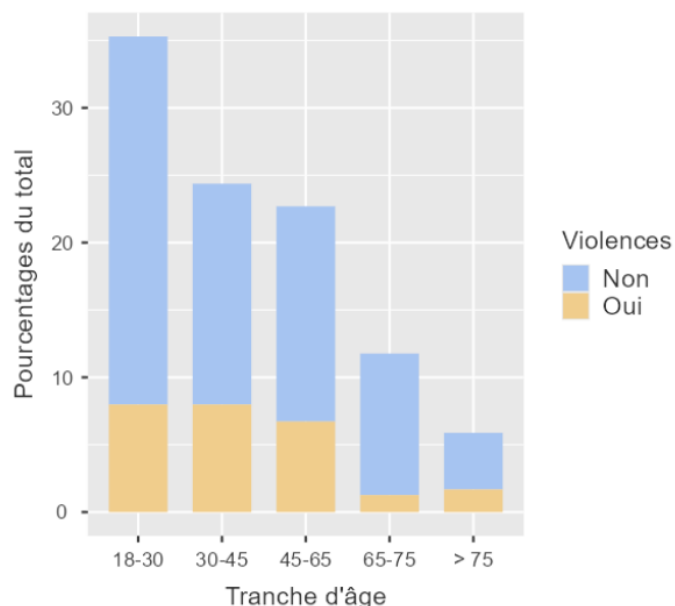
Parmi les 61 patients sujets de violences domestiques au sein de notre étude, 45 d'entre eux étaient des femmes soit 73.8% contre 55.1% de femmes dans l'échantillon indemne de violences domestiques. Nous observons une différence significative au niveau du sexe, avec un p-value à 0.010 (Odds Ratio de 0.438, IC à 95% [0.2141 ; 0.8612]), en faveur d'une prédominance féminine de victimes de violences domestiques.



Graphique 2 – Comparatif fréquence violences domestiques selon variable « sexe »

B) Age

Nous avons pu comparer les 5 différentes tranches d'âge mais n'avons pas trouvé de différence significative concernant cette variable (cf tableau 2).



Graphique 3 – Comparatif fréquence violences domestiques selon variable « âge »

C) Statut marital

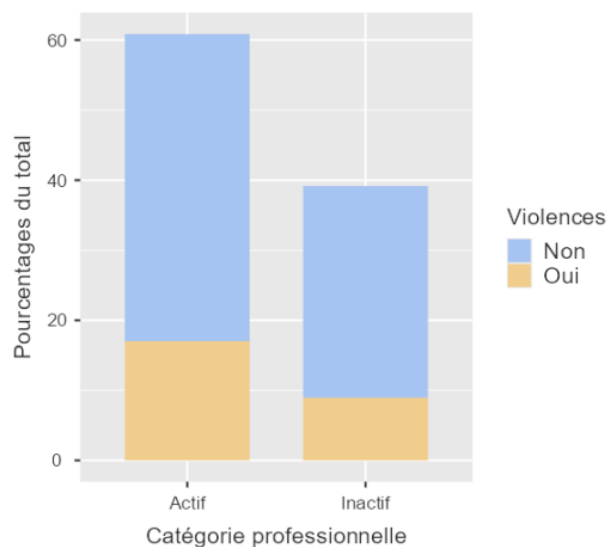
Une différence significative a pu être mise en évidence concernant les variables « divorcé(e) » et « veuf(ve) », avec respectivement $p\text{-value} = 0.03$ et $p\text{-value} = 0.009$ (cf *tableau 2*). Les patients divorcés et veufs ont donc plus de risque d'être victimes de violences domestiques, au sein de notre échantillon. Aucune différence significative n'a pu être établie pour les patients en couple ou célibataires.

D) Niveau d'études

Le niveau d'études a également été analysé, avec 3 variables distinctes : les patients « sans diplôme », les patients ayant obtenu leur « baccalauréat » et les patients ayant effectué des « études supérieures ». Aucune différence significative n'a pu être établie pour chacune de ces variables (cf *tableau 2*).

E) Catégorie socio-professionnelle

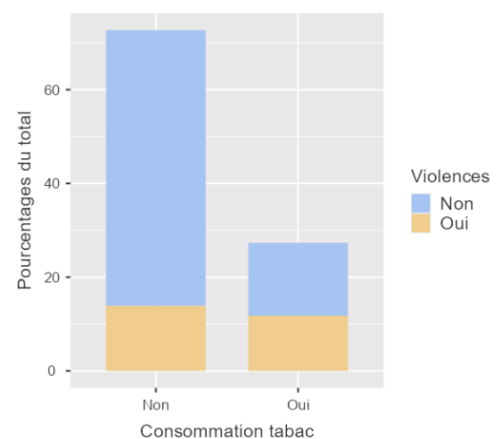
Nous avons comparé les « actifs » par rapport aux « inactifs » au sein de nos 2 groupes. Nous retrouvons un total de 40 actifs (65.6%) pour 21 inactifs (34.4%) dans le groupe victime de violences domestiques, et de 103 actifs (59.2%) pour 74 inactifs (40.3%) au sein des patients indemnes de violences domestiques. Selon le test exact de Fischer, il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes pour la variable concernée, c'est-à-dire la catégorie socio-professionnelle (p-value = 0.364, cf tableau 2).



Graphique 4 – Comparatif fréquence violences domestiques via variable « catégorie professionnelle »

F) Consommation de substances

Nous avons pu observer que parmi les patients victimes de violences, 28 patients (soit 45.9%) fumaient, contre 33 patients (soit 54.1%) qui ne fumaient pas, tandis que dans l'autre groupe de patients, 37 fumaient (soit 20.9%) contre 140 fumeurs (79.1%). Cette différence est significative (p-value < 0.01, cf tableau 2).



A propos de la consommation éthylique, 12 patients parmi les victimes de violences domestiques consommaient de l'alcool plus de 2 fois par semaine contre 49 qui n'en consommaient pas ou moins, et parmi les patients non-victimes de violences, nous constatons 24 consommateurs d'alcool de façon régulière contre 153 non-consommateurs. La différence est non significative ($p\text{-value} = 0.299$, cf *tableau 2*).

A la question « consommez-vous d'autres drogues ? », 5 patients parmi les victimes de violences domestiques (8.2%) et 3 patients parmi les non-victimes (1.7%) ont répondu « oui », correspondant à un total de 8 patients sur les 238 inclus dans l'étude. Le test statistique retrouve une différence significative avec un $p\text{-value}$ de 0.028, cependant la population consommant d'autres toxiques étant très faible, ce résultat n'est que peu exploitable.

G) Présence d'enfants

Nous voulions évaluer si le fait que la victime soit parent influençait sur les violences au sein du foyer. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les patients ayant des enfants ou non ($p\text{-value} = 0.878$, cf *tableau 2*).

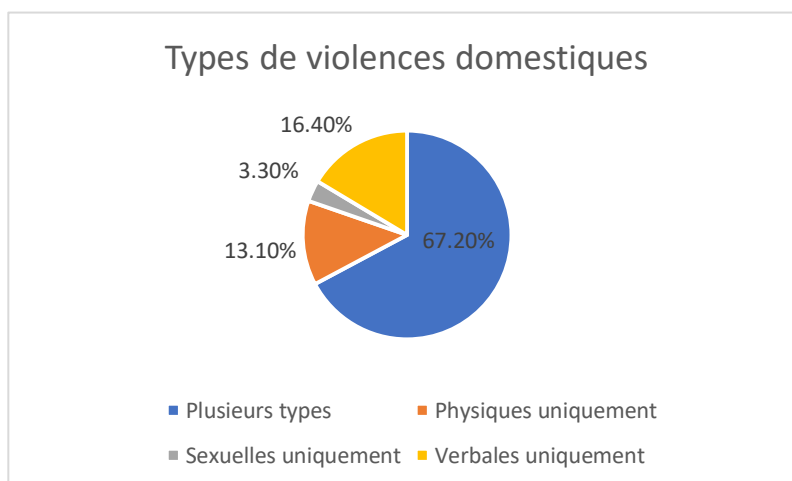
Parmi les victimes, 36 patients soit 58% d'entre eux, avaient des enfants. 7 de ces enfants étaient victimes de violences au sein du foyer. 19.4% des parents victimes de violences domestiques constataient donc que leurs enfants en étaient également victimes.

4) Caractéristiques des violences domestiques et opinions des victimes

A) Types de violences

Au sein de notre échantillon, nous avons donc comptabilisé 61 patients victimes de violences domestiques. Parmi eux, 10 patients ont été victimes uniquement de violences

psychologiques, 8 uniquement de violences physiques et 2 uniquement de violences sexuelles. Cependant, 41 d'entre eux ont été victimes de plusieurs types de violences au cours de leur vie (sans précision). Cela correspond à 67.2% des victimes (*cf graphique n°6*).



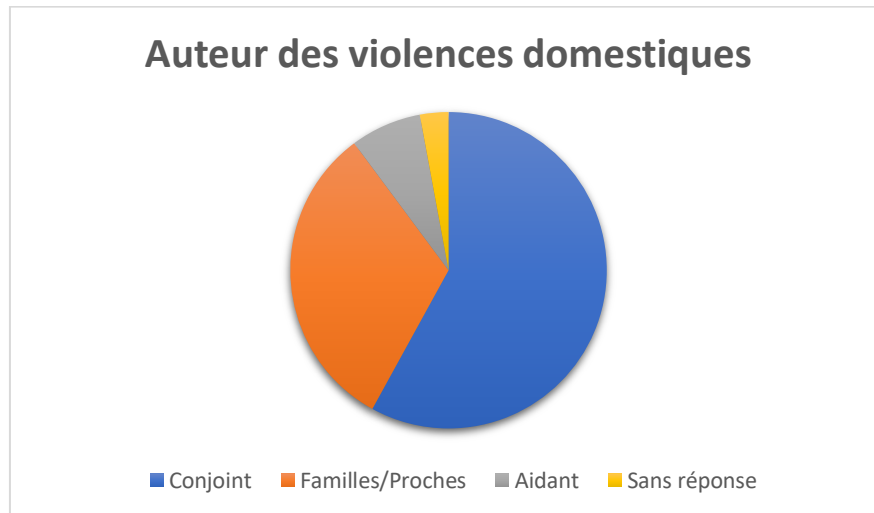
Graphique 6 – Répartition des types de violences domestiques au sein de l'échantillon

B) Auteur de violences

Nous avons ensuite voulu préciser quel était l'auteur le plus fréquent des violences domestiques au sein de notre échantillon, afin de savoir si les plus fréquentes étaient les violences conjugales. Parmi les 61 patients, 40 d'entre eux ont été victimes de violences par leur conjoint soit 65.6% de notre population, 22 par quelqu'un de leur famille ou entourage proche vivant sous le même toit soit 36%, 5 par un aidant soit 8.2% de l'échantillon. 2 patients n'ont pas répondu.

Nous constatons que le total est supérieur à 100%, ce qui est expliqué par le fait que plusieurs patients ont été victimes de violences par plusieurs auteurs différents. Ces résultats montrent qu'en effet, les violences domestiques les plus fréquentes sont les violences conjugales, cependant plus d'un tiers des violences domestiques recueillies dans le cadre de notre étude, ont été provoquées par un membre de la famille ou de l'entourage

proche. Ces violences domestiques sont encore trop rarement mises en évidence ou dépistées, malgré ce besoin apparent.



Graphique 7 – Répartition des auteurs des violences au sein de l'échantillon

C) Antériorité auprès des professionnels de santé

Seulement 42.6% des patients ayant été victimes de violences domestiques au sein de notre étude (soit 26 patients) en avaient préalablement parlé à un professionnel de santé avant de remplir notre questionnaire, mais pour 55.7% d'entre eux (soit 34 patients), c'était la première fois qu'ils les évoquaient dans un contexte médical.

D) Opinion des patients

Nous avons voulu connaître l'opinion des patients victimes de violences domestiques sur ce dépistage systématique réalisé dans le cadre d'une consultation basique aux urgences, c'est-à-dire sans forcément que le motif de consultation soit lié à un contexte de violences.

82% des patients victimes de violences émettent l'hypothèse que, si un professionnel de santé des urgences leur demandait systématiquement s'ils étaient victimes de violences au sein de leur foyer, cela les aiderait d'une part à en parler plus librement, et d'autre part, cela les aiderait ou les inciterait à porter plainte plus facilement.

Cependant, la loi du 30 juillet 2020 permettant aux professionnels de lever le secret médical, dans un contexte de danger immédiat et d'emprise, freinerait 26.2% des patients à parler de ces violences domestiques à un professionnel de santé, tandis que pour 67.2%, cela ne les empêcherait pas d'en parler librement. Ces résultats évoquent qu'au sein de notre échantillon, les patients victimes de violences domestiques seraient enclins à 82% à évoquer leur contexte de violence et à porter plainte de leur plein gré, mais seraient freinés par cette récente loi permettant aux professionnels médicaux d'effectuer un signalement malgré le secret médical.

IV) DISCUSSION

1) Analyse des résultats

Notre étude a déterminé une prévalence de violences domestiques de plus d'un quart de la population de l'échantillon étudié. Si nous extrapolons ce résultat à la population générale, cela signifierait qu'un quart des patients consultant aux urgences, peu importe leur motif de consultation initial, est victime ou a été victime de violences domestiques.

Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de prévalence globale des violences domestiques en France pour pouvoir l'y comparer convenablement. Cependant, ce résultat ainsi que le fait que la majorité de notre population étudiée estime favorablement la recherche des violences domestiques aux urgences, nous permettent d'affirmer que cette recherche systématique serait utile auprès de chaque patient consultant aux urgences, et devrait être réalisée.

Il serait par exemple pertinent de rajouter une case « patient subissant des violences domestiques OUI/NON » au sein de l'anamnèse informatique standard de tout patient consultant aux urgences, afin d'avoir un rappel de cette nécessité de recherche systématique.

Récemment, une étude italienne a été réalisée en Sicile en 2021 : le questionnaire de dépistage des violences, mis au point par l'OMS, était distribué à tout patient venant consulter aux urgences (sauf motif de consultation traumatique) et recherchait un contexte récent de violence domestique. Ils ont ensuite comparé ce résultat au pourcentage de passages avec pour motif « violences domestiques » dans les urgences sur cette même période (13). Ils ont retrouvé à la suite de leur questionnaire, une prévalence de 22.67% de

patients déclarant des violences domestiques récentes contre 0.67% de patients ayant consulté pour ça. Ces taux étant comparables aux nôtres, cela confirme qu'il s'agit d'un enjeu majeur de Santé Publique dans le monde.

Dans le cadre des analyses secondaires, nous avons constaté que les femmes étaient significativement plus touchées que les hommes par les violences au sein du foyer. Cela peut s'expliquer par les violences conjugales qui sont plus fréquemment dirigées vers les femmes, cependant notre étude prouve que le conjoint, bien qu'instigateur majoritaire des violences domestiques, n'est pas le seul. Nous retrouvons aussi des violences provoquées par des proches de la famille, principalement des enfants envers leur mère dans notre étude, ou des descendants envers leurs grands-parents.

Plusieurs études européennes se sont penchées sur le sujet. On retrouve par exemple une étude allemande relatant une prévalence comprise entre 3.4% et 20.3% de violences domestiques physiques chez l'homme, entre 7.3% et 37% pour les psychologiques et entre 0.2% et 7% de violences sexuelles (14). Ces chiffres sont inférieurs aux données retrouvées dans notre étude en ce qui concerne la prévalence des violences domestiques chez l'homme.

La première étude italienne sur les violences domestiques chez l'homme a été réalisée en 2021 à Milan (15) et retrouve, sur 5 années consécutives, une prévalence de ces violences en constant accroissement, avec une augmentation de 252% sur ces 5 ans. Cela appuie que la violence domestique envers les hommes est également un enjeu majeur de Santé Publique, qui s'amplifie et qui doit donc être recherchée au même titre que les violences domestiques chez les femmes. Cette augmentation sur 5 ans laisse supposer que la pandémie de Covid-19 a pu avoir un impact sur les violences domestiques. Mais, nous

pouvons également supposer que la politique de sensibilisation aux violences domestiques motive les patients à se signaler auprès des professionnels de santé.

En ce qui concerne l'âge des patients concernés par les violences, il est intéressant de constater qu'aucune différence significative n'a pu être démontrée, bien qu'il y ait une majorité de violences constatées chez les patients âgés de 45 ans et moins. Cela veut donc dire que tout patient, de 18 à plus de 75 ans dans notre étude, peut être sujet à des violences au sein de son foyer, qu'il soit au sein de son couple, de sa famille ou même en institution pour les personnes plus âgées ou dépendantes. En tant que professionnels de santé, nous devons donc rechercher ce contexte de violence chez chaque patient, quel que soit son âge, y compris chez les personnes âgées, chez lesquelles cela peut être oublié, et même d'autant plus chez elles car elles constituent une population vulnérable.

Une revue de la littérature a été réalisée en 2019 concernant les violences domestiques chez les personnes âgées (16). Les facteurs de risque principalement retrouvés sont la dépendance physique et fonctionnelle, le handicap, les troubles cognitifs et une situation financière précaire. La population mondiale vieillissant de plus en plus, on peut imaginer que les violences domestiques envers les personnes âgées ne vont faire qu'augmenter et qu'il est important d'en faire une prévention.

En ce qui concerne les personnes dépendantes, l'étude réalisée en Allemagne sur les violences domestiques chez les patients de sexe masculin retrouve 31.8% de violences physiques et 42.9% de violences psychologiques chez les patients atteints de handicaps ou de maladies psychiatriques invalidantes (14).

Nos résultats ont permis de conclure que les patients divorcés ou veufs étaient significativement plus sujets à être victimes de violences au sein de leur lieu de vie. Pour les patients divorcés, les violences conjugales peuvent avoir été le motif de séparation. Cependant, certains d'entre eux ont été également victimes de violences causées par leurs enfants.

Les sujets veufs représentent principalement les personnes les plus âgées de notre échantillon, il peut s'agir d'une véritable différence significative, mais également d'un facteur de confusion sur l'âge. Il faudrait poursuivre les recherches pour maîtriser plus précisément ce résultat.

Une étude réalisée en Arabie Saoudite étudiant les facteurs de risque de violences domestiques chez la femme dans les centres de soins primaires retrouve également une différence significative chez les patientes divorcées, mais aussi chez les célibataires, ce qui n'est pas le cas de notre étude (17).

Il serait licite de penser à priori que les populations plus pauvres ou ayant fait moins d'études pourraient être plus à risque de violences domestiques, car vivant potentiellement dans un milieu plus précaire. Cependant, en ce qui concerne les catégories socio-professionnelles et le niveau d'études, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

L'étude précédente réalisée en Arabie Saoudite retrouve même que les patientes ayant un emploi ou ayant effectué des études supérieures sont plus à risque d'être victimes de violences domestiques (17). La catégorie socio-professionnelle et la situation financière ne doivent donc pas influencer le personnel de santé pour questionner ou non le patient.

Notre étude permet de constater que les patients fumeurs sont significativement plus à risque d'être sujets de violences domestiques. On peut croire qu'un contexte d'addiction peut être plus précaire et donc à risque de violences, mais également vice versa : fumer peut devenir une échappatoire à des violences déjà instaurées. Cependant, ces hypothèses sont mises à mal car la consommation éthylique régulière (supérieure à 3 fois par semaine) n'est au contraire pas significativement associée aux violences. Cela peut potentiellement être expliqué par une « mauvaise » définition de la consommation éthylique régulière au sein de notre questionnaire, car elle peut englober les consommations festives occasionnelles et non seulement celle des personnes ayant une réelle addiction ou une forte consommation éthylique.

Une étude australienne réalisée en 2019 retrouve qu'un tiers des violences domestiques sont liées à l'alcool, à la fois chez l'instigateur et chez la victime de violences (18). Selon cet article, l'alcool serait également lié à un plus grand risque de violence physique et de blessure grave.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude analysant précisément le tabagisme comme facteur de risque chez les victimes de violences domestiques.

Le fait d'être parent n'augmente pas significativement pas le risque d'être victime de violences au sein de son foyer. Cependant, nous constatons dans notre étude que quasiment un cinquième des enfants vivant dans un contexte de violences domestiques envers un de leurs parents, en sont également victimes. Cette fréquence très élevée doit nous pousser à chercher des violences infligées chez leurs enfants, auprès des patients nous évoquant des violences domestiques à leur intention.

Une étude nord-américaine reconnaît que la présence de violences au sein du foyer augmente le risque de maltraitance de l'enfant (19). Selon eux, approximativement 30 à 60% d'enfants vivant dans un contexte de violences domestiques dans leur domicile étaient aussi victimes de maltraitance.

En ce qui concerne les caractéristiques des violences en elles-mêmes, on a pu constater que, même si les violences physiques prédominent (car elles sont probablement plus visibles), les violences verbales, psychologiques et sexuelles ne doivent pas être sous-estimées. De plus, certains patients victimes de violences verbales ou psychologiques ne se rendent parfois pas compte qu'ils en sont victimes. Un travail d'éducation de la population générale serait également utile à mettre en place pour sensibiliser les citoyens à ce genre de violence, pour leur permettre de les repérer chez eux, ou au sein de leur entourage.

Par exemple, la revue de littérature réalisée sur les violences domestiques au sein de la communauté des personnes âgées retrouvait de façon très franchement majoritaire des violences psychologiques suivies ensuite des violences économiques puis physiques puis sexuelles (16). Cela signifie que ce sont les violences « invisibles » à l'œil nu qui sont prédominantes, et soutient d'autant plus le fait qu'il est indispensable de rechercher ces violences chez les personnes âgées car il est très probable de ne pas les repérer aisément.

Comme on pouvait s'y attendre, les violences conjugales sont prédominantes au sein de notre échantillon comme très certainement dans la population générale. Cependant, nous pouvons estimer grâce à notre questionnaire, que plus d'un tiers des violences domestiques sont le fait d'un membre de la famille ou d'un proche vivant sous le même toit. Cela permet de signaler qu'il ne faut pas forcément cibler le conjoint comme étant

l'instigateur évident des violences dont sont victimes nos patients. Il ne faut également pas faussement croire que si un de nos patients est célibataire, il est forcément exempt de violences domestiques, comme nous l'avions constaté dans notre analyse du statut marital.

Cette revue de la littérature conclut que les violences domestiques chez les personnes âgées sont causées principalement par les membres de la famille, les amis et les soignants (16).

Enfin, moins de la moitié de notre échantillon de patients victimes de violences domestiques en avait déjà parlé à un professionnel de santé.

Les raisons peuvent être multiples.

Au Sri Lanka, une étude a été menée en 2022 sur les obstacles à la recherche d'aide auprès des professionnels de santé, de la part des femmes victimes de violences domestiques (20). On retrouvait comme principales causes : le manque de connaissances sur le rôle des professionnels de santé, le manque de confiance envers ce corps de métier, la peur des répercussions et l'amour et la loyauté envers l'agresseur. Ils expliquent également que les femmes victimes préfèrent que les professionnels de santé entament les discussions sur le contexte de violence. Ces éléments amènent à penser qu'une recherche systématique est indispensable, ce qui est également perçu à travers les résultats de notre étude.

Les patients ayant répondu à notre questionnaire évoquent que la possibilité d'un lever du secret médical en cas de danger immédiat, pourrait être un frein à la libération de leur parole. Cela peut être dû à une potentielle sensation de privation de liberté, et à la peur des représailles après une déclaration. Cette décision législative française est récente et va

nécessiter du temps pour évaluer son impact en France et son retentissement potentiel à travers le monde.

2) Limites de l'étude

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude du dépistage systématique des violences domestiques au sens large (et non uniquement des violences conjugales) adressé à tous les patients consultant dans les services d'urgences de la région Centre.

A) Biais

Notre étude montre plusieurs limites. Tout d'abord, comme dans toute étude basée sur du volontariat, il existe un biais de sélection. Les patients ayant répondu aux questionnaires pouvaient être en effet les patients qui étaient plus sensibles à ce sujet, ou qui justement en étaient la cible, c'est-à-dire des patients victimes de violences domestiques.

Cela signifie que la prévalence retrouvée peut-être faussement surestimée. Néanmoins, la population que nous visions par notre questionnaire était large : tout patient de plus de 18 ans consultant aux urgences, quel que soit son motif de consultation et étant apte à répondre au questionnaire. Cela correspond à la population cible auprès de laquelle nous souhaiterions extrapoler nos résultats. A noter également que le groupe des « victimes de violence » et le groupe de « non-victimes de violences » venaient du même échantillon, ce qui réduit le risque de différence entre les deux groupes.

De plus, les patients étant relativement souvent accompagnés lors de leur consultation aux urgences, il est possible que certains patients n'aient pas rempli le

questionnaire ou n'aient pas répondu comme ils l'auraient souhaité, car potentiellement en compagnie de l'instigateur de violences.

Il existe également un autre biais de sélection par la distribution des questionnaires. Il est possible que la réunion préalable à cette distribution n'ait pas alerté tout le personnel du service ou qu'il y ait eu des oublis de distribution du questionnaire au cours de l'étude.

Comme toute étude basée sur un questionnaire, il existe également un biais d'information à type de biais de mémorisation. Les données étant uniquement basées sur les déclarations des patients, cela les rend dépendantes d'erreurs de mémoire, de confusion, etc, pouvant altérer nos résultats.

B) Analyse statistique

Au point de vue statistique, il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, multicentrique. Néanmoins sur les 239 questionnaires récupérés, 153 provenaient du même centre soit plus de la moitié de nos réponses, tandis que l'autre moitié des réponses se sépare entre 5 sites. Notre échantillon peut donc être moins représentatif de la population des habitants de la région Centre, à cause de cet échantillonnage majoritaire dans un centre.

Nous souhaitions un minimum de 100 patients sur 10 jours, nous en avons inclus 238. Malgré cela, l'échantillon est restreint, ce qui diminue la puissance de notre étude, et la possibilité d'extrapolation des résultats.

Enfin, notre analyse statistique a été limitée par notre questionnaire en lui-même. A posteriori, nous pouvons voir que certaines questions auraient pu être améliorées. Cela est principalement vrai pour l'analyse des violences : le questionnaire ne nous permet pas, par exemple, de savoir si les violences sont actuelles ou anciennes, si les violences ont été

répétées ou uniques, si les patients ont également été victimes de violences dans leur enfance ce qui pourrait se répercuter sur des violences actuelles, etc...

Nous n'avons pas ciblé spécifiquement les violences économiques dans les cases pouvant être cochées par les patients, ce qui est une erreur.

Nous n'avons également pas pu utiliser ce questionnaire chez l'enfant, d'une part à cause d'une limitation de la compréhension et possibilité de lecture et écriture selon l'âge de l'enfant, et d'autre part à la suite des multiples autorisations qui se seraient surajoutées dans le cadre d'une étude sur mineurs. De plus, les violences visées auraient été principalement du fait des parents (vu que nous recherchons des violences domestiques), et il est difficile de l'évaluer par un questionnaire chez un enfant aux urgences, en présence de ses parents...

3) Perspectives dans l'avenir

Notre analyse ne représente qu'un balbutiement dans l'étude des violences domestiques et de leur dépistage. Ainsi, plusieurs recherches seraient encore utiles et nécessaires afin d'optimiser la prise en charge des victimes.

D'une part, il serait intéressant d'interroger les professionnels de santé sur leurs freins à la recherche systématique des violences domestiques : manque de formation, manque de temps pendant la consultation, inquiétude ou peur de ne pas savoir répondre au besoin de ces patients ? Ces informations seraient utiles à creuser pour des axes d'amélioration et de formation du personnel soignant.

Estimer la prévalence des violences domestiques chez l'enfant et en faire un dépistage systématique serait également pertinent. Cependant, le mode d'étude devra être différent car une recherche par questionnaire ne serait pas adaptée chez l'enfant : enfants ne sachant ni lire ni écrire, présence permanente des parents...

La majorité des réponses de notre étude provenant de Tours, nous avons souhaité approfondir les perspectives potentielles dans le département. Après discussion avec le Dr CANALES Justine dans le cadre de la Maison des Femmes de Tours (*annexe n°3*), nous avons pu nous renseigner sur les possibilités de dépôt de plainte dans le département du 37. L'équipe de l'Institut Médico-Légal est joignable 24h sur 24 sur appel et est en contact rapproché avec les forces de l'ordre pour le dépôt d'une plainte. Cependant, les médecins (ici, urgentistes) peuvent très bien contacter les forces de l'ordre aux heures ouvrées pour réaliser un dépôt de plainte aux urgences, ce qui est probablement peu connu des médecins et donc peu réalisé. Il n'existe pas de permanence des forces de l'ordre 24h sur 24 pour les plaintes, mais il est tout à fait possible de garder les patients au sein du service en attendant de pouvoir les contacter.

Il serait envisageable et utile d'organiser une filière « violences domestiques » aux urgences, reliant les professionnels de santé des urgences, de l'IML et des forces de l'ordre, afin de simplifier la prise en charge des patients victimes de ces violences domestiques ainsi que leur dépôt de plainte éventuel, dans un objectif de gain de temps pour le patient et de prise en charge plus rapide.

Certains services d'urgences ont déjà organisé un partenariat de ce type pour les violences conjugales. C'est le cas de la ville de Toulouse qui ont organisé un dépôt de pré-plainte au sein des urgences à la suite du Grenelle des violences conjugales de septembre

2019 (21). Les services d'urgence du Tarn-et-Garonne ont également modifié leur fonctionnement en ce qui concerne les violences conjugales (22). Un local a été mis à disposition pour déposer plainte directement dans le centre de soins, ou au choix remplir une fiche de liaison afin d'être recontacté par les référents des violences parmi les forces de l'ordre. Cette nouvelle convention projette également de désigner des référents « violences » parmi les professionnels de santé de ces établissements.

Des formations des professionnels de santé au dépistage des violences domestiques tendent d'ailleurs à être mises en place via la Maison des Femmes du CHRU de Tours, notamment auprès des professionnels de santé des urgences. Il serait très pertinent d'évaluer la prévalence globale et la prise en charge des violences domestiques après cette formation, si possible au sein des mêmes centres que notre étude, afin de pouvoir évaluer l'avant/après.

Une méta-analyse publiée en 2021 a justement analysé l'impact d'une formation des professionnels de santé sur les violences domestiques et leur prise en charge (24). Selon cette étude, cette formation pourrait grandement améliorer la capacité des professionnels de santé à réagir face aux victimes de violences ainsi qu'à répondre à leurs besoins et demandes. Cela augmenterait également de façon conséquente leurs connaissances sur ces violences. Elle explique que la formation permettrait également d'améliorer le dépistage des patients victimes six mois après leur apprentissage. Ils ne relèvent en revanche pas de bénéfice sur l'orientation vers les associations de soutien, ou l'organisation d'une mise en sécurité pour les victimes.

V) CONCLUSION

Notre étude, qui avait pour objectif de démontrer l'intérêt du dépistage systématique des violences domestiques aux urgences, retrouve une prévalence de celles-ci de 25.6% parmi tous les patients consultant aux urgences de la Région Centre, sur une période de recueil de 10 jours. 82 % de ces patients estiment favorablement cette recherche. Certains profils de patients semblent plus à risque d'être victime de violences domestiques : les femmes, les patients divorcés ou veufs, ainsi que les patients fumeurs.

Ces résultats prouvent l'intérêt d'une recherche systématique au sein des services d'urgences, avec pour perspective de l'intégrer dans l'interrogatoire fait par les professionnels de santé, ainsi qu'en une amélioration de la formation de ces derniers.

Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires, si possible à grande échelle, pour évaluer les freins des professionnels de santé à réaliser cette recherche systématique, ou pour évaluer le besoin chez l'enfant. Il serait notamment pertinent de réaliser une autre étude après formation des professionnels de santé dans les mêmes centres que notre étude, afin d'évaluer l'avant/après.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Définition de la violence [Internet]. INSPQ. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>
2. Violence conjugale [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
3. 01_Definition.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/01_Definition.pdf
4. etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-chiffres-2020.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2021-08/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-chiffres-2020.pdf>
5. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
6. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
7. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Summary. Sante Publique (Bucur). 16 sept 2010;22(4):405-16.
8. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. J Crim Justice. 1 mai 2021;74:101806.
9. SPF. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
10. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal [Internet]. Ministère de la justice. [cité le 17 juil 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
11. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

12. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? :62. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810/document>
13. M Di Franco;G F Martines;G Carpinteri;G Trovato;D Catalano; (2020). *Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: the value of the WHO questionnaire in emergency medicine* . *QJM: An International Journal of Medicine*, (), -. doi:10.1093/qjmed/hcaa333
14. Kolbe V, Büttner A: Domestic violence against men—prevalence and risk factors. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 534–41.
15. Manuela Margherita; Lorenzo Franceschetti; Lidia Maggioni; Giulia Vignali; Alessandra Kustermann; Cristina Cattaneo; (2021). Les hommes victimes d'abus sexuels et de violences domestiques : un phénomène en augmentation constante. *Médecine, science et droit*, (), -. doi: 10.1177 / 0025802420947003
16. Van Den Bruele, Astrid Botty; Dimachk, Moustapha; Crandall, Marie (2019). Maltraitance des personnes âgées. *Cliniques en médecine gériatrique*, 35(1), 103–113. doi:10.1016/j.cger.2018.08.009
17. Wali R, Khalil A, Alattas R, Foudah R, Meftah I, Sarhan S. Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National Guard Primary Health Care Centers in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. *BMC Public Health*. 2020 Feb 17;20(1):239. doi: 10.1186/s12889-020-8156-4. PMID: 32066422; PMCID: PMC7027085.
18. Curtis A, Vandenberg B, Mayshak R, Coomber K, Hyder S, Walker A, Liknaitzky P, Miller PG. Alcohol use in family, domestic and other violence: Findings from a cross-sectional survey of the Australian population. *Drug Alcohol Rev* 2019
19. Ingrid Walker-Descartes;Madeline Mineo;Luisa Vaca Condado;Nina Agrawal; (2021). Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families . *Pediatric Clinics of North America*, (), -. doi:10.1016/j.pcl.2020.12.011
20. Silva, T., Agampodi, T., Evans, M. *et al.* Obstacles à la recherche d'aide auprès de professionnels de la santé chez les femmes victimes de violence domestique - une étude qualitative au Sri Lanka. *BMC Public Health* 22, 721 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13116-w>
21. Colin B. 20 minutes. Toulouse : les victimes de violences conjugales peuvent désormais déposer une préplainte à l'hôpital ; 2020. [Mis à jour : 04/03/2020]. Disponible : <https://www.20minutes.fr/toulouse/2728879-20200304-toulouse-victimes-violences-conjugales-peuvent-desormais-deposer-preplainte-hopital>
22. Suigard, M. France Bleu. Violences conjugales : le dépôt de plainte facilité dans les services d'urgence du Tarn-et-Garonne ; 2021. [Mis à jour : 06/10/2021]. Disponible : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/violences-conjugales-le-depot-de-plainte-dans-les-services-d-urgence-du-tarn-et-garonne-facilite-1633545522>
23. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5. Art. No.: CD012423.

VII) ANNEXES

Annexe 1 – Loi du 30 juillet 2020 – questions d'évaluation du danger et de l'emprise

Questions
Le danger
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 ?
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 ?
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.) ?
La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?
La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?
La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?
La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?
La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?
La victime exprime-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?
La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?
La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?
Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?
À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?
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 ?
La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des armes à feu (déclarées ou non) ?

Questions

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

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 ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?

La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

Annexe 2 – Questionnaire distribué (recto et verso)

Questionnaire de thèse – « Intérêt du dépistage systématique des violences domestiques aux urgences »

Bonjour,

Dans le cadre de ma fin d'études en médecine d'urgence, je réalise ma thèse dans plusieurs services d'urgences de la région Centre Val de Loire. Le but de cette thèse est d'analyser si le dépistage systématique (c'est-à-dire à chaque passage aux urgences) des violences domestiques (au sein du lieu de vie des patients), qu'elles soient physiques, verbales, ou sexuelles, a un intérêt dans un service d'urgences.

Il existe donc plusieurs types de violences. Il peut s'agir de violences physiques, à type de coups de poings ou de pieds, de brûlures, de gifles, de blessures à l'arme blanche ou même ce qu'on peut penser comme étant « juste » de la poigne ou des cheveux tirés. Il existe aussi des violences psychologiques, pouvant être par exemple du chantage, de menaces, des propos dévalorisants ou humiliants, des injures, ou une sensation de contrôle. Les violences sexuelles sont également visées par cette étude, elles peuvent être de plusieurs natures telles qu'un harcèlement, des attouchements, des agressions sexuelles et des viols. Enfin, il existe également des violences économiques comme des abus financiers notamment auprès des personnes plus âgées.

Ces types de violences domestiques, c'est-à-dire commises dans l'enceinte de votre domicile, ou au sein de votre entourage (famille, conjoint, aidant, proches...) passent le plus souvent inaperçus lors d'une consultation si la question n'est pas clairement posée. Le but de cette démarche interrogative serait d'augmenter l'identification de ces violences et ainsi d'ouvrir un espace de parole aux victimes. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer la prévalence des violences domestiques, ainsi que leur taux de déclaration par les patients, et d'analyser des facteurs de risque et le point de vue des victimes sur l'utilité de ce dépistage systématique.

Vos réponses seront anonymes, les professionnels de santé que vous verrez ensuite lors de votre prise en charge aux urgences n'auront pas connaissance des réponses à vos questions.

Vous pouvez déposer le questionnaire dans la boîte de recueil disposée à cet effet lors de votre départ, ou la donner à un professionnel de santé pour qu'il l'y dépose si vous restez hospitalisé.

Vous êtes bien sûr en libre droit de ne pas répondre à ce questionnaire.

Merci beaucoup de votre temps et de votre aide,

Laura FAUVIN

Date :

- Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non binaire
- Age : ☐ <18 ans ☐ 18-30 ans ☐ 30-45 ans ☐ 45-65 ans ☐ 65-75 ans ☐ >75 ans
- Statut marital : ☐ En couple ☐ Célibataire ☐ Divorc(é)e ☐ Veuf(ve)
- Statut professionnel : ☐ Actif ☐ Inactif
- Niveau d'études : ☐ sans diplôme ☐ baccalauréat ☐ études supérieures
- Consommation personnelle : ☐ tabac ☐ alcool (>2 fois par semaine) ☐ autres drogues
- Enfants : ☐ Non ☐ Oui, nombre :

Avez-vous peur de quelqu'un à votre domicile ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà été victime de violences domestiques (physiques, verbales ou sexuelles au sein de votre foyer/lieu de vie) par une tierce personne de votre connaissance?

- ☐ Oui, physiques ☐ Oui, verbales ☐ Oui, sexuelles ☐ Oui, de plusieurs types ☐ Non

ENCART DETACHABLE :

Si vous avez besoin d'aides ou de conseils, n'hésitez pas à détacher cet encart et à le conserver
3919 : appel violences conjugales
0800059595 : viols femmes info
119 : allô enfance en danger
01 40 47 06 06 : écoute violences femmes handicapées
115 : hébergement d'urgence
3977 : maltraitance des personnes âgées ou handicapées / association Touraine Reper'Age
Département 37 : associations ARCA pour PEC psychologique des victimes de violences
CHRS Anne de Beaulieu pour autonomie et hébergement
Dire et Guérir à Loches pour accompagnement parcours de soins
02 47 31 43 30 : alerte enfance en danger dans le 37

Si oui, par quel type de personne ?

☐ Conjoint

☐ Famille/Proches

☐ Aidant

Si vous en avez déjà été victimes :

- En avez-vous déjà parlé à un professionnel de santé ?
☐ Oui ☐ Non, pourquoi :
- Si vous avez des enfants, sont-ils également victimes de violences ou avez-vous déjà senti vos enfants en danger ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous l'impression que le fait que l'on vous en parle de façon systématique aux urgences vous aiderait à en parler plus librement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si l'on vous posait la question à chaque passage aux urgences, cela vous encouragerait-il à vous faire aider / à porter plainte / contacter des associations ?
☐ Oui ☐ Non
- Le lever récent du secret médical dans certains contextes de violences vous freinerait-il à en parler à un professionnel de santé ?
☐ Oui ☐ Non

Si vous avez été victimes de violences, ou en êtes encore victimes aujourd'hui, qu'attendriez-vous de la part d'un professionnel de santé ?

Avez-vous besoin d'aide ?

Chaque professionnel que vous verrez ensuite est soumis au secret médical : si vous avez besoin d'aide, nous serons toujours disponibles pour vous aider, et vous écouter.

Annexe 3 – Plaquette maison des femmes (recto et verso)

Où nous trouver ?



La Maison des Femmes se situe à Tours,
sur le site de l'hôpital Bretonneau,
à l'entrée principale : 2 boulevard Tonnellé,
au rez-de-chaussée du Centre Henry Kaplan.
En bus : lignes 4 et 15, arrêt Bretonneau.
Stationnement possible sur le site de l'hôpital.

Nous contacter

02.47.47.46.00
du lundi au vendredi de 9h à 17h
maison.des.femmes@chu-tours.fr

Les victimes ou témoins ainsi que les professionnels peuvent
demander conseil ou prendre rendez-vous pour qu'une
femme soit accueillie et prise en charge.



EN CAS DE DANGER IMMEDIAT
SAMU - 15 / POMPIERS - 18 / URGENCES - 112
POLICE / GENDARMERIE - 17

www.chu-tours.fr



CHRU - Tours

Accueillir
Soigner
Accompagner
les femmes victimes
de violences

Prise en charge confidentielle,
sécurisée et gratuite

Hôpital Bretonneau
02 47 47 46 00
maison.des.femmes@chu-tours.fr

LES MISSIONS DE LA MAISON DES FEMMES

- **Organiser un parcours de soins pour les femmes victimes de violences**

- Pour tout type de violences : physiques, psychologiques, sexuelles, incestes, mutilations sexuelles, violences scolaires, violences au travail,
- Un parcours adapté au rythme et aux besoins de chaque femme,
- Pour tendre vers une autonomie pérenne

- **Dépister et orienter les enfants victimes et co-victimes de violences**

- **Prévenir et détecter les violences au plus tôt**

- En proposant des formations aux professionnels de la Région.

Pour toute demande d'intervention, merci de contacter : maison.des.femmes@chu-tours.fr



L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA MAISON DES FEMMES PROPOSE

- **Une prise en charge :**
 - médicale,
 - médico-légale,
 - psychologique,
 - sociale,
- Une équipe spécialisée dans les **mutilations sexuelles féminines**,
- **Des conseils juridiques**,
- **Un accompagnement pour déposer plainte**
- **Des échanges facilités avec les forces de l'ordre et la justice.**

Un soutien juridique avec l'association

France Victimes 37 présente :

- les lundis après-midi
 - les mercredis toute la journée
 - les vendredis matins,
- avec ou sans rendez-vous.

France Victimes 37 : 02.47.66.87.33.

PROCHAINEMENT

Des groupes de parole animés par des professionnels & des ateliers de valorisation seront proposés.

> Plus d'infos sur le site internet du CHRU.

Vu, la Directrice de Thèse Dr DUMOUCHEL Julie

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JD' or similar, enclosed within a horizontal oval shape.

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

FAUVIN Laura

60 pages – 2 tableaux – 1 figure – 7 graphiques

Résumé :

Les violences domestiques, définies dans le cadre de cette étude comme toute violence (physique, sexuelle, économique, verbale et/ou psychologique) au sein d'un foyer, sont un enjeu majeur de santé publique, tant au point de vue médical et psychologique qu'économique par les conséquences qu'elles entraînent. Leur dépistage, bien que recommandé par l'HAS, reste insuffisant. En effet, il n'existe pas de prévalence globale connue en France, et certains types de violences restent sous-estimées, entre autres les violences conjugales envers les hommes ou les violences domestiques envers les personnes âgées.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence que la recherche systématique de violences domestiques aux urgences, système de soins de premier recours, permet de dépister une proportion plus importante de personnes victimes de ce type de violences. Le but secondaire de cette étude est de rechercher des caractéristiques spécifiques permettant de cibler des populations à risque.

Cette étude a été réalisée via un questionnaire anonyme, distribué à chaque patient venant consulter dans plusieurs services d'urgences de la région Centre, sans aucune répercussion sur leur prise en charge.

238 patients ont été inclus, avec un résultat de 61 patients victimes de violences domestiques, contre 177 patients non-victimes, estimant ainsi une prévalence de 25.6% de victimes de violences domestiques au sein de notre échantillon. Au niveau des analyses secondaires, le sexe féminin, le fait d'être divorcé ou veuf et la consommation de tabac montrent une différence significative entre les 2 groupes. 82% des victimes de violences domestiques déclarent qu'une question systématique aux urgences sur ce sujet les encouragerait à en parler et/ou à porter plainte.

Mots clés : violences domestiques, violences conjugales, dépistage, urgences

Jury :

Présidente du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Julie DUMOUCHEL

Membres du Jury : Professeur Saïd LARIBI
Docteur Manon VITTIER

Date de soutenance : 26 septembre 2022