

Signalement des violences conjugales aux urgences d'un centre hospitalier universitaire

Reporting of Domestic Violence in the Emergency Department of a University Hospital

C. Edange · A. El adli · A. Thierry · S. Gennai

Reçu le 14 juin 2022 ; accepté le 5 janvier 2023
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

Résumé Objectif : En 2019, 213 000 femmes (18–75 ans) étaient victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles en France, et 18 % portaient plainte. Dans ce contexte, le CHU de Reims, le Procureur de la République de Reims et l'association « LE MARS France Victime 51 » ont mis en place un dispositif de signalement des violences conjugales au sein des urgences. L'objectif principal de notre étude était de décrire la population de patients consultant aux urgences, pour lesquels des violences conjugales étaient avérées ou soupçonnées au cours de l'interrogatoire. Les objectifs secondaires étaient de décrire la sous-population de patients acceptant le signalement au Procureur de la République et les facteurs associés à l'acceptation du signalement. **Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, monocentrique sur une période de six mois. Si les patients acceptaient l'étude, un questionnaire était renseigné avec recueil des informations relatives aux faits rapportés, aux antécédents et aux données issues de la consultation aux urgences.

Résultats : Quarante-sept patients ont été inclus, avec un âge moyen de 34 ans, et 46 était des femmes. Trente-trois (70 %) ont accepté le signalement. Dans le groupe « Accepte », l'âge était plus élevé ($p < 0,001$), et l'abus d'alcool par le conjoint était plus fréquent ($p = 0,045$). Les fractures n'étaient présentes que dans le groupe « Accepte ». Dans le groupe « Refuse », le premier enfant était plus jeune ($p = 0,007$), et les antécédents de violence conjugale par un

autre agresseur étaient plus fréquents ($p = 0,025$). En analyse multivariée, seuls l'âge et le souhait de porter plainte restaient significativement associés au signalement ($p = 0,006$ et $p = 0,03$ respectivement).

Conclusion : Cette étude a montré que le signalement avait un taux d'acceptation élevé parmi les victimes, facilitant le processus judiciaire, et a permis d'identifier les facteurs associés au refus de signalement.

Mots clés Service d'accueil des urgences · Violence domestique · Violence conjugale

Abstract Aims: In 2019, 213,000 women (18–75 years old) were victims of physical and/or sexual domestic violence in France, and 18% filed a complaint. In this context, the University Hospital of Reims, the Public Prosecutor of Reims, and the association “LE MARS France Victime 51” decided to set up a reporting system for domestic violence within the emergency department. The main objective of this study was to describe the population of patients visiting the emergency department for whom domestic violence was known or suspected during the interview. The secondary objectives were to describe the subpopulation of patients accepting the report to the Public Prosecutor and the factors associated with this acceptance.

Methods: This was a cross-sectional, observational, prospective, monocentric study, over a 6-month period. For each patient agreeing to participate in the study, a questionnaire was filled out with information about the reported event, history, and data about the emergency room visit.

Results: In total, 47 patients were included, with the mean age of 34 years, and 46 were women; 33 (70%) agreed to be reported. In the “Accept” group, age was higher ($P < 0.001$) and alcohol abuse by the spouse was more frequent ($P = 0.045$). Fractures were present only in the “Accept” group. In the “Refuse” group, the first child was younger ($P = 0.007$) and a history of spousal abuse by another abuser was more common ($P = 0.025$). In the multivariate analysis,

C. Edange (✉) · A. El adli · S. Gennai
Service d'accueil des urgences, CHU de Reims,
45, rue Cognacq-Jay, F-51092 Reims, France
e-mail : cedange@chu-reims.fr

A. Thierry
Unité d'aide méthodologique, CHU de Reims,
45, rue Cognacq-Jay, F-51092 Reims, France

S. Gennai
Université Reims Champagne-Ardenne,
F-51100 Reims, France

only age and the desire to file a complaint remained significantly associated with reporting ($P = 0.006$ and $P = 0.03$, respectively).

Conclusion: This study showed that direct reporting had a high acceptance rate among victims, facilitating the judicial process, and identified factors associated with refusal to report.

Keywords Emergency department · Domestic violence · Spouse abuse

Introduction

Les violences conjugales peuvent être définies par des violences réalisées au sein d'une relation sentimentale. Elles peuvent correspondre à des violences psychologiques, physiques, sexuelles ou économiques [1]. Les violences conjugales concernent toutes les formes de relations amoureuses : mariage, pacs, concubinage, hétérosexuelles ou homosexuelles. Elles concernent également les personnes séparées [2]. Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (INSEE-ONDRP-SSMSI), on recense, en 2019, 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans qui, au cours d'une année, ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint [3]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime en 2013 qu'à l'échelle mondiale 35 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles commises par leur partenaire [4]. Cette tendance est également retrouvée dans une étude espagnole avec une prévalence des violences conjugales au cours d'une vie estimée à 32 % [5].

Les violences conjugales ont de multiples conséquences à court et long termes aussi bien sur le plan mental, physique, sexuel ou reproductif. Pour exemple, 42 % des femmes rapportent des blessures consécutives à un acte de violence au sein du couple [4]. Les conséquences peuvent également être mortelles. Une étude américaine a révélé que les patients victimes de traumatismes liés à la violence conjugale avaient un risque de mortalité 2,1 fois plus élevé [6]. Selon l'« Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2020 », réalisée par le ministère de l'Intérieur en France, 102 femmes et 23 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire en 2020 [7].

Ces conséquences expliquent le rôle important des services d'accueil des urgences (SAU) dans la prise en charge des violences conjugales, les victimes présentant souvent des conséquences qui nécessitent des soins rapides. Dans une étude australienne s'appuyant sur des données américaines, 15,5 % des patients consultant un SAU avaient un antécédent de violence conjugale [8]. Compte tenu de cette prévalence, les SAU apparaissent comme un maillon indispensable à la prise en charge de ces patients.

Dans ce contexte, le CHU de Reims et le Procureur de la République de Reims en lien avec l'association « LE MARS France Victime 51 » (LE MARS) ont décidé de mettre en place un signalement des violences conjugales (ou ex-conjugales) au sein du SAU, à partir du 1^{er} juillet 2020. En parallèle, nous avons mené une étude qui avait pour objectif principal de décrire la population de patients consultant au SAU, pour lesquels des violences conjugales étaient avérées ou soupçonnées au cours de l'interrogatoire.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique, prospective, observationnelle, effectuée au SAU du CHU de Reims, du 1^{er} février au 31 juillet 2021. La participation à l'étude était proposée à tous les patients consultant aux urgences pour lesquels des violences conjugales étaient avérées ou soupçonnées au cours de l'interrogatoire. L'identification des violences conjugales se faisait sur le ressenti des praticiens des urgences, qu'ils soient internes ou docteurs, et parfois également via le questionnement automatique.

La participation à l'étude ne modifiait pas la prise en charge médicale des patients. Les patients acceptant le signalement remplissaient un document contenant leur identité et la description des faits. Ce document était ensuite envoyé directement au Procureur de la République de Reims et aux forces de l'ordre par courriel via le secrétariat du SAU. Le signalement avait deux objectifs : porter les faits à la connaissance du Procureur qui pouvait alors décider de l'ouverture d'une enquête pénale, y compris sans plainte du patient, et favoriser l'accompagnement des patients par l'association LE MARS. Que le signalement soit accepté ou non par le patient, un document d'information sur l'association LE MARS comportant leurs coordonnées était donné au patient. Cette association a deux objectifs : l'insertion et la lutte contre la récidive des ex-détenus, et l'aide aux victimes et à la médiation pénale. L'association LE MARS possède plusieurs services : le service France Victime 51, le service d'hébergement ainsi que le service d'insertion et de lutte contre la récidive. Le service France Victime 51 a plusieurs objectifs : l'accueil, l'écoute, l'information juridique, l'accompagnement et l'orientation de toute victime d'infraction pénale ; il propose une prise en charge psychologique à la victime ainsi qu'un accompagnement social dans les démarches. Par ailleurs, un questionnaire en deux parties était renseigné pour chaque patient inclus (Annexe A). La première partie, renseignée par le patient, visait à recueillir des informations relatives aux faits rapportés et aux antécédents. La seconde partie, renseignée par le médecin urgentiste, précisait l'acceptation ou non du signalement par le patient, les examens complémentaires éventuels réalisés aux urgences, le motif d'entrée et le diagnostic principal de sortie.

Étaient inclus les patients âgés de 18 ans et plus, dont des violences conjugales étaient avérées ou soupçonnées au cours de l'interrogatoire par le médecin urgentiste. Étaient exclus les patients dans l'incapacité de donner leur accord à la participation de l'étude.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la population de patients consultant au SAU, pour lesquels des violences conjugales étaient avérées ou soupçonnées au cours de l'interrogatoire. Les objectifs secondaires étaient de décrire la sous-population de patients acceptant le signalement au Procureur de la République et les facteurs associés à l'acceptation du signalement.

Analyse statistique

Les données étaient décrites à l'aide de médianes et interquartiles pour les variables quantitatives, et d'effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives.

Les facteurs associés à l'acceptation du signalement étaient recherchés par analyse univariée (tests de Wilcoxon, du χ^2 ou exact de Fisher, selon les conditions d'application). Le seuil de signification retenu était de 0,05. Les données étaient saisies sur une base ÉpiInfo™ (version 3.5.4). Les analyses statistiques étaient réalisées via les logiciels ÉpiInfo™ (version 3.5.4) et SAS (version 9.4).

Sur le plan éthique, conformément à l'article R. 1123-23 du Code de la santé publique, le comité restreint du Comité de protection des personnes sud-ouest et outre-mer II a examiné ce projet de recherche et donné son accord, lors de sa séance du 18 décembre 2020 (Dossier 2-20-094 id9636). Une lettre d'information concernant les objectifs et les modalités de l'étude était donnée à chaque patient inclus.

Résultats

Quarante-sept patients âgés de 34 (\pm 12,6) ans ont été inclus dans l'étude, dont 46 (98 %) étaient des femmes. Parmi les patients inclus, 28 (60 %) avaient des enfants (Tableau 1) et 33 (70 %) acceptaient un signalement auprès du Procureur de la République (groupe « Accepte »). Sur la période étudiée, 23 296 patients consultaient au SAU, les violences conjugales détectées représentant 0,2 % des passages.

Les motifs de consultation étaient majoritairement des agressions physiques et des violences conjugales sans précision (20 [43 %] et 16 [34 %] respectivement), suivis par de la traumatologie, des causes toxiques, des états anxieux/dépressifs ou une agitation (Tableau 2). L'âge des patients était plus élevé dans le groupe « Accepte » que dans le groupe « Refuse » (36 [20–71] ans vs 22,5 [18–45] ans, $p < 0,001$). Le premier enfant était significativement plus jeune dans le groupe « Refuse » ($p = 0,007$) (Tableau 1). La proportion de patients avec enfants ou dont les enfants

subissaient des violences était similaire dans les deux groupes. Les antécédents de violences conjugales de la part d'un autre agresseur étaient plus fréquents dans le groupe « Refuse » (71 vs 36 %, $p = 0,025$). Les violences étaient pour 45 patients (96 %) physiques, pour 38 (81 %) verbales, pour 35 (75 %) psychologiques et pour 7 (15 %) sexuelles. Le fait que le conjoint soit alcoolisé lors des violences était plus fréquent parmi les patients du groupe « Accepte » (20 [61 %] vs 4 [29 %], $p = 0,045$). Le niveau scolaire, la profession, l'accès aux ressources financières du couple et l'accès à un entourage familial n'influençaient pas le taux d'acceptation de déclaration auprès du Procureur de la République (Tableau 1). L'absence de contact avec un professionnel de santé et l'absence d'entretien avec un psychologue au sujet des violences subies étaient plus souvent mentionnées dans le groupe « Accepte » (25 [76 %] vs 6 [43 %], $p = 0,0447$ et 30 [91 %] vs 8 [57 %], $p = 0,013$, respectivement). Le souhait de porter plainte était significativement plus élevé dans le groupe « Accepte » (26 [79 %] vs 5 [36 %], $p = 0,007$) (Tableau 1).

Il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant l'heure de passage aux urgences, 36 (77 %) des patients consultant en journée (8–20 h). Le diagnostic de sortie « fracture » n'était retrouvé que dans le groupe « Accepte ».

Discussion

Dans notre étude, nous avons repéré 47 patients victimes de violences conjugales sur la période étudiée. Ces patients représentaient 0,2 % des patients consultant aux urgences sur cette même période. Une étude réalisée en Norvège, sur les centres d'appel d'urgence, révélait que 0,1 % des appels concernaient des cas de violences conjugales [9]. Nous avons montré qu'il existait une nette prépondérance féminine dans une population majoritairement d'un jeune âge. La surreprésentation du sexe féminin est fréquente dans les études portant sur les violences conjugales [8,9]. Les jeunes femmes sont également les plus concernées, quel que soit le type de violences [10]. Une étude réalisée au CHU de Limoges, portant sur l'identification des femmes victimes de violences consultant en SAU, retrouvait un âge moyen de 37 ans, toutes formes de violences confondues [11].

Les consultations aux urgences pour lesquelles des violences conjugales étaient suspectées ou avérées étaient plus fréquentes en journée. Cette tendance était également retrouvée dans une étude réalisée aux urgences du CH Alpes Léman en 2015 [12]. On peut se demander s'il était plus facile pour les victimes de consulter en journée ou s'il existait un manque de repérage la nuit par les praticiens. Dans cette hypothèse, il conviendrait d'être plus vigilant sur le repérage des violences conjugales la nuit.

Tableau 1 Comparaison des groupes acceptant le signalement et le refusant			
Variable	Accepte le signalement n = 33	Refuse le signalement n = 14	Valeur de p
Âge (année)	36 [20–71]	22,5 [18–45]	< 0,001
Avoir des enfants	22 (67)	6 (43)	0,13
Nombre d'enfants	3 [1–5]	1 [1–3]	0,08
Âge de l'enfant 1 (année)	17 [0,2–54]	4 [0,6–9]	0,006
Violence sur enfants	6 (27)	2 (33)	1
Avoir accès aux ressources	13 (42)	7 (54)	0,47
Avoir un entourage	23 (72)	10 (71)	1
Plainte passée	4 (36)	5 (50)	0,67
Statut marital (1 donnée manquante) :			
Célibataire	12 (36)	11 (79)	0,15
Marié/pacsé/concubinage	19 (58)	3 (21)	0,15
Veuf(veuve)	1 (3)	0 (0)	0,15
Diplôme (2 données manquantes) :			
Sans diplôme	5 (15)	1 (7)	0,35
Brevet/cap	10 (30)	3 (21)	0,35
Bac/supérieurs	16 (48)	10 (71)	0,35
Profession (3 données manquantes) :			
Intermédiaire/ouvrier/étudiant	9 (27)	7 (50)	0,59
Employé/Cadre	8 (24)	3 (21)	0,59
Sans emploi/retraité	13 (39)	4 (29)	0,59
Premier épisode de violences conjugales	7 (21)	2 (14)	0,70
Antécédents de violences conjugales	11 (35)	10 (71)	0,025
Durée de la relation actuelle (année)	4 [0,3–37]	2 [0,3–12]	0,14
Violences actuelles :			
Verbale	26 (79)	12 (86)	0,70
Physique	33 (100)	12 (86)	0,08
Psychologique	23 (70)	12 (86)	0,30
Sexuelle	5 (15)	2 (14)	1
Circonstances des violences actuelles :			
Pendant les alcoolisations	20 (61)	4 (29)	0,045
Pendant les week-ends/jours fériés	12 (36)	3 (21)	0,49
Pendant la nuit	12 (36)	5 (36)	0,97
Pendant les vacances	5 (15)	1 (7)	0,65
Pendant le confinement	8 (24)	4 (29)	0,73
Pas de contact avec professionnel de santé	25 (76)	6 (43)	0,045
Durée des violences actuelles (année)	2,8 [0,2–35]	1 [0,1–12]	0,24
Consultation service médico-légal	3 (9)	2 (14)	0,62
Souhait de porter plainte	26 (79)	5 (36)	0,007
Consultation aux urgences en journée	25 (76)	11 (79)	1
Examens réalisés aux urgences :			
Biologie	3 (9)	2 (14)	0,62
Radiologie	14 (42)	6 (43)	0,98
Certificat initial	28 (85)	8 (57)	0,06
Arrêt de travail	4 (12)	3 (21)	0,41
Ordonnance	16 (49)	9 (64)	0,32
Pas d'entretien avec un psychologue aux urgences	30 (91)	8 (57)	0,013
Entretien avec une assistante sociale	1 (3)	0 (0)	1

(Suite page suivante)

Tableau 1 (suite)			
Variable	Accepte le signalement n = 33	Refuse le signalement n = 14	Valeur de p
Diagnostic de sortie :			
Fracture	6 (18)	0 (0)	0,032
Intoxication	2 (6)	1 (7)	0,032
Lésions traumatiques superficielles	23 (70)	8 (57)	0,032
Symptômes psychiatriques	2 (6)	5 (36)	0,032
Les variables sont exprimées en nombre (pourcentages) ou en médiane [Q1–Q3]			

Tableau 2 Répartition des motifs de consultations aux urgences	
Variabes	n = 47
Agressions physiques	20 (43)
Violences conjugales	16 (34)
Traumatologie	4 (9)
Causes toxiques	3 (6)
Dépression/anxiété	3 (6)
Agitation	1 (2)
Les variables sont exprimées en nombre (pourcentages)	

L'usage nocif de l'alcool de la part du partenaire était retrouvé chez 24 (51 %) des patients interrogés, soit le facteur de risque le plus fréquent de notre population. Il s'agit d'un des facteurs de risque de violences conjugales reconnus par l'OMS, et, selon plusieurs études, l'alcoolisation des auteurs de violences varie de 22 à 55 % [13,10]. Une étude se déroulant à San Francisco a montré que l'agresseur était décrit par la victime comme ayant un problème d'alcool ou de drogue dans 48 % des cas [14]. Une attention particulière sur les patients alcoolisés, avec le questionnaire automatique des violences conjugales, permettrait une diminution de celles-ci. Les autres facteurs de risque de violences conjugales reconnus par l'OMS tels que l'exposition à des violences antérieures, les patients sans emploi, le manque d'accès aux ressources financières du couple, le niveau d'instruction peu élevé (absence de diplôme) étaient retrouvés dans notre population. Le ciblage des patients avec facteurs de risque permettrait une prise en charge précoce des violences conjugales.

Dans notre population, 33 (72 %) patients acceptaient le signalement, ce qui semble relativement élevé comparativement aux chiffres déclarés par le Gouvernement français : en 2019, seules 18 % des femmes victimes de violences conjugales déclaraient avoir porté plainte à la suite de violences conjugales [3]. Ainsi, un signalement direct à partir des SAU pourrait aider les victimes à initier une démarche de plainte. La majorité des patients ayant accepté le signalement n'avaient pas eu de contact avec un professionnel de santé au

sujet des violences conjugales avant l'arrivée en SAU. Cette information montre que le patient accepte le signalement, même sans connaître le professionnel de santé qui l'accompagne dans cette démarche.

Ce travail a également montré qu'environ 2/3 des patients se présentaient aux urgences avec le souhait de porter plainte. Dans cette situation, le signalement avait 6,6 fois plus de chance d'avoir lieu. En général, les patients arrivaient aux urgences rapidement après les faits avec le souhait de porter plainte. Une fois de retour dans leur foyer, le risque connu pour les patients victimes de violence conjugale est de voir s'installer la peur ou bien l'impossibilité d'entreprendre les démarches en lien avec la présence de l'agresseur. L'intérêt du signalement direct aux urgences est de faciliter cette démarche, au moment où la volonté de plainte est la plus forte et avant d'être éventuellement influencé à prendre une autre décision. L'âge du patient influençait significativement la décision de signalement. Nous avons constaté plus de signalements chez les patients les plus âgés, avec une probabilité d'accepter le signalement multiplié par 1,2 en moyenne par année de vie. Nous avons également retrouvé de manière significative que le fait d'avoir subi des violences conjugales d'un précédent agresseur était un facteur de refus de signalement. Une étude réalisée en 2017 a montré que près de 26 % de l'ensemble des cas de violences conjugales enregistrés concernaient des personnes subissant une victimisation répétée [15]. L'existence d'une précédente plainte ne semblait pas modifier la décision de signalement.

Le niveau d'étude, le niveau socioprofessionnel et les revenus du patient n'influençaient pas le signalement. Cela montre que cette démarche est un besoin pour toutes les victimes et que le statut socio-économique n'a pas d'importance lorsque l'on est victime.

Récemment, plusieurs mesures gouvernementales ont vu le jour, comme en atteste la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) [16], une mission comportant trois principaux objectifs :

- réaliser un plan national de formation sur les violences faites aux femmes pour les professionnels ;

- observer les violences faites aux femmes à l'échelle nationale ;
- coordonner la lutte contre la traite des êtres humains.

Le taux d'acceptation du signalement était important dans notre étude et pourrait augmenter grâce aux missions de la MIPROF. Afin d'aider les victimes dans leurs démarches et faciliter le signalement, les médias ont su s'emparer du sujet, notamment par la diffusion de nombreuses campagnes publicitaires et la mise à disposition d'informations sur Internet.

Notre étude comporte plusieurs limites. Dans un premier temps, nous avons un biais de sélection, le questionnaire n'était proposé qu'aux patients pour lesquels des violences conjugales étaient soupçonnées ou avérées. Certains patients victimes de violences ont ainsi pu être manqués. Le deuxième biais est un biais d'inclusion, en effet n'étaient inclus que les patients qui acceptaient l'étude, possiblement plus enclins à accepter un signalement. De plus, nous n'avons pas recueilli le nombre de patients ayant refusé de participer à l'étude. Un autre biais présent est le manque de puissance puisque l'étude a porté sur un faible effectif, limitant peut-être la mise en évidence de certains facteurs, comme la notion de violences subies par les enfants de la victime (facteur motivant la séparation selon l'OMS). De plus, nous n'avons pas pu réaliser d'analyse multivariée sur les facteurs de risque significativement différents entre les deux groupes en raison du faible effectif. Il serait intéressant de pouvoir mener une étude avec une puissance plus importante pour pouvoir réaliser l'analyse multivariée. Le dernier biais est l'absence de suivi, l'étude ne concernait que le passage en SAU et nous n'avons pas suivi les patients dans le temps. Nous ne savons pas combien de plaintes ont été déposées ni si les patients ont été suivis ou non par l'association LE MARS. Nous n'avons pas non plus recueilli la satisfaction des patients concernant cette démarche.

Conclusion

Le signalement direct des violences conjugales au Procureur de la République à partir des urgences est associé à un taux élevé d'acceptation et d'initiation des démarches judiciaires. Le signalement était influencé par l'âge de la victime, l'âge de ses enfants, la gravité des lésions physiques et la notion d'un contact préalable avec un professionnel de santé. Le niveau socio-économique, l'absence d'entourage, le manque d'accès aux ressources, le type de violences conjugales, la durée de la relation conjugale et la durée des violences n'influençaient pas le taux d'acceptation du signalement.

En adoptant une politique de service de questionnement systématique, nous devrions être mieux capables de détecter les patients les moins enclins à effectuer un signalement. Aussi, avec le développement des mesures gouvernementa-

les et l'ouverture de la parole, les victimes de violences conjugales décideront probablement plus souvent et plus rapidement de porter plainte. Enfin, il serait intéressant qu'un retour d'information soit effectué par les autorités aux services d'accueil des urgences à partir desquels les signalements sont émis, pour renforcer positivement la démarche de questionnement des patients par les urgentistes.

Il serait intéressant d'étudier les plaintes recueillies par les autorités judiciaires et les signalements aux Procureurs de la République d'autres départements.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Annexe A. Questionnaire sur le signalement des violences conjugales aux urgences de Reims (disponible dans le matériel supplémentaire)

Références

1. République Française : Service public (2021) Violence conjugale. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544> (Dernier accès le 12 juin 2022)
2. Salmons M, Mémoire traumatique et victimologie (2010) Violences conjugales. <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html> (Dernier accès le 12 juin 2022)
3. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (2019) Enquête « cadre de vie et sécurité ». <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS> (Dernier accès le 12 juin 2022)
4. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013) Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf;jsessionid=DA568226E2DB39387C2E164514C0B721?sequence=1 (Dernier accès le 12 juin 2022)
5. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castoño J, Alvarez-Kindelan M, et al (2006) Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol* 16:357-63
6. Tennakoon L, Hakes N, Knowlton L, et al (2020) Traumatic Injuries Due to Interpersonal and Domestic Violence in the United States. *J Surg Res* 254:206-16
7. Ministère de l'Intérieur (2021) Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2020. <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/mobilisation-contre-violences-intrafamiliales/etude-nationale-sur-morts> (Dernier accès le 12 juin 2022)
8. Roberts GL, O'toole BI, Raphael B, et al (1996) Prevalence Study of Domestic Violence Victims in an Emergency Department. *Ann Emerg Med* 27:747-53
9. Steen K, Alsaker K, Raknes G (2022) How Often Do Nurses Suspect Violence and Domestic Violence in Local Emergency Medical Communication Centre? A Cross-Sectional Study. *Scand J Prim Health Care* 40:281-8

10. Santé publique France (2018) État des connaissances : épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/epidemiologie-des-violences-conjugales-en-france-et-dans-les-pays-occidentaux-synthese-bibliographique-2013-mise-a-jour-en-2016> (Dernier accès le 12 juin 2022)
11. Carpio H (2019) Identification des femmes victimes de violences consultant dans le service des urgences du CHU de Limoges [Thèse de médecine]. Université de Limoges. Faculté de médecine
12. Nollet M, Vernudachi D (2018) Violences faites aux femmes : descriptif du parcours de soins et facteurs prédictifs de repérage précoce. Étude observationnelle et cas-témoin au service d'accueil des urgences du centre hospitalier Alpes Léman en 2015 [Thèse de médecine]. Université Claude-Bernard – Lyon-I. Faculté de médecine
13. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021) Violence à l'encontre des femmes. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (Dernier accès le 12 juin 2022)
14. Berrios D, Grady D (1991) Domestic Violence Risk Factors and Outcome. *West J Med* 155:133–35
15. Ouellet F, Blondin O, Leclerc C, et al (2017) Prédiction de la revictimisation et de la récurrence en violence conjugale. *Criminologie* 50:311–27
16. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) (2017) Rapport d'activité 2013–2017. https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf (Dernier accès le 12 juin 2022)