

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marie-Noé FERRANDI

Née le 04 mars 1995 à SAINT CLOUD (92)

Effets des restrictions liées à la Covid-19
sur les consultations pour violences intrafamiliales et sexuelles en Indre et Loire :
une revue de 3 687 dossiers de l'Unité Médico-Judiciaire de Tours.

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Leslie GUILLON-GRAMMATICO,
Epidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours.

Membres du Jury :

Docteur Justine CANALES, Maison des Femmes, PH, CHU- Tours

Docteur Pierre TIXERONT, Unité Médico-Judiciaire, PH, CHR- Orléans

Directeur de thèse :

Professeure Pauline SAINT MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine - Tours

Introduction : confinement, limitation des déplacements, fermeture des écoles : dès le début des premières restrictions dues à la pandémie de Covid-19 s'est posée la question dans l'espace médiatique d'une hausse des violences intrafamiliales. Nous avons analysé les données d'activité de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) du CHRU de Tours pour vérifier si une telle augmentation avait effectivement été constatée en Indre et Loire.

Matériel et méthodes : nous avons mené une étude rétrospective des dossiers de patients ayant consulté à l'UMJ, service de consultation de l'Institut Médicolégal du CHRU de Tours pour violences à enfants, violences conjugales et/ou violences sexuelles entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021. Nous avons décrit pour chacun de ces patients le motif de consultation, l'autorité requérante, la date des derniers faits et l'incapacité totale de travail (ITT) déterminée à la fin de la consultation. Nous avons comparé le nombre moyen de consultations pour ces motifs de violences en fonction de la présence ou de l'absence d'une restriction à but sanitaire. Nous avons fait de même pour l'ITT évaluée à l'issue de chaque consultation, ainsi que pour les délais de consultation par rapport à la date des derniers faits.

Résultats : nous avons mis en évidence une augmentation du nombre de patients examinés à l'UMJ de Tours pour des violences conjugales pendant les périodes de couvre-feu, de confinement et de fermeture des écoles. Le nombre de majeurs rapportant des violences sexuelles hors relations conjugales a diminué pendant les périodes de couvre-feu. Il en a été de même pour les mineurs ayant révélé des violences sexuelles lors de la fermeture des établissements scolaires. Il n'a pas été mis en évidence de variation significative de l'ITT pour les faits ayant eu lieu pendant les périodes de restrictions. Les délais de consultations ont varié de manière non homogène en fonction des restrictions appliquées.

Discussion : l'augmentation du nombre de patients consultant suite à des violences conjugales en Indre et Loire pendant les périodes de confinement est concordante avec la littérature scientifique internationale ainsi qu'avec les chiffres émis par le gouvernement français. L'absence d'augmentation du nombre de consultations chez les mineurs pendant les confinements et la période de fermeture des écoles pourrait être liée à un biais de diminution de détection de celles-ci par les intervenants extra-familiaux. La pandémie de Covid-19 semble avoir été à l'origine d'une aggravation des violences intrafamiliales. Les facteurs de risque de violences perdurent toujours et le contexte actuel de crise socio-économique est un motif d'inquiétude quant à une poursuite de la montée des violences intrafamiliales à un terme bien ultérieur à celui de la pandémie-même.

Mots clés : Covid-19, violences intrafamiliales, violences sexuelles, violences conjugales, violences à enfants, restrictions.

Introduction : confinement, limitation of movement, school closures: from the beginning of the first restrictions due to the Covid-19 pandemic, the question of an increase in intra-family violence was raised in the public media. We analyzed the activity data of the Unité Médico-Judiciaire (UMJ) of the CHRU of Tours to verify whether such an increase had indeed been observed in Indre et Loire.

Material and methods: we conducted a retrospective study of the files of patients who consulted the UMJ, the consultation service of the Medico-Legal Institute of the CHRU of Tours for violence against children, domestic violence and/or sexual violence between January 1, 2018 and December 31, 2021. We described for each of these patients the reason for consultation, the requesting authority, the date of the last events and the total work incapacity (« Incapacité Totale de Travail » in French, abbreviated as ITT) determined at the end of the consultation. We compared the average number of consultations for each type of violence according to the presence or absence of a restriction. We did the same for the ITT evaluated at the end of each consultation, as well as for the consultation delays in relation to the date of the last event.

Results: We found an increase in the number of patients seen at the UMJ of Tours for domestic violence during periods of curfew, confinement and school closure. The number of adults reporting sexual violence outside of conjugal relationships decreased during curfew periods. The same occurred for minors who disclosed sexual violence during school closures. There was no significant change in ITT for events that occurred during curfew periods. Consultation times did not vary homogeneously according to the restrictions applied.

Discussion: The increase in the number of patients examined for domestic violence in Indre et Loire during the periods of confinement is consistent with the international scientific literature and with the figures issued by the French government. The absence of an increase in the number of consultations among minors during the lockdown and school closure periods could be related to a bias of reduced detection by extra-familial workers. The Covid-19 pandemic appears to have been responsible for an increase in domestic violence. The risk factors for violence still persist and the current socio-economic crisis is a reason for worry about a continued rise in domestic violence well after the pandemic itself.

Key words: Covid-19, sexual violence, domestic violence, conjugal violence, child abuse, restrictions.

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 VOURC'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

4

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

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 – 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. MORAIN – 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
BERHOUEZ 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
DESOUBEAUX 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
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-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

6

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
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)
BRUNAUT 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
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	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
GUEGUINOU 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
-----------------------	-----------------------

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

A mon père, dont je n'ai pas fini d'appivoiser l'absence. Je sais que tu serais fier.

A ma mère, dont je suis fière. Merci d'être ma Maman. ❤️

A mes incroyables frères et sœurs. La similarité génétique ne gomme pas vos individualités.

Gabrielle la globe trotteuse, qui ose ouvrir un chemin différent.

Emilien, notre expert-conseil informatique et jeux de société.

Eloi et ta bonne humeur, ton allant et tes fossettes, ton goût de la fête.

Rémi, premier adolescent normal de cette famille. Je ne m'inquiète pas : tu gères.

Jeanne-Marie, ma petite sœur préférée. Même quand tu as les cheveux Danette vanille-chocolat.

Je ne vous dis pas assez à quel point vous comptez.

A Amélie, ma meilleure cousine. Merci de ce qu'on partage : tout, et le reste.

Depuis et jusqu'à notre date d'anniversaire.

A ma famille si grande :

spéciale cassdédi à Babka, Hervé, Catherine, Déborah et Simon, François, Gen, Béa et Silid.

A mon parrain Jean-Marc pour son aide précieuse : sans lui les statistiques de cette thèse seraient toujours au point 0, tendant vers moins l'infini.

A mes amis, que je ne mérite pas toujours.

Aux anciens et aux nouveaux, à ceux au cœur du cœur,

à ceux dont les trajectoires désormais différentes n'empêchent pas les intersections :

Agathe, Alicia et Guillaume, Alix et Augustin avec le si beau Léonard, Armelle, Hermine, Jehanne et Martin, Julien, Justine, Luc, Laura et Maxime, Matthieu.

Merci d'être là pour moi.

A mes colocs successives : on ne s'est pas choisies mais on s'est bien trouvées.

Estelle et Soisic, pour nos soirées jeux et nos matins puzzle, pour m'avoir appris à aimer la bière, pour avoir tenté de m'inculquer l'art de bien prescrire.

Léna, pour ton audace, ton rire contagieux et ta culture Koh Lantatique. Soumaya, même si elle nous préfère Marouen.

A Mme Gaudin grâce à qui, chers lecteurs, vous pourrez découvrir cette thèse sans que vos yeux ne pleurent sur l'orthographe ni que votre cerveau ne butte sur mes tournures alambiquées. Merci Raphaëlle pour votre réactivité et vos corrections bienveillantes.

A mes co-internes d'hier et aujourd'hui :

Mélanie, Némó, Gioia et Sarah, Hélène, Alix, Clémence et Houssine.

Pour les fous rires, les soirées et les sorties, les coups de main et les coups de gueule, les discussions interminables au comptoir ou entre deux comptes-rendus. Pardon, Clémence, si ces remerciements ne te font pas pleurer.

A l'ensemble des médecins de l'IML de Tours, l'UMJ adultes d'Orléans, l'UHSA de l'EPSM G. Daumézón et du CRF Bel Air. Pour votre pédagogie, vos enseignements patients, vos conseils avisés.

Aux équipes paramédicales qui m'ont accueillie et accompagnée tout au long de cet internat. Secrétaires, infirmier.es, aides-soignant.e.s, rééducateurs, agent.e.s de chambre mortuaire. Vecteurs d'organisation, amis inattendus, espaces de liberté, vous avez grandement participé à la qualité de ces stages.

Aux hommes, aux partenaires et aux amis qui, déjouant toutes les statistiques de cette thèse, m'auront prouvé qu'on peut encore aimer une femme en 2022 sans qu'elle ne soit ni insultée, ni battue, ni violée.

A Madame le Professeur Pauline SAINT MARTIN

Merci de l'honneur que vous me faites d'encadrer cette thèse.

Votre passion pour la médecine légale, votre engagement dans la lutte contre les violences conjugales, votre pédagogie sont un exemple pour l'ensemble du service.

A Madame le Professeur Leslie GUILLON - GRAMMATICO

Merci d'avoir bien voulu présider le jury cette thèse.

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

Au Docteur Justine CANALES

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour votre accompagnement pédagogique lors de mon premier semestre, pour votre dynamisme et pour votre investissement dans la santé des femmes.

11

Au Docteur Pierre TIXERONT

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour votre implication auprès des internes de l'UMJ et pour vos enseignements patients. Merci de nous rappeler souvent que la vie ne s'arrête pas à la médecine.

Résumé	2
Abstract	3
Liste des abréviations	14
Index des figures	15
Index des tableaux	16
Index des annexes	17
Introduction	18
- Généralités	18
- Définitions préalables	18
o Violences	18
o Incapacité Totale de Travail	19
o Restrictions	19
o Territoire d'étude	19
- Unité Médico-Judiciaire du CHRU de Tours	20
- Facteurs de risque de violence.	20
- Etat des lieux des violences dans le monde, en France et en Indre et Loire	21
- Pandémie et violences	22
Matériel et méthodes	24
- Périodes de restriction à but sanitaire	24
- Type d'étude	24
- Population d'étude	26
o Critères d'inclusion	26
o Critères d'exclusion	27
- Données collectées	29
o Autorité requérante	29
o Dates des premiers et des derniers faits	29
o Délai par rapport aux premiers et/ou aux derniers faits	29
o Restrictions existant lors de la commission des faits	30
o Incapacité Totale de Travail	30
- Analyses statistiques	31
o Critères d'exclusion de l'analyse statistique	31
o Logiciel et tests statistiques	31

Résultats	33
- Population	33
- Restrictions à but sanitaire et distribution des consultations	37
- Au sein d'une période de confinement	38
- ITT	41
- Délai de consultation depuis les derniers faits	42
Discussion	44
- Violences conjugales	44
- Violences à enfants	47
- Violences sexuelles	49
- ITT, gravité des violences	50
- Délais de consultation	51
- Limites de l'étude	52
- Etudes ultérieures	53
Conclusion	55
Références bibliographiques	56
Annexes	61

37 : Département d'Indre et Loire.

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire.

Covid-19 : Maladie à coronavirus 2019.

CVS (enquête) : Cadre de Vie et Sécurité.

IML : Institut Médico-Légal.

IP : Information Préoccupante.

ITT : Incapacité Totale de Travail.

MIPROF : Mission interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres humains.

NC : Non Connu.

ND : Non Déterminée.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONPE : Observatoire National pour la Protection de l'Enfance.

ONU : Organisation des Nations Unies.

OPJ : Officier de Police Judiciaire.

SARS- Cov2 : Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère, responsable de l'épidémie ayant débuté en 2019.

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger.

UMJ : Unité Médico-Judiciaire.

UNICEF : *United Nations International Children's Emergency Fund*, soit Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

UNFPA : *United Nations Fund for Population Activities* soit Fond des Nations Unies pour la Population.

Figure 1 : frise chronologique des restrictions à but sanitaire.

Figure 2 : diagramme de flux.

Figure 3 : principe d'un test de χ^2 (illustration).

Figure 4 : nombre de victimes en fonction du motif de consultation ($n= 3\ 687$).

Figure 5 : genre en fonction du motif de consultation ($n= 3\ 687$).

Figure 6 : autorité requérante en fonction du motif de consultation ($n= 3\ 687$).

Figure 7 : répartition des délais de consultation en fonction du motif de celle-ci ($n= 3\ 162$).

Tableau 1 : tableau descriptif de la population, totalité des patients inclus ($n = 3\ 687$).

Tableau 2 : confinement et nombre de consultations : $\chi^2 = 11,68$, p-value = 0,020 ($n = 3\ 162$).

Tableau 3 : couvre-feu et nombre de consultations : $\chi^2 = 17,08$, p-value = 0,002 ($n = 3\ 162$).

Tableau 4 : fermeture des établissements scolaires et nombre de consultations : $\chi^2 = 10,306$, p-value = 0,036 ($n = 3\ 162$).

Tableau 5 : restrictions à but sanitaire et ITT moyenne : analyse de variance ($n = 2\ 784$).

Tableau 6 : effet des restrictions à but sanitaire sur les délais de consultation écoulés depuis les derniers faits ($n = 2\ 762$).

Annexe 1 : tableau descriptif de la sous-population, patients dont les derniers faits ne peuvent être situés par rapport à au moins une restriction à but sanitaire ($n= 525$).

Annexe 2 : tableau descriptif de la sous-population, patients dont les derniers faits peuvent être situés par rapport à au moins une restriction à but sanitaire ($n=3 162$).

Annexe 3 : violences intrafamiliales au sein des coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus).

Généralités

Lors de la pandémie de Covid-19, les violences intra-familiales ont rapidement été une source de préoccupation tant de la part des médias ¹⁻³ que des associations d'aide aux victimes ⁴. Dès le 6 avril 2020, Mme Mlambo-Ngcuka, directrice exécutive d'ONU Femmes a dénoncé une « pandémie fantôme » à l'égard des femmes ⁵, bientôt relayée par l'UNICEF à propos des violences contre les enfants ⁶⁻⁸. L'augmentation du temps passé ensemble et la diminution des contacts extra-familiaux ont fait craindre une augmentation de ces violences difficiles à révéler, favorisées par la proximité.

Définitions préalables

Violences

L'Organisation des Nations Unies pour les femmes définit la *violence intrafamiliale* comme tout acte de violence physique, sexuelle, psychologique, économique et/ou administrative qui survient au sein du foyer ou de la famille ⁹.

18

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la *violence au sein du couple* représente tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel, ou psychologique. Ceci inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination ¹⁰.

La *violence sexuelle* correspond à tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, les tentatives de viol, les contacts sexuels non consentis et d'autres moyens de coercition sans contact physique ¹⁰.

La *maltraitance à enfant* désigne, d'après l'OMS, les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de

l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ¹¹. En France, la loi du 7 février 2022 dispose la maltraitance comme tout geste, parole, action ou défaut d'action compromettant ou portant atteinte au développement de l'enfant, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé intervenant dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. Le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes est également considéré comme une forme de maltraitance ¹².

Ce travail utilise le terme générique de « *victime* » pour désigner un patient examiné à l'issue de révélation de violences. Il ne préjuge pas de l'issue de la procédure judiciaire.

Incapacité Totale de Travail

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) représente la gêne fonctionnelle ressentie par le patient dans ses activités quotidiennes (alimentation, déplacement, toilette, habillage, etc.) à la suite des faits de violences volontaires ou de blessures involontaires. Elle est fixée en nombre de jours. L'ITT est utilisée par le magistrat dans la procédure pénale : elle permet la qualification juridique des faits.

19

Restrictions

L'émergence du SARS-Cov2 s'est accompagnée de mesures instaurées à but sanitaire : confinement, couvre-feu, limitation des déplacements, fermeture des établissements scolaires. Dans ce travail, nous avons regroupé ces mesures sous le terme global de *restrictions*.

Territoire d'étude

Cette étude a été réalisée à partir des consultations ayant eu lieu à l'Institut Médico-Légal (IML) du CHRU de Tours. Situé en Région Centre Val de Loire, la ville de Tours est le chef-lieu de son département, l'Indre et Loire (37). L'Indre et Loire comportait 608 000 habitants en 2018, dont 126 500 avaient moins de 18 ans. Sur les 283 900 foyers recensés dans le département en 2019, 145 500 (51,2%) étaient formés d'un couple avec (65 350, 23%) ou sans (80 150, 28,2%) enfant ¹³.

Unité Médico-Judiciaire du CHRU de Tours

L'IML du CHRU de Tours est le centre de référence et d'enseignement de la médecine légale en Région Centre - Val de Loire. Au sein de celui-ci, l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) est un centre de consultations recevant les personnes victimes de violences principalement originaires d'Indre et Loire. Les patients se présentant à l'UMJ sont très majoritairement examinés sur réquisition judiciaire, c'est-à-dire à la demande des forces de police ou de gendarmerie, à l'issue d'un dépôt de plainte ou d'un signalement judiciaire. Il est demandé aux médecins légistes de l'UMJ d'examiner les patients puis de remettre un rapport mentionnant l'Incapacité Totale de Travail (ITT). En fonction du délai écoulé depuis les derniers faits, de la nature de ceux-ci et du cadre de procédure pénale, la remise du rapport peut être urgente ou non. Début juin 2021 s'est ouverte la Maison des Femmes du CHRU de Tours où les patientes peuvent se présenter spontanément, sans avoir déposé plainte. Elles sont alors examinées sans réquisition judiciaire et un parcours de prise en charge globale leur est proposé.

Lors du premier confinement, l'ensemble des services du CHRU de Tours a dû annuler toute activité non urgente. L'Unité Médico-Judiciaire a ainsi également annulé l'ensemble des consultations programmées à la mi-mars 2020. Sur la période du premier confinement n'ont été examinées que les personnes nécessitant une consultation urgente. Toutes les consultations initialement déprogrammées ont été reportées dès le début du déconfinement. Par la suite, l'Unité Médico-Judiciaire a gardé un fonctionnement habituel, même si une restriction à but sanitaire était en vigueur.

20

Facteurs de risque de violence

Parmi les facteurs de risque de violences conjugales les plus décrits, on retrouve notamment la perte de ressource (humaine ou financière), le stress financier ou professionnel, l'isolement social, les relations insatisfaisantes et/ou conflictuelles, l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle basse. L'usage de drogues ou d'alcool chez le conjoint est également un facteur de risque pour le conjoint non-consommateur de subir des violences. Pour une femme, être dépressive augmente son risque de subir des violences au sein d'une relation intime ¹⁴⁻¹⁹.

Concernant les enfants, avoir des troubles du comportement, être issu de catégories socio-professionnelles défavorisées, avoir des parents chômeurs ou consommateurs de substances psychoactives, être témoin de violences entre ses parents, être socialement isolé, vivre dans un pays où les politiques sociales sont peu développées sont quelques-uns des facteurs de risque de violences ^{15, 18, 20-22}. Selon la littérature, être de genre féminin augmente le risque d'être victime de violences sexuelles dans l'enfance ^{20,23}.

Au sein d'un foyer, l'apparition d'un type de violences (psychologique, physique, etc.) augmente le risque de banalisation de celles-ci et donc de l'apparition d'autres formes de violences, y compris sexuelles ^{16, 21}.

L'augmentation du temps passé ensemble, par exemple lors des fêtes de fin d'année ou des vacances scolaires a été décrit comme à risque d'augmentation des violences domestiques ^{24,25}. Des recherches étudiant les conséquences de catastrophes humaines ou naturelles (conflit armé, ouragan, épidémie infectieuse) sur la population ont mis en évidence une recrudescence des violences intrafamiliales dans les zones sinistrées ^{21, 26-28}.

Enfin, avoir assisté à des violences dans son enfance, avoir soi-même déjà subi des violences, consommer de l'alcool ou de la drogue, avoir une pathologie psychiatrique ou une personnalité anti-sociale sont des facteurs de risque d'être l'auteur de violences ^{15, 16, 18, 29}.

21

Etat des lieux des violences dans le monde, en France et en Indre et Loire

En 2021, l'OMS estimait que dans le monde, une femme sur trois a subi, subi ou subira des violences du fait de son genre ¹⁰. En France, entre 2011 et 2018, 295 000 personnes dont 213 000 femmes ont déclaré chaque année avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint ³⁰. En 2021 en Indre et Loire, 2,7 à 4,6 personnes pour 1 000 habitants dénonçaient des violences conjugales aux forces de sécurité ³⁰. 86% d'entre elles étaient des femmes ³¹. Entre 2018 et 2021, ce sont 1 488 patients qui ont consulté pour des faits de violences conjugales à l'UMJ de Tours.

La moitié des deux milliards d'enfants sur Terre subit des violences d'après l'ONU ³². En France, l'Observatoire National pour la Protection de l'Enfance (ONPE) a montré qu'en 2019, 4,4 ‰ des enfants français avaient été vus par les forces de sécurité pour des sévices physiques

au sein de leur famille et 1,3% pour des violences sexuelles intrafamiliales. Toujours selon l'ONPE, en 2020 près d'un enfant est mort chaque semaine à la suite de violences commises par sa famille ³³. En Indre et Loire en 2021, chez les personnes de plus de 15 ans, 2,0 à 2,7 personnes pour 1 000 habitants ont déclaré subir des violences intrafamiliales ³⁴. Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021, 922 mineurs suspectés être victimes de violences intra-familiales ont été vus à l'UMJ de Tours (hors violences sexuelles).

Sur la même période, 1 277 adultes et enfants ont été examinés à l'UMJ de Tours à la suite de révélations de violences sexuelles.

Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité comparant le nombre de procédures judiciaires françaises au nombre de violences auto-déclarées par des questionnaires, seul un sixième des victimes de violences sexuelles et un dixième des victimes de violences intrafamiliales de plus de 15 ans déposeraient plainte ³⁵.

Les violences judiciairisées constituent donc la partie émergée d'un iceberg dont la taille ne peut être qu'estimée.

22

Pandémie et violences

Incertitude sur l'avenir, perte de ressources économiques, augmentation du temps passé ensemble, diminution des contacts extra-familiaux, dégradation de la santé mentale de la population ^{36, 37} : la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sanitaires ont majoré ou précipité nombre de facteurs de risque de violences ^{17, 38}, tant chez les victimes que chez les auteurs. La situation paraît alors propice à une flambée des violences intrafamiliales. En conséquence, l'UNFPA, le Fond des Nations Unies pour la Population estimait que pour 6 mois de confinement supplémentaires, il y aurait 31 millions de victimes de violences liées au genre de plus dans le monde ³⁹.

En France, les chiffres publiés par le gouvernement portent à croire que les violences intrafamiliales et sexuelles ont significativement augmenté lors des mesures de restrictions à but sanitaire. Ainsi, la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes) rapporte un doublement du nombre d'appels pour des violences conjugales sur les lignes

téléphoniques dédiées aux victimes lors du premier confinement ⁴⁰. Le service statistique ministériel de la sécurité intérieure dénombre lui une hausse de 10% du nombre de victimes enregistrées par les forces de sécurité pour des violences conjugales entre 2019 et 2020 ³⁰. Les dépôts de plainte pour des violences intrafamiliales sur personne de plus de 15 ans ont augmenté de 9% en 2020 et de 14% en 2021 ; ceux pour des violences sexuelles de 3% en 2020 et de 33% en 2021 ^{31,35}.

Qu'en a-t-il réellement été en Indre et Loire ? Les restrictions à but sanitaire ont-elles été à l'origine de plus de violences intrafamiliales et sexuelles ? Ces violences ont-elles été plus graves ?

Périodes de restrictions à but sanitaire

Les périodes concernées par une ou plusieurs restrictions ont été définies à partir des décrets publiés au Journal Officiel ¹². Leurs applications en 2020 et 2021 sont synthétisées dans la frise chronologique de la figure 1.

Le *confinement* a été défini comme toute période où il était interdit de quitter son domicile hormis pour les achats de première nécessité, le travail s'il ne pouvait être effectué en distanciel ou pour une promenade de courte durée. Toute période de confinement induisait conjointement, par définition, une limitation kilométrique et temporelle des déplacements.

Toutes les périodes pendant lesquelles il était interdit de se déplacer avant une certaine heure le matin et après une certaine heure le soir ont été définies comme périodes de *couvre-feu*.

Une *limitation des déplacements* s'appliquait lorsqu' il était interdit de se déplacer au-delà d'une certaine limite kilométrique et/ ou pendant plus d'un certain temps.

24

Toutes les périodes pendant lesquelles les établissements scolaires de maternelle, de premier ou de second cycle (primaire, collège, lycée) étaient fermés et/ou l'enseignement se faisait entièrement en distanciel en Indre et Loire ont été définies comme *période de fermeture des écoles*. La fermeture des établissements d'enseignement supérieur n'a pas été retenue compte-tenu qu'elle ne concernait a priori pas ou peu de mineurs. Au vu de la multiplicité et de la complexité des protocoles successifs encadrant l'accueil des enfants dans les écoles (plus de 20 en 2 ans ⁴¹, seule la fermeture complète de tous les établissements du département a été retenue.

Une même période pouvait être à la fois concernée par un couvre-feu, une limitation des déplacements et la fermeture des écoles.

Type d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective, observationnelle, analytique et transversale.

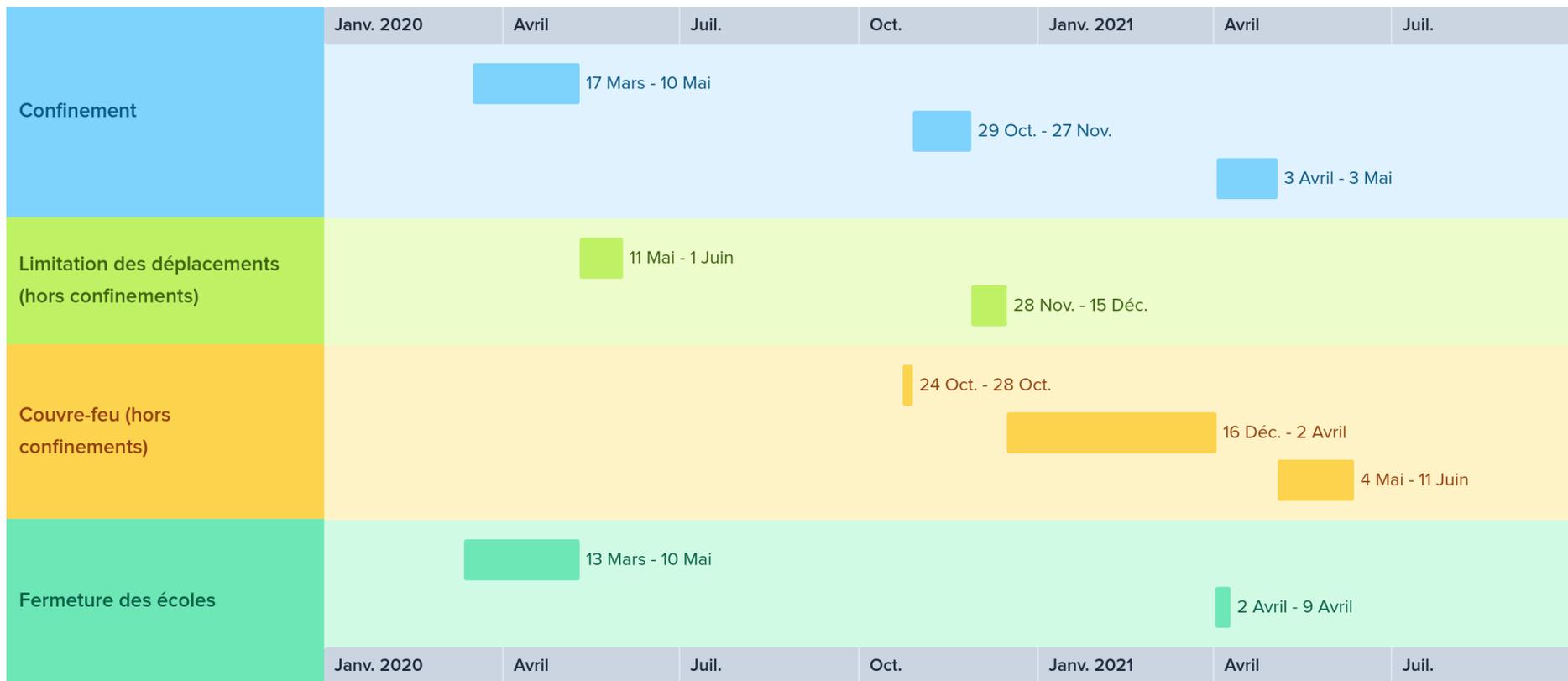


Figure 1 : frise chronologique des restrictions à but sanitaire

Population d'étude

La population étudiée était constituée de l'ensemble des patients ayant consulté à l'IML de Tours pour des violences sexuelles, des violences conjugales ou des violences à enfants entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021, sur réquisition judiciaire ou non.

Les dossiers ont été sélectionnés à partir des archives numériques du service (logiciel MEDLE). Le codage des consultations dans le logiciel MEDLE est effectué par les secrétaires de l'IML en amont de la consultation, en fonction des éléments communiqués par les enquêteurs. Les critères suivants ont permis la constitution de la liste de dossiers éligibles : date de consultation, nature de l'examen (examen médico-légal, examen médico-légal +ITT, examen médico-légal + prélèvements), contexte (violences conjugales – vivant, violences sexuelles-vivant, maltraitance à enfants – vivant, autre).

Les comptes-rendus de consultation correspondant à ces dossiers ont été compulsés, soit informatiquement, soit sur papier si la forme numérique n'était pas retrouvée.

Critères d'inclusion :

- *Toutes catégories confondues* : les patients ont été inclus s'ils avaient consulté entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021, quel que soit leur genre, qu'ils se présentent sur réquisition judiciaire ou non et quel que soit le type de violences subies au sein de leur catégorie. Les patients ayant consulté plusieurs fois ont été inclus autant de fois que de consultations.
- *Violences conjugales* : ont été inclus l'ensemble des patients ayant consulté pour des violences conjugales, sans limite inférieure ou supérieure d'âge.
- *Violences à enfants* : ont été inclus l'ensemble des patients mineurs ayant consulté pour des violences commises par une personne de l'entourage familial ou par une personne dépositaire de l'autorité parentale. Ont également été inclus les enfants consultant pour des violences sans que l'auteur des faits ait été désigné, ainsi que les adultes révélant des faits de violences s'étant produits pendant leur minorité ou ayant débuté pendant leur minorité et s'étant poursuivis à l'âge adulte.
- *Violences sexuelles* : ont été inclus l'ensemble des patients ayant consulté pour des violences sexuelles, sans limite inférieure ou supérieure d'âge, quel que soit le lieu où

se sont déroulées les violences (travail, famille, lieu public, etc.). Si le patient était mineur au moment des faits ou lorsque ceux-ci avaient débuté, il était classé dans la catégorie « violences sexuelles sur mineur ». Si les faits de violences sexuelles s'étaient produits au sein d'une relation conjugale, le patient était classé dans la catégorie « violences sexuelles conjugales ». Si le patient ne répondait à aucune des deux catégories précédentes, la consultation était classée dans « violences sexuelles sur majeur ».

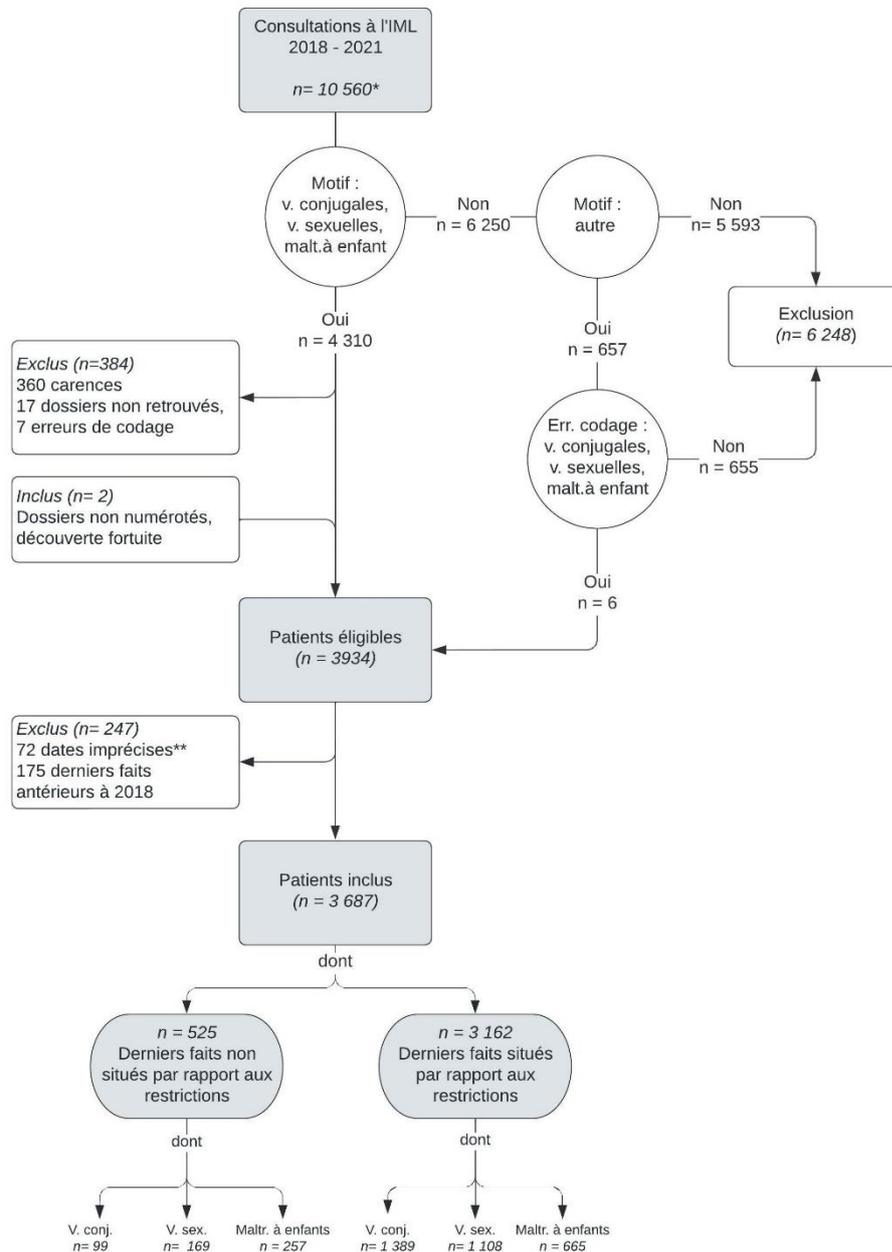
- *Autre* : toutes les consultations enregistrées avec le codage « autre » mais portant sur des faits de violences conjugales, sexuelles ou à enfants (codage erroné) ont été incluses.

Critères d'exclusion

- *Pour l'ensemble des catégories* : ont été exclus les patients ne s'étant pas présentés (carence, annulation de la consultation). Ceux dont les comptes-rendus de consultation n'ont pas été retrouvés ni sous forme numérique, ni sous forme papier ont été exclus. Les patients déclarant des violences dont les derniers faits étaient antérieurs au 1^{er} janvier 2018 ont été exclus. Il en a été de même pour toutes les consultations enregistrées comme violences à enfants, violences conjugales ou violences sexuelles mais ne portant pas sur de tels faits (codage erroné).
- *Violences à enfants* : les mineurs alléguant des violences sexuelles, y compris intrafamiliales, étaient exclus de cette catégorie au profit de la catégorie « violences sexuelles sur mineur ». De même, les adultes révélant des faits de violences sexuelles s'étant produit pendant leur minorité ou ayant débuté pendant leur minorité et s'étant poursuivi à l'âge adulte ont été exclus de cette catégorie au profit de la catégorie « violences sexuelles sur mineur ». Les violences à enfants s'étant produites hors du cercle familial (par exemple : garde d'enfants, instituteurs) ont été exclues. Les personnes révélant des violences intrafamiliales commises exclusivement après leur majorité ont été exclues. Les patients déclarant des violences scolaires ont été exclus, à l'exception de ceux dénonçant des faits de nature sexuelle. Ils ont alors été inclus dans la sous-population « violences sexuelles sur mineur ».

- *Violences conjugales* : les patients alléguant des violences sexuelles au sein d'une relation conjugale étaient exclus de cette catégorie au profit de la catégorie « violences sexuelles conjugales ».

La figure 2 représente le diagramme de flux de notre étude.



*Motifs de consultation : accident du travail, accident de la voie publique, certificat de coups et blessures, demande d'asile, détermination d'âge, maltraitance à enfants, maltraitance à personne âgée, violences scolaires, violences sexuelles, violences policières, vulnérabilité.

**cf Matériel et méthodes.

Figure 2 : diagramme de flux

Données collectées

Chaque patient a été catégorisé par sa date de naissance et son genre. *L'âge* a été calculé à partir de la différence entre la date de consultation et la date de naissance.

L'autorité requérante de la consultation a été relevée pour chaque patient. Il pouvait s'agir de la police (« COMPOL », « IGPN ») ou d'une gendarmerie (« gendarmerie », « maison de protection des familles »). Les consultations à la demande des services hospitaliers, à l'initiative du patient ou de son entourage (« consultations privées ») et à la demande du Tribunal Judiciaire ont regroupées dans la catégorie « autres ».

Quand elles étaient indiquées dans le compte-rendu de consultation, les *dates des premiers et des derniers faits* ont été relevées.

Si ces dates n'étaient pas connues, elles ont été catégorisées en « non connue » (NC). Si les faits étaient qualifiés par des termes comme « au début » « à la moitié » ou « à la fin » du mois, ils ont été arbitrairement respectivement fixés au 1^{er}, 15^{ème} et dernier jour du mois donné. Si les faits allégués ne pouvaient être précisés au cours d'un mois, d'une saison ou d'une année, ils n'ont pas été fixés plus précisément que le mois, la saison, l'année donnés.

Si la date des faits était qualifiée par des termes imprécis comme « quelques jours », « quelques semaines » ou « à l'été 2018 », les qualificatifs utilisés par le patient lors de la consultation étaient intégrés à la place de la date des faits.

Concernant les premiers faits, si le patient hésitait entre deux dates, la date la plus ancienne était retenue. Concernant les derniers faits, si le patient hésitait entre deux dates, la date la plus récente était retenue.

Le délai par rapport aux premiers et/ou aux derniers faits a été calculé par la différence entre la date de la consultation et la date des faits allégués. Si ces dates n'étaient pas connues ou non retranscrites dans le compte rendu de consultation, ces délais étaient catégorisés en « non connu » (NC). Si la date des faits était imprécise (saison, quelques jours, plusieurs semaines, etc.) le délai était catégorisé en « imprécis ». Si la date des faits ne pouvait être précisée au sein d'un mois, le délai a été calculé à partir du premier jour de ce mois.

Les délais de consultation par rapport aux derniers faits ont été regroupés en 5 catégories : 5 jours ou moins, 6 à 30 jours, 31 à 90 jours, 91 à 180 jours, 181 jours ou plus.

La date des derniers faits révélés par chaque patient a été mise en parallèle avec la ou les restrictions existant lors de la commission de ces faits. Si les derniers faits avaient eu lieu lorsqu'une restriction s'appliquait, le patient était inclus dans la catégorie « présence » de cette restriction. Si les derniers faits avaient eu lieu alors que cette restriction n'était pas en vigueur, le patient était inclus dans la catégorie « absence » de cette restriction. Le même classement a été répété pour chacune des restrictions à but sanitaire.

Les patients dont la date des derniers faits n'était pas connue mais dont la date de consultation était antérieure au 13 mars 2020 (date de la première fermeture des écoles) ont été inclus dans la catégorie « absence » pour toutes les restrictions. Tous les patients dont la date des faits n'était pas connue et dont la consultation avait lieu le 15 mars 2020 ou après ont été inclus dans la catégorie « non connue » (NC) pour l'ensemble des restrictions.

Les patients déclarant des violences « en 2020 » sans précision ont été inclus dans la catégorie « NC » pour toutes les restrictions.

Si un patient déclarait des violences au cours d'un mois de 2020 ou 2021, sans précisions, et que durant ce mois une ou des restrictions avaient varié, il était inclus dans la catégorie « NC » pour la ou les restrictions concernées. Si durant ce mois, la ou les restrictions n'avaient pas varié, il était inclus dans la catégorie « absence » ou « présence » de la ou des restrictions correspondantes.

Tous les patients inclus dans la catégorie « NC » pour une restriction ont été exclus de l'analyse statistique pour cette restriction.

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) a été recueillie chaque fois que cela était possible. Chaque consultation ayant donné lieu à une ITT numérique a été classée dans la catégorie numérique correspondante à ce chiffre. Si plusieurs ITT étaient proposées par le médecin légiste, l'ITT la plus grande était retenue. S'il était mentionné « pas d'ITT » ou « pas d'ITT au sens pénal du terme », les consultations ont été catégorisées en « pas d'ITT ».

Les consultations dont le compte-rendu ne mentionnait pas d'ITT – soit que l'ITT n'ait pas été demandée par l'autorité requérante, soit que l'ITT ait été demandée mais non déterminée par le médecin – ont été catégorisées en « non déterminée » (ND). Les ITT qualifiées qualitativement par des termes comme « non déterminable » ou « non évaluable » ont été qualifiées en « non déterminée » (ND). Les ITT qualifiées qualitativement par les termes de « définitive », « permanente » ou équivalent ont été classées dans la catégorie « définitive ».

Seules les ITT quantitatives des patients consultant pour des faits de violences pouvant être situés par rapport à au moins une restriction à but sanitaire ont été analysées, soit un total de 2 874 patients.

Analyses statistiques

Critères d'exclusion de l'analyse statistique

Parmi les patients répondant aux critères d'éligibilité, ceux déclarant une date imprécise pour les derniers faits de violences (« quelques jours », « été 2020 », « plusieurs semaines ») ont été exclus de l'analyse.

Du fait d'un trop grand nombre de données manquantes ou imprécises, le délai entre les premiers faits de violences et la date de consultation n'ont pas été analysés.

Logiciel et tests statistiques

Les tests statistiques ont été effectués grâce au logiciel XLStat.

Le seuil de significativité retenu a été un risque d' $\alpha = 5\%$ pour un intervalle de confiance à 95%.

Un test de Khi-2 (χ^2) a été réalisé pour rechercher l'effet des restrictions à but sanitaire sur la distribution du nombre de consultations au sein de notre population d'étude.

Il a permis de vérifier si le nombre de consultations observé pour chaque catégorie de violences correspondait au nombre attendu de consultations pour ces mêmes catégories, en fonction de la présence ou de l'absence d'une restriction à but sanitaire.

Le pourcentage et le nombre attendus de consultation pour chaque type de violence a été calculé en supposant que la présence d'une restriction à but sanitaire n'avait pas d'effet sur la distribution des motifs de consultations. Lors des périodes de restriction, la distribution des motifs de consultations serait alors la même que celle observée sur la totalité de la population étudiée (en présence et en absence des restrictions).

La figure 3 est une illustration de l'application du test de χ^2 sur une population fictive.

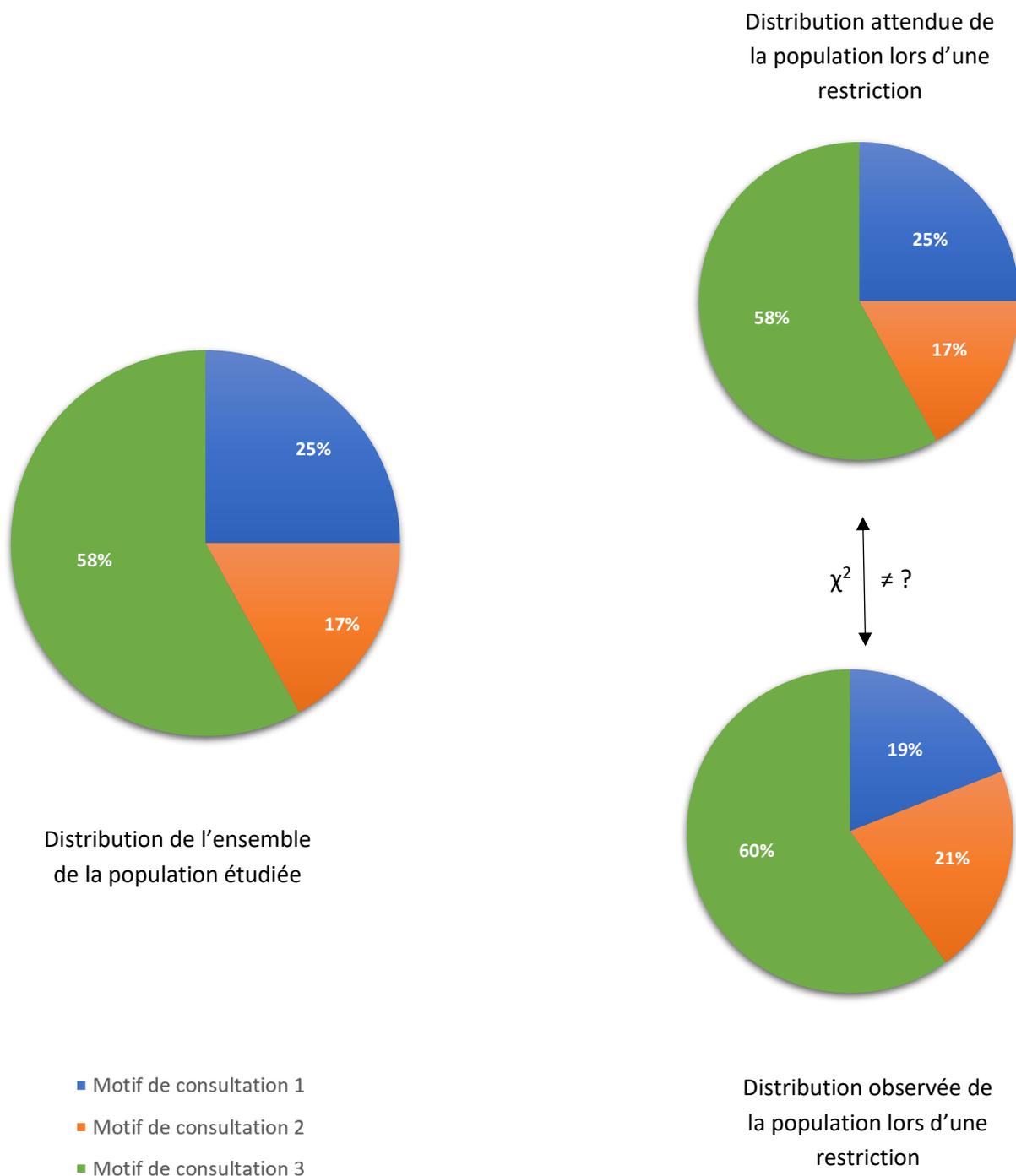


Figure 3 : principe d'un test de χ^2 (illustration)

Une analyse de variance a été effectuée pour rechercher si la présence des restrictions à but sanitaire a eu un effet sur l'ITT moyenne fixée à la fin de la consultation.

Les délais de consultations (nombre de jours écoulés depuis la date des derniers faits) ont également été analysés par un test de χ^2 comparant le délai attendu au délai réel de consultation, en fonction de la présence ou de l'absence d'une restriction à but sanitaire.

Population

Les caractéristiques démographiques de la population analysée sont regroupées dans le tableau 1.

Genre, /3 687 (%)	
Hommes	747 (20,3)
Femmes	2 940 (79,7)
Motif de consultation, /3 687 (%)	
Violences à enfants	922 (25,0)
Violences conjugales	1 488 (40,4)
Violences sexuelles	1 277 (34,6)
dont, /1277 (%)	
<i>V. sex. sur mineur</i>	640 (50,1)
<i>V. sex. sur majeur</i>	370 (29,0)
<i>V. sex. conjugales</i>	267 (20,9)
Autorité requérante, /3 687 (%)	
Police	1 203 (32,6)
Gendarmerie	2 310 (62,7)
Autre	174 (4,7)
Age	
Minimum	17 jours
Maximum	90 ans
Moyen	24,8 ans
Médian	21,7 ans
ITT, nombre	
Non déterminée	149
Pas d'ITT	229
Définitive	5
Minimum	0
Maximum	180
Moyenne	2,9
Médiane	1

Tableau 1 : tableau descriptif de la population, totalité des patients inclus ($n=3\ 687$)

3 687 patients répondaient aux critères d'inclusion : 922 (25%) ont été adressés pour des violences à enfants, 1 488 (40,4%) pour des violences conjugales et 1 277 (34,6%) pour des violences sexuelles. Parmi ces derniers, 640 (17,4%) consultaient pour des violences sexuelles sur mineur, 267 (7,2%) pour des violences sexuelles au sein d'une relation conjugale, 370 (10%) pour des violences sexuelles sur majeur (Figure 4).

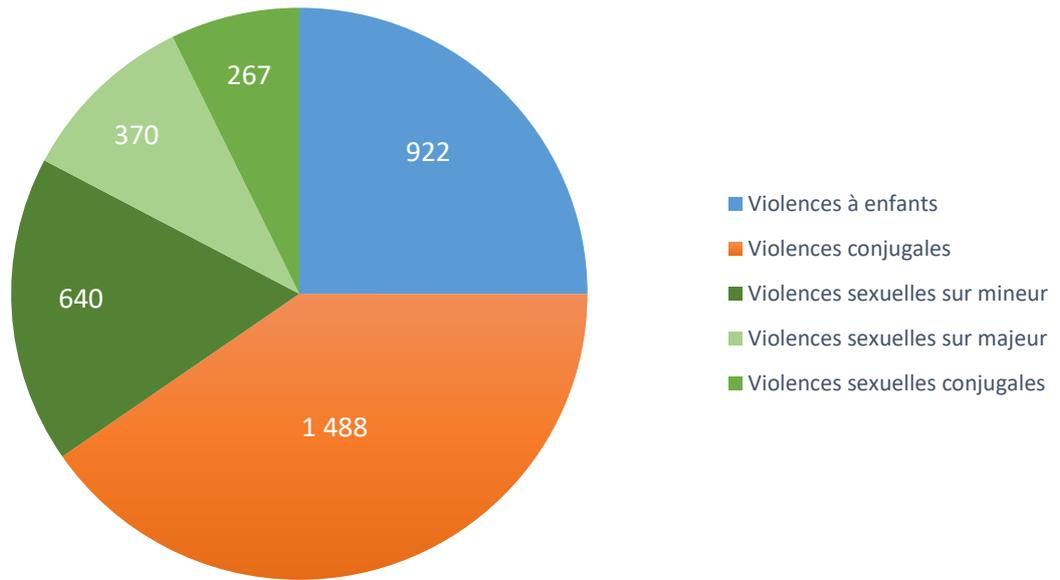


Figure 4 : nombre de patients en fonction du motif de consultation ($n= 3\ 687$)

La population était composée de 2 940 sujets féminins et 747 sujets masculins. Concernant les violences à enfants, 447 sujets féminins et 475 sujets masculins ont été inclus. 1 358 femmes ont consulté pour des violences conjugales pour 130 hommes. 1 135 femmes et 42 hommes ont consulté pour des violences sexuelles (figure 5).

34

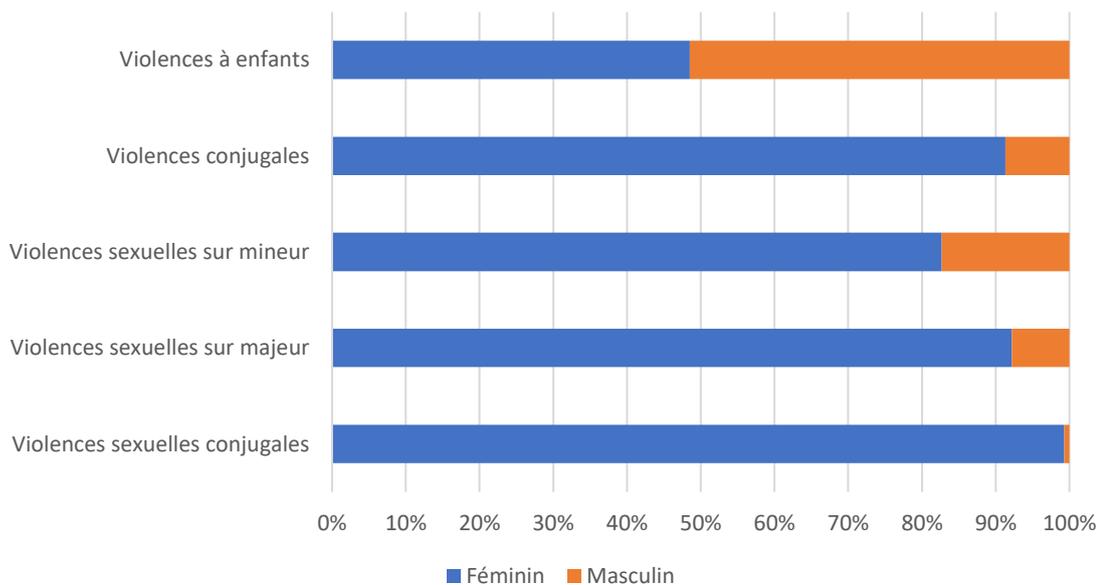
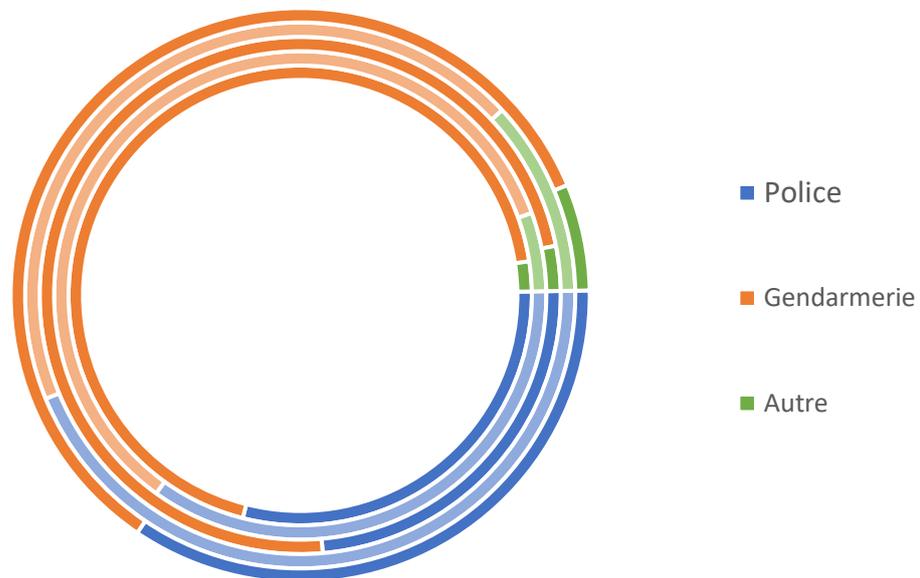


Figure 5 : genre en fonction du motif de consultation ($n= 3\ 687$)

Les patients avaient entre 17 jours et 90 ans, pour une moyenne d'âge de 24,8 ans. La médiane d'âge était de 21,7 ans. L'âge moyen des patients ayant consulté pour des violences à enfants était de 8,9 ans. La moyenne d'âge des patients ayant consulté pour des violences sexuelles sur mineur était de 11,1 ans, celle des patients consultant pour des violences sexuelles au sein d'une relation conjugale de 34,9 ans et celle des patients examinés pour des violences sexuelles en dehors des deux catégories précédentes de 30,8 ans. Les patients adressés pour violences conjugales, hors violences sexuelles avaient en moyenne 37,2 ans.

2 310 patients analysés ont été adressés par la gendarmerie soit 62,7%. 1 203 ont été adressés par la police, soit 32,6%. Les 174 patients restants (4,7%) ont été examinés à leur demande, à la demande du Tribunal Judiciaire ou d'un service hospitalier (figure 6).



Du plus interne au plus externe : violences à enfants, violences conjugales, violences sexuelles sur mineur, violences sexuelles sur majeur, violences sexuelles conjugales.

Figure 6 : autorité requérante en fonction du motif de consultation (n= 3 687).

Parmi les 3 687 consultations des patients inclus, 149 n'ont pas eu d'ITT déterminée, 229 patients n'ont pas justifié d'une ITT, 5 ont eu une ITT définitive. L'ITT minimale était 0, l'ITT moyenne 2,91, l'ITT médiane 1, l'ITT maximale (hors ITT définitive) 180 jours.

Parmi les patients 3 687 inclus, 525 avaient consulté pour des derniers faits ne pouvant être situés par rapport à au moins une période de restriction. Leurs caractéristiques démographiques sont regroupées dans l'annexe 1. La répartition selon le genre, le motif de consultation, l'âge et l'autorité requérante des 3 162 patients restants est précisée en annexe 2.

Au sein des 3 162 patients inclus dans l'analyse statistique, 121 n'ont pas eu d'ITT mentionnée dans leur compte-rendu, 164 n'ont pas justifié d'une ITT et 3 ont eu une ITT définitive. Parmi les 2 874 consultations restantes, l'ITT minimale était 0, l'ITT moyenne 2,91, l'ITT médiane 1, l'ITT maximale 120.

Les patients examinés à la suite de violences à enfants consultaient en moyenne 23,7 jours après les derniers faits. Ceux rapportant des violences conjugales étaient vus en consultation en moyenne 13,6 jours après les derniers faits. Concernant les violences sexuelles, les patients rapportant des violences sur mineur étaient examinés en moyenne 75,8 jours après les derniers faits, les adultes rapportant des violences hors relation conjugale 39,6 jours après les derniers faits et les patients rapportant des violences au sein d'une relation conjugale 56,5 jours après les derniers faits.

Les médianes de consultation pour violences à enfants et violences conjugales étaient respectivement de 4 et 2 jours. Les médianes de consultation pour violences sexuelles étaient de 14 jours pour les mineurs, 1 jour pour les adultes rapportant des violences hors relations conjugales et 6 jours pour les personnes dont les violences avaient eu lieu au sein d'une relation conjugale.

La répartition du délai écoulé entre les derniers faits et la consultation en fonction du type violence rapporté est présentée dans la figure 7.

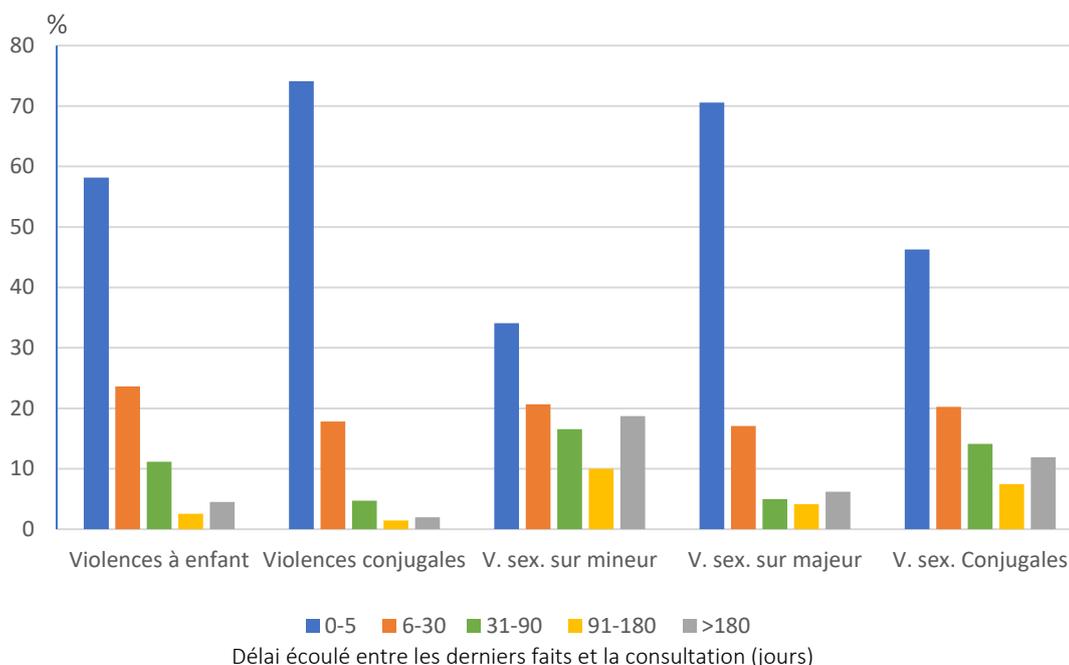


Figure 7 : répartition des délais de consultation en fonction du motif de celle-ci (n = 3 162)

Restrictions à but sanitaire et distribution des consultations

Les résultats portant sur l'impact de la présence ou l'absence d'une restriction sur la distribution des consultations pour violences sont regroupés dans les tableaux 2 à 4.

Les motifs de consultation n'ont pas été les mêmes lors des périodes de confinement qu'en dehors de celles-ci ($p = 0,020$). Il y a eu significativement plus de consultation pour violences conjugales. Ceci a été associé à une diminution globale des autres motifs de consultations avec une baisse légèrement plus marquée de la proportion des consultations pour violences à enfants.

Les périodes de couvre-feu ont également été associées à un changement dans la distribution des motifs de consultations ($p = 0,002$) : il y a eu significativement, en proportion, plus de consultations pour violences conjugales et moins de consultations pour violences sexuelles sur adulte hors violences conjugales qu'attendu. Ceci a été corrélé à une baisse des autres motifs de consultations, légèrement plus marquée dans les consultations pour violences à enfants.

Pendant les périodes de fermeture scolaire, il y a eu une variation significative de la distribution des motifs de consultation ($p = 0,036$). Ceci était dû à une hausse des consultations pour violences conjugales associée à une baisse des consultations pour violences sexuelles sur mineur par rapport au nombre attendu de consultation pour ces motifs.

Lorsque des mesures limitant les déplacements s'appliquaient, il n'a pas été mis en évidence de variation significative de la répartition des motifs de consultation pour violences intrafamiliales ou sexuelles au seuil $\alpha = 5\%$ ($p=0,059$). Toutefois, à noter une légère tendance à la hausse des consultations pour violences conjugales lors de ces périodes.

Au sein d'une période de confinement

Lors des périodes où un confinement était déjà en vigueur, l'ajout d'une mesure de fermeture des écoles n'a eu aucun effet sur la distribution des motifs de consultation, quel que soit le type de violence étudié ($p=0,14$).

Motif de consultation	Effectif observé, n		Effectif attendu, n	
	Hors confinement	En confinement	Hors confinement	En confinement
Violences à enfants	631	34	621	44
Violences conjugales	1 274	115	1 297	92
V. sex. sur mineur	486	29	481	34
V. sex. sur adulte	342	17	335	24
V. sex. conjugales	220	14	219	15

Tableau 2 : confinement et nombre de consultations : $\chi^2 = 11,68$, p-value = 0,020 (n = 3 162)

Motif de consultation	Effectif observé, n		Effectif attendu, n	
	Hors couvre-feu	En couvre-feu	Hors couvre-feu	En couvre-feu
Violences à enfants	572	93	558	107
Violences conjugales	1 127	262	1 165	224
V. sex. sur mineur	443	72	432	83
V. sex. sur adulte	317	42	301	58
V. sex. conjugales	194	40	196	38

Tableau 3 : couvre-feu et nombre de consultations : $\chi^2 = 17,08$, p-value = 0,002 (n = 3 162)

Motif de consultation	Effectif observé, n		Effectif attendu, n	
	Etab. scol. ouverts	Etab. scol. fermés	Etab. scol. ouverts	Etab. scol. fermés
Violences à enfants	647	18	645	20
Violences conjugales	1 335	54	1 348	41
V. sex. sur mineur	508	7	500	15
V. sex. sur adulte	352	7	348	11
V. sex. conjugales	226	8	227	7

Tableau 4 : fermeture des établissements scolaires et nombre de consultations : $\chi^2 = 10,306$, p-value = 0,036 ($n = 3\ 162$)

	Confinement		Couvre-feu		Fermeture des écoles		Limitation des déplacements	
	0	1	0	1	0	1	0	1
Consultations, n (%)	2 678 (93,2)	196 (6,8)	2 385 (83,0)	489 (17,0)	2 784 (96,9)	90 (3,1)	2 641 (91,9)	233 (8,1)
ITT, moyenne	2,923	2,917	2,903	2,986	2,922	2,756	2,917	2,923
p-value	0,091		0,844		0,854		0,992	

0 : absence, 1 : présence.

Tableau 5 : restrictions à but sanitaire et ITT moyenne : analyse de variance ($n = 2\ 784$)

ITT

Les périodes concernées par une ou plusieurs restrictions à but sanitaire n'ont pas été associées à une variation significative de l'ITT, quelle qu'ait été la restriction et quel qu'ait été le type de violences testé. Les résultats de notre analyse de variance sont présentés dans le tableau 5.

Pour les 196 faits (6,8% des 2 874 faits inclus) ayant eu lieu lors d'un confinement, l'ITT moyenne était de 2,917 jours. Ceci n'était pas différent ($p=0,091$) de la moyenne de 2,923 jours d'ITT fixée pour les 2 678 faits (93,2%) ayant eu lieu en dehors d'une période de confinement.

Sur les 2 874 ITT incluses dans notre analyse, 2 385 (83%) faisaient suite à des faits de violences ayant eu hors couvre-feu et 489 (17%) pendant. L'ITT moyenne était hors couvre-feu à 2,908 jours et à 2,986 jours lorsqu'un couvre-feu s'appliquait. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux moyennes ($p=0,844$).

Les 90 faits de violences (3,1% du total des consultations incluses) ayant eu lieu alors que les écoles étaient fermées ont donné lieu à une ITT moyenne de 2,756 jours, qui n'était pas différente ($p= 0,854$) de l'ITT moyenne de 2,922 jours fixée pour les 2 784 faits de violence (96,9%) ayant eu lieu lorsque les établissements scolaires étaient ouverts.

233 (8,1%) des 2 784 faits de violences inclus dans notre analyse de variance ont eu lieu lors qu'une mesure de limitation des déplacements s'appliquait, 2 641 (91,9%) alors que cette restriction ne s'appliquait pas. Les moyennes d'ITT fixées pour chacune de ces catégories (respectivement 2,923 et 2,917 jours) ne sont pas différentes au seuil $\alpha = 5\%$ ($p = 0,992$).

Délai de consultation depuis les derniers faits

La présence des restrictions à but sanitaire a induit un changement significatif du délai entre les derniers faits de violences et la consultation, toutes catégories de violences confondues ($p < 0,001$).

Les variations de ces délais de consultation sont hétérogènes et dépendent de la restriction observée (tableau 6).

Lorsque les derniers faits de violence avaient eu lieu lors des périodes de confinement, les patients ont été significativement plus souvent vus en consultation entre 91 et 180 jours mais moins souvent après 181 jours ($p = 0,026$). Il n'a en revanche pas été retrouvé d'effet significatif du confinement sur les délais de consultation pour des derniers faits s'étant déroulés il y a 90 jours ou moins.

Pour les violences dont les derniers faits avaient eu lieu lors des couvre-feux, les patients ont également plus souvent consulté entre 91 et 180 jours, et moins au-delà ($p < 0,001$). Tout comme pour les confinements, il n'a pas été mis en évidence d'effet significatif d'un couvre-feu sur les délais de consultation inférieurs à 90 jours.

La répartition des délais de consultation n'a pas significativement varié au seuil $\alpha = 5\%$ pour les faits de violences ayant eu lieu lorsqu'une mesure de limitation des déplacements était en place ($p=0,055$). On peut toutefois relever une tendance à l'augmentation du nombre de consultations entre 91 et 180 jours.

Il n'a pas été mis en évidence d'effet significatif de la fermeture des écoles sur la distribution des délais de consultations ($p=0,464$).

Délai écoulé, jours	En confinement		En couvre-feu		Etab. scol. fermés		Lim. des déplacements	
	Effet	p-value	Effet	p-value	Effet	p-value	Effet	p-value
0-5	↑	0,026	↑	<0,0001	↓	0,464	↓	0,055
6-30	↓		↓		↓			
31-90	↑		↑		↑			
91-180	↑*		↑*		↑			
>180	↓*		↓*		↓			

↑ : augmentation du nombre de consultations.

↓ : diminution du nombre de consultations.

Tableau 6 : effet des restrictions à but sanitaire sur les délais de consultation écoulés depuis les derniers faits ($n = 2\ 762$)

Nous avons donc mis en évidence une augmentation du nombre de consultations pour des violences conjugales en Indre et Loire pendant les périodes de couvre-feux, de confinement et de fermeture des écoles. Le nombre de patients consultant pour violences sexuelles sur majeur hors relations conjugales a diminué pendant les périodes de couvre-feu. Il en a été de même pour les mineurs alléguant des violences sexuelles lors de la fermeture des établissements scolaires. Il n'a pas été mis en évidence de variation significative de l'ITT pour les faits ayant eu lieu pendant les périodes de restrictions à but sanitaire. Les délais de consultations ont varié de manière non homogène en fonction des restrictions appliquées.

Violences conjugales

L'augmentation significative du nombre de consultations pour des violences conjugales lors des périodes de restrictions à but sanitaire observée dans notre étude est concordante avec une partie de la littérature internationale. Ainsi, Kourti et al ⁴², dans une revue de la littérature comportant 32 articles publiés partout dans le monde retrouvaient une augmentation des violences conjugales lors de la crise de la Covid-19, en particulier lors de la première semaine de confinement. Bazyar et al. ⁴³ concluaient leur revue de 12 articles en langue anglaise par l'affirmation que la pandémie de Covid-19 avait majoré les violences subies au sein du couple. Enfin, Thiel et al ⁴⁴ ont inclus 22 études réalisées en Angleterre ou en Allemagne. Eux ont mis en évidence une augmentation de la fréquence des violences conjugales dans leurs formes psychologiques et sexuelles, sans majoration des autres formes de violences conjugales.

Nos résultats concordent également avec les chiffres publiés par le gouvernement français : dans son rapport annuel portant sur le nombre de dépôts de plaintes en 2020, le service statistique ministériel de la sécurité intérieure a mis en évidence une augmentation de 10% des plaintes pour des faits de violences conjugales ayant eu lieu pendant le premier confinement ³⁰.

D'autres résultats portant sur les conséquences de la crise sanitaire sur les violences conjugales viennent nuancer les chiffres précédents. En effet, certaines études n'ont pas mis en évidence d'augmentation des violences conjugales secondairement à l'installation de mesures de restrictions. Par exemple, Barbara et al.⁴⁵ ont constaté en Lombardie (Italie) une chute du nombre de consultations (-50%) dans leur centre dédié aux femmes victimes de violences pendant la première vague de Covid-19. De même, l'étude menée à Milan par Nittari et al.⁴⁶ retrouvait une chute de 59% du nombre de passages aux urgences suite à des violences lors du confinement. Sorenson et al.⁴⁷ se sont eux intéressés au nombre d'appels quotidiens aux forces de l'ordre et aux services dédiés aux victimes à Philadelphie : leur étude n'a pas permis de mettre en évidence de changement significatif du nombre de ces appels, au seuil $\alpha = 5\%$. A l'échelle française et contrairement au premier confinement, il n'a pas été retrouvé de hausse du nombre de dépôt de plainte pour des faits de violences conjugales ayant eu lieu lors du second confinement³⁰.

A noter que même les études ne retrouvant pas d'augmentation du nombre de violences conjugales lors des périodes de restrictions concluaient pourtant dans ce sens. L'absence d'effet observé ne serait pas dû à la stabilité ou à une diminution des violences mais à l'impossibilité pour les victimes de recourir à de l'aide. Peur de contracter le virus, contrôle des déplacements par le conjoint, méconnaissance du maintien des activités des forces de l'ordre lors des confinements : de nombreuses victimes n'auraient pas été détectées par les associations et les forces de sécurité, masquant ainsi la réalité des violences subies.

45

Il importe donc de rester critique quant aux chiffres bruts donnés comme résultats d'études, qu'ils soient issus du milieu médical ou de sources officielles.

D'abord, les méthodologies sont variables d'une étude à l'autre. Certaines études incluent tous les types de violences, d'autres seulement les violences physiques, d'autres encore uniquement les violences physiques, psychologiques et verbales. Les données analysées ne sont pas recueillies de manière homogène. Alors que Hsu et Henke⁴⁸ ou Leslie et Wilson⁴⁹ s'attachent au nombre d'appels reçus par les forces de l'ordre, Rodriguez-Jimenez et al.⁵⁰, Agüero⁵¹ ou encore la MIPROF en France⁴⁰ étudient le nombre d'appels sur les lignes dédiées aux victimes. Les chiffres du gouvernement français sont établis par rapport au nombre de dépôt de plainte^{31,35} tandis que Jetelina et al.⁵² et Ebert et Steinert¹⁸ se sont eux basés sur un questionnaire déclaratif rempli par la victime elle-même. Le choix d'inclusion des victimes

mineures n'est pas systématique. Les restrictions appliquées à visée sanitaire ont sensiblement varié d'un pays à l'autre, tant en durée qu'en modalités, mais sont rarement précisées lors des études. On comprend alors comment l'étude d'un même sujet peut donner des résultats si divergents.

Ensuite, les résultats des études portant sur le nombre d'appels téléphoniques sur les lignes dédiées aux victimes doivent être nuancés : toute augmentation du nombre d'appels, même significative, ne signifie pas pour autant augmentation du nombre de violences. Il est possible d'une même victime ait appelé plusieurs fois, sans avoir subi de nouvelles violences. Des témoins ou des familles de victimes peuvent avoir appelé pour prendre conseil. Comme le rappelle la MIPROF dans son communiqué d'octobre 2020 ⁴⁰, la mise en place de nouveaux dispositifs de signalements des violences (application « FLAG ! », opération « Masque 19 » en pharmacie...), le renforcement de ceux existant (114, 3919, 17, associations d'aide aux victimes...) et la communication massive autour de ceux-ci peut expliquer la hausse des appels aux numéros d'écoute.

Enfin, les chiffres fournis en 2020 et 2021 par le ministère de l'Intérieur ^{31,35} doivent être mis en perspective avec ceux des années précédentes. Certes, il a été mis une augmentation des violences conjugales lors du premier confinement (+10%) et des violences intrafamiliales chez les 15-75 ans de manière globale en 2020 et 2021 (+9% et +14% respectivement). Pour autant, ces augmentations s'inscrivent dans la continuité de celles constatées les années précédentes : + 10% en 2018, +14% en 2019. De plus, début 2020, le nombre de victimes enregistrées était déjà supérieur aux années précédentes (Annexe 3).

Malgré la significativité des résultats de notre étude, il convient de rester prudent quant à leur interprétation : toute corrélation statistique ne veut pas dire causalité. Il est impossible de distinguer l'effet propre de la Covid-19 de celles de ses conséquences (restrictions à but sanitaire, dégradation de la santé mentale de la population, crise financière, etc.) et du contexte socio-économique dans laquelle cette pandémie s'est inscrite. La hausse des consultations pour violences conjugales observée pendant les périodes de restriction pourrait ne pas être due à la seule pandémie. La diminution de la tolérance de la violence dans la société, les mouvements type #MeToo et le Grenelle des violences conjugales ayant eu lieu à l'automne 2019 sont d'autres facteurs ayant pu contribuer à la libération de la parole des victimes et *de facto*, à la majoration du nombre de plaintes et de consultations sur réquisition les années suivantes.

Violences à enfants

Notre étude n'a pas retrouvé d'augmentation du nombre de consultations pour violences contre les enfants lors des périodes de restriction à but sanitaire et notamment lors des périodes de fermeture des écoles.

Tout comme pour les violences conjugales, les résultats publiés dans la littérature internationale quant à l'impact des restrictions sur les violences à enfants divergent.

Katz et al.⁵³ ont analysé les chiffres des services de protection de l'enfance de 7 pays (Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Brésil, Canada, Colombie, Israël). Selon eux, il y aurait à la fois eu une augmentation du risque de violences à enfants et une diminution des appels aux services sociaux de ces pays. Marmor et al.⁵⁴ ont établi la même conclusion à l'issue de leur revue de 25 articles concernant les chiffres fournis par la protection de l'enfance en Asie, Europe et Amérique du Nord. Rapp et al.⁵⁵, dans une synthèse de 12 études, retrouvaient des résultats variables des fréquences des violences à enfants constatées par les associations ou les forces de l'ordre mais une augmentation uniforme du nombre d'enfants hospitalisés à la suite de violences lors de la pandémie. Dans leur revue de 25 études d'Amérique du Nord, d'Afrique et du Moyen-Orient portant sur les chiffres officiels ou non de la violence à enfants (forces de l'ordre, hospitalisations, lignes dédiées aux enfants victimes...), Cappa et Jijon⁵⁶ ont montré qu'environ la moitié des études analysées retrouvaient une augmentation des violences tandis que l'autre non. Ils concluaient sur la nécessité de ne pas se baser sur les données gouvernementales pour savoir si les violences à enfants avaient réellement varié lors des confinements. Kovler et al.²⁴, s'intéressant aux chiffres des urgences pédiatriques de l'hôpital de Maryland (Etats-Unis), retrouvaient un triplement du nombre d'enfants ayant consulté pour des violences. Chong et al.⁵⁷, dans une étude similaire menée à Singapour ont montré que si le nombre de passages aux urgences pédiatriques à la suite de violences était stable, la proportion des enfants victimes par rapport au nombre total de consultations avait augmenté.

Ainsi, l'hypothèse la plus souvent retenue par la littérature est celle d'une augmentation des violences à enfants lors des périodes de restriction, n'ayant pas toujours pu être mise en évidence. Cette hypothèse est renforcée par la co-occurrence très fréquente des violences conjugales et des violences sur mineurs⁵⁸ et la hausse des violences conjugales dénoncée lors de la pandémie de Covid-19.

L'hypothèse inverse, celle d'une réelle stabilité voire d'une diminution des violences à enfants lors de la pandémie de Covid-19 paraît d'autant moins probable que selon les chiffres du SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger ⁵⁹) 90% des auteurs présumés de violences appartiennent au milieu familial proche. Parmi eux, 80% sont l'un et/ou l'autre des parents.

En France, l'Education Nationale est habituellement le premier ou deuxième fournisseur d'Informations Préoccupantes (IP) ^{33,60} et le troisième pour les signalements ^{35,59}, après les services sociaux et devant les services de santé. Au-delà des périodes de fermeture relevées pour notre étude, les établissements scolaires se sont vus partiellement ou totalement fermés lors de la multiplication des cas de Covid-19 au sein d'une classe et/ ou d'un établissement. Les activités des services sociaux ont dû s'adapter aux contraintes générées par la pandémie de Covid-19. Les visites au domicile ont notamment souvent été remplacées par des entretiens téléphoniques.

On aurait logiquement pu s'attendre à une diminution du nombre d'IP et de signalements recueillis en 2020. Cela n'a que partiellement été le cas. Selon le SNATED ⁵⁹, le nombre d'IP aurait été en hausse de 26% en 2020 (soit un passage de 47 à 59 IP par jour et de 35 160 à 41 811 enfants en situation de danger en comparaison à 2019). Par contre, le ministère de la Justice ⁶¹ a lui constaté une baisse de 8,9% du nombre de signalements de mineurs en danger la même année (contre +4,4% en moyenne de 2011 à 2019). L'absence de variation significative du nombre de consultations pour des violences à enfants observée dans notre étude n'est donc concordante avec aucun des chiffres officiels du gouvernement français.

Seule l'analyse des chiffres très à distance de la crise sanitaire et des faits, une fois la parole des victimes libérée, pourrait nous indiquer si les violences contre les enfants ont réellement augmenté lors des restrictions à but sanitaire.

Violences sexuelles

Notre étude a mis en évidence une diminution du nombre de consultations à la suite d'agressions sexuelles sur adulte lors des périodes de couvre-feu. Ceci n'a été retrouvé ni lors des périodes de confinement ni lors des périodes de limitation des déplacements. Contrairement aux violences conjugales non sexuelles, les périodes de restriction à but sanitaire n'ont pas été associées à une augmentation du nombre de consultations pour violences sexuelles au sein du couple ni pour violences sexuelles sur mineur.

La littérature internationale quant à l'effet de la pandémie sur les violences sexuelles est moins fournie que celle portant sur les violences conjugales ou les violences à enfants. Ses résultats ne sont une fois de plus, pas unanimes. Ainsi, Kane et al.⁶² n'ont pas observé de changement significatif d'activité des centres irlandais d'accueil des victimes de violences sexuelles. En revanche, Mekaoui et al.⁶³, dans leur étude marocaine sur les violences sexuelles sur les mineurs retrouvaient une multiplication par 2,3 du nombre de consultations lors du confinement par rapport aux chiffres de 2019 sur la même période.

Au niveau français, selon le ministère de l'Intérieur, les violences sexuelles ayant fait l'objet d'une judiciarisation ont diminué de 26% lors des deux confinements³⁵.

L'absence de résultats significatifs de notre étude s'explique peut-être par un manque de puissance de celle-ci. En effet, sur 3 934 patients initialement éligibles, seuls 370 l'ont été pour agression sexuelle sur adulte. Parmi eux, 31 ont dû être exclus de l'analyse soit du fait de données manquantes soit de l'impossibilité de placer les faits par rapport aux restrictions à but sanitaire. De même, sur les 640 mineurs ayant consulté à l'IML entre 2018 et 2020 pour des faits de violences sexuelles, seuls 515 ont pu être inclus dans notre analyse statistique. Les violences sexuelles au sein d'une relation conjugale constituent la plus petite sous-population de notre étude avec seulement 234 patients analysés soit 21,1% des victimes de violences sexuelles et 7,4% de l'ensemble des victimes (annexes 1 et 2).

L'absence d'augmentation du nombre de consultations à la suite de violences sexuelles lors des périodes de restriction pourrait s'expliquer de deux autres façons. La première explication, concernant les violences sexuelles sur mineur serait la même que celle des violences non sexuelles à enfants : cette fausse stabilité serait due à un biais de sous-repérage des enfants victimes du fait de la diminution des contacts extra-familiaux. Une seconde

explication, tous âges confondus, serait une réelle stabilité voire une diminution des violences sexuelles. En effet, d'après les chiffres du ministère de l'Intérieur ³¹, les victimes de violences sexuelles vues par les forces de l'ordre déclarent que moins d'un tiers (29%) des auteurs appartiennent au cadre familial. Toujours selon le même rapport, une minorité des viols (35%) seraient intrafamiliaux. Les périodes de restrictions à but sanitaire et notamment de confinement auraient alors « protégé » certaines victimes en les éloignant de leurs auteurs.

ITT, gravité des violences

Les données de la littérature internationale ne sont pas unanimes quant à l'aggravation des faits de violences lors de la pandémie de Covid-19.

Ainsi, dans leur revue de 22 articles portant sur les violences domestiques, Thiel et al.⁴⁴, retrouvaient une augmentation de la gravité des violences conjugales, quel que soit le type de violences rapportées. Nittari et al.⁴⁶ eux-aussi, dans leur étude sur les femmes consultant aux urgences de Milan ont constaté une aggravation des lésions physiques secondaires aux violences. La revue effectuée par Beiter et al.⁶⁴ comportant 44 études hospitalières n'a elle pas mis en évidence d'augmentation de la gravité des violences chez les victimes. A noter toutefois qu'il s'agissait de patients adultes, ne consultant pas exclusivement pour des faits de violences intrafamiliales ou sexuelles.

Les chiffres portant sur la gravité des violences à enfants pendant les périodes de restrictions à but sanitaire ne sont pas homogènes non plus. Kaiser et al.⁶⁵ n'ont pas retrouvé d'aggravation des violences faites aux enfants examinés aux urgences de San Francisco (Etats-Unis). Masilamani et al.⁶⁶, dans une étude similaire effectuée à Birmingham (Royaume-Uni) concluaient à une augmentation du nombre de consultations menant à une suspicion de violences sur enfants. Parmi ces consultations, le nombre d'enfants présentant des lésions neurochirurgicales sévères augmentait de 120% en 2020 par rapport à 2019.

L'absence de variation significative des ITT relevées dans notre étude ne permet pas d'affirmer l'absence d'aggravation des faits de violences en Indre et Loire lors des périodes de restrictions à but sanitaire. En effet, l'ITT est un mauvais marqueur de gravité des violences : certains faits graves ne peuvent entraîner qu'une gêne fonctionnelle mineure. Ainsi, un coup

de couteau à l'origine d'une plaie superficielle ou une tentative de strangulation n'aboutiront pas à la fixation d'une ITT très élevée alors qu'il s'agit de situations de danger immédiat pour la victime.

Délais de consultation

Nous n'avons pas retrouvé d'étude scientifique s'intéressant au délai de consultation pour des faits de violences ayant eu lieu lors des restrictions sanitaires de la crise de la Covid-19. Nos résultats peuvent toutefois être mis en perspective avec les chiffres fournis par le gouvernement français^{31,35}.

Contrairement à notre étude, les statistiques gouvernementales ont mis en évidence une baisse de la part des victimes déclarant des faits de moins de 3 mois (44% en 2020, 41% en 2021, contre 51% en 2016) mais une hausse des plaintes pour des faits de plus d'un an (39% en 2020, 43% en 2021, contre 31% en 2016). Ainsi, en 2020, 50% des victimes ont déposé plainte pour des faits ayant eu lieu plus de 5 mois auparavant. En 2021, le délai médian de dépôt de plainte pour des violences sexuelles a atteint 7 mois alors qu'il n'était que de 87 jours en 2017. Cette latence entre les faits et le dépôt de plainte est particulièrement visible chez les mineurs : en 2021, 27% des victimes ont révélé des faits de plus de 5 ans. En 2020 comme en 2021, le nombre de victimes enregistrées a toutefois augmenté pour toutes les catégories de délais.

Notre étude retrouvait elle une hausse des faits révélés entre 3 et 6 mois lors des confinements et des couvre-feux, associé à une diminution des faits révélés à plus de 6 mois sur les mêmes périodes.

La discordance entre les chiffres de la Sécurité Intérieure et les nôtres pourrait en partie s'expliquer par la différence de méthodologie dans le recueil des données. Les chiffres de la Sécurité Intérieure française prenaient en compte l'ensemble des dépôts de plainte auprès des forces de l'ordre, quelle que soit la date de commission des faits. Notre étude elle, excluait les faits anciens c'est-à-dire antérieurs à 2018. Le délai maximal entre la consultation et les faits était alors de 4 ans tout au plus, pour des violences qui auraient eu lieu le 1 janvier 2018 ayant mené à une consultation le 31 décembre 2021.

De plus, les statistiques ministérielles n'étudient pas l'impact de la présence d'une restriction sur le délai écoulé depuis les faits lorsqu'un citoyen se présente pour déposer plainte.

Limites de l'étude

Cette étude, dont la force principale est le nombre de patients inclus a toutefois de nombreuses limites.

D'abord, les patients inclus dans le recueil de données ne représentent pas la totalité des victimes de violences intrafamiliales et sexuelles en Indre et Loire. Comme rappelé précédemment, selon l'enquête CVS ³⁵ comparant le nombre de procédures judiciaires au nombre de violences déclarées par les Français via un questionnaire, seules 17% des victimes de violences sexuelles et 11% des victimes adultes de violences intrafamiliales déposeraient plainte. De plus, même pour les faits judiciairisés, la consultation à l'UMJ reste à l'initiative de l'Officier de Police Judiciaire (OPJ) en charge de l'enquête. Il est ainsi probable que toutes les personnes déposant plainte pour des faits de violences ne soient pas adressées en consultation à l'UMJ, soit par méconnaissance de l'OPJ de notre travail, soit car la consultation est jugée inutile par celui-ci. Le nombre de patients examinés à l'UMJ entre 2018 et 2021 n'est donc qu'un échantillon très partiel du nombre réel de personnes ayant subi des violences intrafamiliales et sexuelles pendant ces quatre années.

Ensuite, notre recueil de données ne porte que sur un nombre très limité d'informations : les catégories socio-professionnelles des patients, le type d'union conjugale, le nombre de frères et sœurs de l'enfant sont par exemple des éléments qui n'ont pas été relevés. Le type de violences subies, notamment chez les personnes rapportant des violences conjugales n'a pas été recueilli. Ebert et Steinert ¹⁸, Thiel et al. ⁴⁴ ou encore Sharma et al. ⁶⁷ dénonçaient une augmentation essentiellement des violences psychologiques et verbales au sein des familles lors des confinements. Il aurait intéressant de rechercher si la majoration des consultations pour violences conjugales mise en évidence dans notre étude était uniquement due à une hausse des violences psychologiques ou verbales, ou si les autres formes de violences (physiques, financières, administratives) ont également augmenté.

Lors des consultations, les patients n'ont pas été interrogés sur leur ressenti quant à une éventuelle évolution des violences lors des restrictions sanitaires. Ces données subjectives auraient pu compléter l'objectivité des nôtres.

Enfin, les périodes concernées par une restriction à but sanitaire ont été analysées dans un même ensemble, alors que leurs modalités ont sensiblement varié. Par exemple, les trois confinements ont été très différents, avec un allègement successif des limitations imposées. Il pourrait être intéressant de rechercher si la significativité de nos chiffres est due à une seule ou bien à l'ensemble des périodes concernées par cette restriction.

Que cette étude soit rétrospective explique le grand nombre de données manquantes ou imprécises. Le caractère déclaratif des dates des premiers et derniers faits de violence peut être à l'origine d'un biais de mémoire.

Etudes ultérieures

53

Notre étude ne permet pas de préciser si les faits de violences ayant eu lieu « après » la levée des restrictions sanitaires étaient secondaires à la poursuite des conséquences de la pandémie sur les facteurs de risque de violences ou indépendants de celle-ci. Des études ultérieures pourraient préciser cela.

Une revue de dossiers portant sur des éléments cliniques, relevant par exemple les lésions somatiques et les soins induits par les violences (entorses, plaie pénétrante, traumatisme crânien, hospitalisation en réanimation...) permettrait une appréciation plus fiable de l'évolution de la gravité des violences lors des périodes de restriction à but sanitaire.

Au niveau local, une recherche étudiant le nombre d'autopsies effectuées à l'IML de Tours entre 2018 à 2021 pour homicide au sein du couple ou homicide au sein de la famille pourrait être un autre marqueur de fréquence et de gravité des violences lors des périodes de restrictions à but sanitaire.

Il serait également intéressant de comparer nos chiffres avec ceux d'autres départements français : l'Indre et Loire a été relativement peu touchée, en termes de nombre de patients, par la Covid-19 et notamment lors des premiers mois de pandémie.

L'augmentation des consultations pour violences conjugales que nous avons constatée est-elle plus importante dans les départements plus touchés par la pandémie ? Ces départements ont-ils constaté d'autres effets des restrictions à but sanitaire sur les violences intrafamiliales et sexuelles ?

Enfin, l'ouverture de nos résultats sur les données non -gouvernementales pourraient enrichir ce travail de thèse : nos chiffres pourraient ainsi être mis en perspective avec ceux des associations d'aide aux victimes ou du nombre de fois où il a été tapé « SOS violences » sur les moteurs de recherche Internet dans le 37.

La sensibilisation du grand public aux violences sexuelles comme aux violences conjugales a permis la libération de la parole des victimes et une meilleure prise en charge de celles-ci. L'éducation des citoyens au repérage des violences sur enfants devrait devenir un nouvel objectif de Santé Publique. Le renforcement des actions de prévention, la coordination des acteurs locaux et l'amélioration de la détection des signes évoquant une maltraitance devraient permettre d'améliorer la chaîne du signalement, aujourd'hui toujours insuffisante pour repérer l'intégralité des enfants victimes de violences.

Stress économique et social, augmentation du temps passé ensemble, dégradation de la santé mentale de la population : la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sanitaires semblent être à l'origine d'une flambée des violences intrafamiliales partout dans le monde.

Nous avons cherché à savoir quelles ont été les conséquences des restrictions à but sanitaire dues à la pandémie de la Covid-19 sur la fréquence et la gravité des violences intrafamiliales et sexuelles en Indre et Loire.

Nous avons mis en évidence une augmentation des consultations pour violences conjugales pendant les périodes de couvre-feux, de confinement et de fermeture des écoles. Le nombre de consultations pour violences sexuelles sur majeur hors relations conjugales a diminué pendant les périodes de couvre-feu ainsi que le nombre de patients mineurs examinés pour violences sexuelles pendant les périodes de fermeture des établissements scolaires. L'ITT fixée à l'issue des consultations incluses dans notre étude n'a pas été modifiée par la présence d'une restriction à but sanitaire. Les délais de consultation par rapport aux derniers faits ont varié de manière hétérogène en fonction des restrictions appliquées.

55

L'augmentation du nombre de patients examinés suite à des violences conjugales lors des restrictions à but sanitaire retrouvée dans notre étude est concordante avec les données de la littérature internationale ainsi qu'avec les chiffres publiés par le gouvernement français. L'absence de mise en évidence d'une augmentation des violences à enfants lors de la pandémie fait envisager l'éventualité d'une baisse du repérage de celles-ci du fait de la diminution des contacts extra-familiaux. Les résultats concernant les violences sexuelles doivent être interprétés avec prudence : des révélations tardives pourraient changer ou nuancer les conclusions de notre étude.

Dans la suite de la sensibilisation du grand public aux violences faites aux femmes par des mouvements type #MeToo, l'éducation des citoyens à la détection des signes de maltraitance chez les enfants pourrait permettre la poursuite du recul des violences dans notre société.

1. Ouest France. Confinement. Violences conjugales : l'OMS alerte sur une hausse des appels allant jusqu'à 60 %. Ouest-France.fr [Internet]. 7 mai 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/confinement/confinement-violences-conjugales-l-oms-alerte-sur-une-hausse-des-appels-allant-jusqu-60-6827805>
2. Le Monde. Avec le confinement, les associations craignent une aggravation des violences conjugales. 25 mars 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/25/coronavirus-les-associations-craignent-une-aggravation-des-violences-conjugales_6034370_3224.html?fbclid=IwAR3PqUSieHYBgtixxg-yFckQ6wfu1Db5jZY0VqaOUEpyqDXMs9nPnbD60iQ
3. Les Echos. Coronavirus : le confinement a augmenté les violences conjugales. Les Echos [Internet]. 27 mars 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/coronavirus-le-confinement-a-augmente-les-violences-conjugales-1189692>
4. Fédération France Victimes. Covid-19 et violences intrafamiliales : une hausse du nombre de personnes prises en charge et des appels des victimes. 2020.
5. ONU Femmes. La violence à l'égard des femmes, cette pandémie fantôme. ONU Femmes [Internet]. [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
6. UNICEF France. Covid-19 : recul des droits des filles et des femmes dans le monde. UNICEF France [Internet]. 4 mars 2021 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/covid-19-recul-des-droits-des-filles-et-des-femmes-dans-le-monde>
7. UNICEF France. COVID-19 : les enfants courent un risque accru de maltraitance, de négligence, d'exploitation et de violence. UNICEF France [Internet]. 20 mars 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/covid-19-les-enfants-courent-un-risque-accru-de-maltraitance-de-negligen-d-exploitation-et-de-violence>
8. UNICEF France. Maltraitance et confinement : écoutons les cris des enfants. UNICEF France [Internet]. 8 avr 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/maltraitance-et-confinement-ecoutons-les-cris-des-enfants>
9. ONU Femmes France. Les violences conjugales et intrafamiliales. ONU Femmes France [Internet]. [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.onufemmes.fr/violences-conjugales-et-intrafamiliales>
10. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
11. ONU. Maltraitance des enfants [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
12. Légifrance [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

13. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
14. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partn Abuse*. avr 2012;3(2):231-80.
15. Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*. 2016;9:31516.
16. Bidarra ZS, Lessard G, Dumont A. Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: Prevalence, risk factors and related issues. *Child Abuse Negl*. mai 2016;55:10-21.
17. Wildman EK, MacManus D, Kuipers E, Onwumere J. COVID-19, severe mental illness, and family violence. *Psychol Med*. avr 2021;51(5):705-6.
18. Ebert C, Steinert JI. Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany. *Bull World Health Organ*. 1 juin 2021;99(6):429-38.
19. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Boisvert C, Frank O, Harvey ALJ, et al. COVID-19 and perinatal intimate partner violence: a cross-sectional survey of pregnant and postpartum individuals in the early stages of the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 27 mai 2021;11(5):e049295.
20. Cerna-Turoff I, Fang Z, Meierkord A, Wu Z, Yanguela J, Bangirana CA, et al. Factors Associated With Violence Against Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Regression of Nationally Representative Data. *Trauma Violence Abuse*. avr 2021;22(2):219-32.
21. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. avr 2014;23(2):321-37.
22. Whelan J, Hartwell M, Chesher T, Coffey S, Hendrix AD, Passmore SJ, et al. Deviations in criminal filings of child abuse and neglect during COVID-19 from forecasted models: An analysis of the state of Oklahoma, USA. *Child Abuse Negl*. juin 2021;116(Pt 2):104863.
23. ONPE. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. 2016 oct.
24. Kovler ML, Ziegfeld S, Ryan LM, Goldstein MA, Gardner R, Garcia AV, et al. Increased proportion of physical child abuse injuries at a level I pediatric trauma center during the Covid-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. juin 2021;116(Pt 2):104756.
25. Goh KK, Lu ML, Jou S. Impact of COVID-19 pandemic: Social distancing and the vulnerability to domestic violence. *Psychiatry Clin Neurosci*. nov 2020;74(11):612-3.
26. Edwards B, Gray M, Borja J. The influence of natural disasters on violence, mental health, food insecurity, and stunting in the Philippines: Findings from a nationally representative cohort. *SSM - Popul Health*. sept 2021;15:100825.

27. Anastario M, Shehab N, Lawry L. Increased gender-based violence among women internally displaced in Mississippi 2 years post-Hurricane Katrina. *Disaster Med Public Health Prep.* mars 2009;3(1):18-26.
28. Saile R, Ertl V, Neuner F, Catani C. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse Negl.* janv 2014;38(1):135-46.
29. Abuhammad S. Violence against Jordanian Women during COVID-19 Outbreak. *Int J Clin Pract.* mars 2021;75(3):e13824.
30. SERVICE STATISTIQUE MINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE. Info rapide n°19 : Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2020.
31. SERVICE STATISTIQUE MINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE. Insécurité et délinquance en 2021 : bilan statistique.
32. ONU. Un milliard d'enfants sont victimes de violences chaque année, l'ONU appelle à les protéger. *ONU Info* [Internet]. 18 juin 2020 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2020/06/1071212>
33. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019. 2021 févr.
34. SERVICE STATISTIQUE MINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE. Analyse n°44 : Géographie de la délinquance à l'échelle communale. 2022 mars.
35. SERVICE STATISTIQUE MINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique. 2021 avr.
36. Bourmistrova NW, Solomon T, Braude P, Strawbridge R, Carter B. Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *J Affect Disord.* 15 févr 2022;299:118-25.
37. Pathirathna ML, Nandasena HMRKG, Atapattu AMMP, Weerasekara I. Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 28 juill 2022;22:506.
38. Mojahed A, Brym S, Hense H, Grafe B, Helfferich C, Lindert J, et al. Rapid Review on the Associations of Social and Geographical Isolation and Intimate Partner Violence: Implications for the Ongoing COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 13 avr 2021;12:578150.
39. UNFPA. Les nouvelles projections de l'UNFPA prévoient des répercussions désastreuses sur la santé des femmes alors que la pandémie de COVID-19 continue de se propager. *Fonds des Nations Unies pour la population* [Internet]. [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/press/les-nouvelles-projections-de-lunfpa-prevoient-des-repercussions-desastreuses-sur-la-sante-des>
40. MIPROF. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions. 2020 juill.

41. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/>
42. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsolia M, et al. Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 17 août 2021;15248380211038690.
43. Bazyar J, Chehreh R, Sadeghifar J, Karamelahi Z, Ahmadimazhin S, Vafery Y, et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on the Intimate Partner Violence and Sexual Function: A Systematic Review. *Prehospital Disaster Med*. :1-6.
44. Thiel F, Büechl VCS, Rehberg F, Mojahed A, Daniels JK, Schellong J, et al. Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 13 avr 2022;13:874183.
45. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C, et al. COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. *J Womens Health*. 1 oct 2020;29(10):1239-42.
46. Nittari G, Sagaro GG, Feola A, Scipioni M, Ricci G, Sirignano A. First Surveillance of Violence against Women during COVID-19 Lockdown: Experience from "Niguarda" Hospital in Milan, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 6 avr 2021;18(7):3801.
47. Sorenson SB, Sinko L, Berk RA. The Endemic Amid the Pandemic: Seeking Help for Violence Against Women in the Initial Phases of COVID-19. *J Interpers Violence*. mai 2021;36(9-10):4899-915.
48. Hsu LC, Henke A. COVID-19, staying at home, and domestic violence. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):145-55.
49. Leslie E, Wilson R. Sheltering in place and domestic violence: Evidence from calls for service during COVID-19. *J Public Econ*. sept 2020;189:104241.
50. Rodriguez-Jimenez R, Fares-Otero NE, García-Fernández L. Gender-based violence during COVID-19 outbreak in Spain. *Psychol Med*. :1-2.
51. Agüero JM. COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World Dev*. janv 2021;137:105217.
52. Jetelina KK, Knell G, Molsberry RJ. Changes in intimate partner violence during the early stages of the COVID-19 pandemic in the USA. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. févr 2021;27(1):93-7.
53. Katz I, Katz C, Andresen S, Bérubé A, Collin-Vezina D, Fallon B, et al. Child maltreatment reports and Child Protection Service responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa. *Child Abuse Negl*. 1 juin 2021;116:105078.
54. Marmor A, Cohen N, Katz C. Child Maltreatment During COVID-19: Key Conclusions and Future Directions Based on a Systematic Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 7 sept 2021;15248380211043818.

55. Rapp A, Fall G, Radomsky AC, Santarossa S. Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Rapid Review. *Pediatr Clin North Am.* oct 2021;68(5):991-1009.
56. Cappa C, Jijon I. COVID-19 and violence against children: A review of early studies. *Child Abuse Negl.* juin 2021;116(Pt 2):105053.
57. Chong SL, Soo JSL, Allen JC, Ganapathy S, Lee KP, Tyebally A, et al. Impact of COVID-19 on pediatric emergencies and hospitalizations in Singapore. *BMC Pediatr.* 23 déc 2020;20(1):562.
58. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse.* avr 2008;9(2):84-99.
59. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Étude statistique de l'activité du 119 - Année 2020 [Internet]. 2021 nov [cité 28 août 2022]. Disponible sur: https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_statistique2020-snated.pdf
60. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Enquête nationale Informations Préoccupantes. 2011 oct.
61. Ministère de la Justice. Les mineurs en danger 2020 [Internet]. 2022 mai [cité 28 août 2022]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PARTIE-13_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24.pdf
62. Kane D, Maher N, Eogan M. Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on Sexual Assault Treatment Unit activity. *BMJ Sex Reprod Health.* oct 2021;47(4):301-3.
63. Mekaoui N, Aouragh H, Jeddi Y, Rhalem H, Dakhama BSB, Karboubi L. Child sexual abuse and COVID-19 pandemic: another side effect of lockdown in Morocco. *Pan Afr Med J.* 18 janv 2021;38:57.
64. Beiter K, Hayden E, Phillippi S, Conrad E, Hunt J. Violent trauma as an indirect impact of the COVID-19 pandemic: A systematic review of hospital reported trauma. *Am J Surg.* nov 2021;222(5):922-32.
65. Kaiser SV, Kornblith AE, Richardson T, Pantell MS, Fleegler EW, Fritz CQ, et al. Emergency Visits and Hospitalizations for Child Abuse During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics.* 1 avr 2021;147(4):e2020038489.
66. Masilamani K, Lo WB, Basnet A, Powell J, Rodrigues D, Tremlett W, et al. Safeguarding in the COVID-19 pandemic: a UK tertiary children's hospital experience. *Arch Dis Child.* 1 avr 2021;106(4):e24-e24.
67. Sharma S, Wong D, Schomberg J, Knudsen-Robbins C, Gibbs D, Berkowitz C, et al. COVID-19: Differences in sentinel injury and child abuse reporting during a pandemic. *Child Abuse Negl.* juin 2021;116:104990.

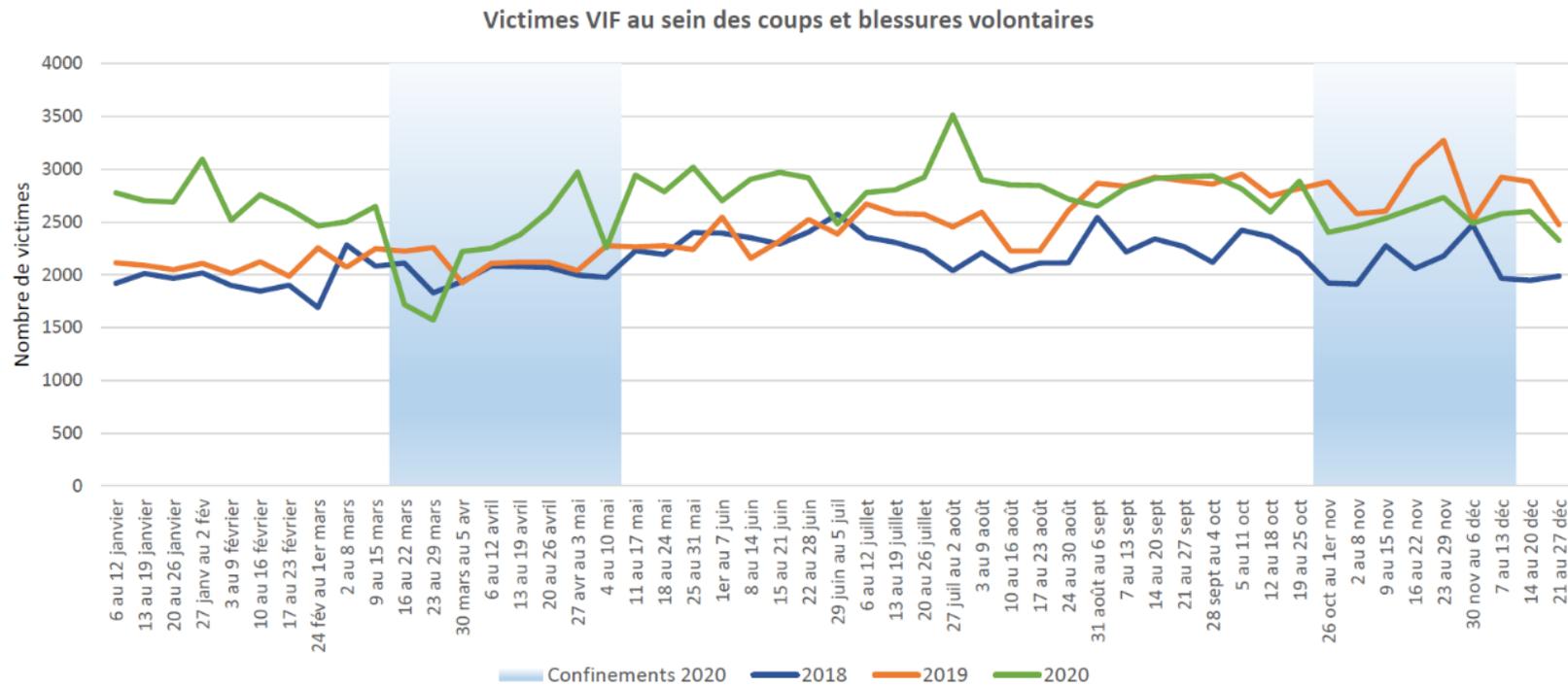
Annexe 1 : tableau descriptif de la sous-population, patients dont les derniers faits ne peuvent être situés par rapport à au moins une restriction à but sanitaire ($n= 525$)

Genre, /525 (%)	
Hommes	183 (34,9)
Femmes	342 (65,1)
Motif de consultation, /525 (%)	
Violences conjugales	99 (18,9)
Violences à enfants	257 (48,9)
Violences sexuelles	169 (32,2)
dont, /169 (%)	
<i>Violences sex. mineur</i>	125 (74,0)
<i>Violences sex. conjugales</i>	33 (19,5)
<i>Violences sex. majeur</i>	11 (6,5)
Autorité requérante, /525 (%)	
Police	141 (26,8)
Gendarmerie	368 (70,1)
Autre	16 (3,1)
Age	
Minimum	1 mois 9 jours
Maximum	83 ans
Moyen	16,2 ans
Médian	9,4 ans
ITT, nombre	
Non déterminée	28
Pas d'ITT	65
Définitive	2
Minimum	0
Maximum	180
Moyenne	2,8
Médiane	0

Annexe 2 : tableau descriptif de la sous-population, patients dont les derniers faits peuvent être situés par rapport à au moins une restriction à but sanitaire ($n=3\ 162$)

Genre, /3 162 (%)	
Hommes	564 (17,8)
Femmes	2 598 (82,2)
Motif de consultation, /3 162 (%)	
Violences conjugales	1 389 (43,9)
Violences à enfants	665 (21,0)
Violences sexuelles	1 108 (35,1)
<i>dont, /1108 (%)</i>	
<i>Violences sex. mineur</i>	<i>515 (46,5)</i>
<i>Violences sex. conjugales</i>	<i>234 (21,1)</i>
<i>Violences sex. majeur</i>	<i>359 (32,4)</i>
Autorité requérante, /3 162 (%)	
Police	1 062 (33,6)
Gendarmerie	1 942 (61,4)
Autre	158 (5,0)
Age	
Minimum	17 jours
Maximum	90 ans
Moyen	26,2 ans
Médian	23,8 ans
ITT, nombre	
Non déterminée	121
Pas d'ITT	164
Définitive	3
Minimum	0
Maximum	120
Moyenne	2,9
Médiane	1

Annexe 3 : Violences intrafamiliales au sein des coups et blessures volontaires
(sur personnes de 15 ans ou plus)



Champ : France entière.

Sources : SSMSI, bases des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

FERRANDI Marie- Noé

66 pages – 8 tableaux – 7 figures – 1 graphique.

Résumé :

Introduction : Dès le début des premières restrictions dues à la pandémie de Covid-19 s'est posée la question dans l'espace médiatique d'une hausse des violences intrafamiliales. Nous avons analysé les données d'activité de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) du CHRU de Tours pour vérifier si une telle augmentation avait effectivement été constatée en Indre et Loire.

Matériel et méthodes : nous avons mené une étude rétrospective des dossiers de patients ayant consulté à l'UMJ, service de consultation de l'Institut Médico-légal du CHRU de Tours pour violences à enfants, violences conjugales et/ou violences sexuelles entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021. Nous avons décrit pour chacun de ces patients le motif de consultation, l'autorité requérante, la date des derniers faits et l'incapacité totale de travail (ITT) déterminée à la fin de la consultation. Nous avons comparé le nombre moyen de consultations pour ces motifs de violences en fonction de la présence ou de l'absence d'une restriction à but sanitaire. Nous avons fait de même pour l'ITT évaluée à l'issue de chaque consultation, ainsi que pour les délais de consultation par rapport à la date des derniers faits.

Résultats : nous avons mis en évidence une augmentation du nombre de victimes vues à l'UMJ de Tours pour des violences conjugales pendant les périodes de couvre-feu, de confinement et de fermeture des écoles. Le nombre de majeurs rapportant des violences sexuelles hors relations conjugales a diminué pendant les périodes de couvre-feu. Il en a été de même pour les mineurs ayant révélé des violences sexuelles lors de la fermeture des établissements scolaires. Il n'a pas été mis en évidence de variation significative de l'ITT pour les faits ayant eu lieu pendant les périodes de restrictions. Les délais de consultations ont varié de manière non homogène en fonction des restrictions appliquées.

Discussion : l'augmentation du nombre de victimes examinées pour violences conjugales en Indre et Loire pendant les périodes de confinement est concordante avec la littérature scientifique internationale ainsi qu'avec les chiffres émis par le gouvernement français. L'absence d'augmentation du nombre de consultations chez les mineurs pendant les confinements et la période de fermeture des écoles pourrait être liée à un biais de diminution de détection de celles-ci par les intervenants extra-familiaux. La pandémie de Covid-19 semble avoir été à l'origine d'une aggravation des violences intrafamiliales. Les facteurs de risque de violences perdurent toujours et le contexte actuel de crise socio-économique est un motif d'inquiétude quant à une poursuite de la montée des violences intrafamiliales à un terme bien ultérieur à celui de la pandémie-même.

Mots clés : Covid-19, violences intrafamiliales, violences sexuelles, violences conjugales, violences à enfants, restrictions.

Jury :

Président du Jury : Professeur Leslie GUILLON-GRAMMATICO

Directeur de thèse : Professeur Pauline SAINT MARTIN

Membres du Jury : Docteur Justine CANALES
Docteur Pierre TIXERONT

Date de soutenance : 19 octobre 2022.