

## > SOMMAIRE // Contents

### ARTICLE // Article

Traumatologie routière pendant la première période de confinement pour cause de pandémie de Covid-19  
Registre du Rhône  
// Road traffic injuries during the first lockdown of the COVID-19 pandemic Rhône registry, France .....p. 308

**Bernard Laumon et coll.**

Univ Gustave-Eiffel, Département Transport Santé Sécurité (TS2), Lyon

### ARTICLE // Article

Étude Pré-Violence : prévalence des violences déclarées par les femmes majeures ayant consulté dans les centres municipaux de santé des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis entre le 7 décembre 2020 et le 28 janvier 2021  
// PRE-VIOLENCE Study: Prevalence of violence experienced by adult women attending municipal health centres in the French departments of Hauts-de-Seine and Seine-Saint-Denis, from 7 December 2020 to 28 January 2021 .....p. 315

**Justine Lebouc et coll.**

Formations sanitaires de Tahiti Nui, Papeete

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

**Directeur de la publication :** Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France  
**Rédactrice en chef :** Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, [redaction@santepubliquefrance.fr](mailto:redaction@santepubliquefrance.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Frédérique Bilon-Debernardi  
**Responsable du contenu en anglais :** Chloé Chester  
**Secrétariat de rédaction :** Valérie Contactis  
**Comité de rédaction :** Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chamli, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.  
**Santé publique France** - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>  
**Préresse :** Luminess  
**ISSN :** 1953-8030

## TRAUMATOLOGIE ROUTIÈRE PENDANT LA PREMIÈRE PÉRIODE DE CONFINEMENT POUR CAUSE DE PANDÉMIE DE COVID-19 REGISTRE DU RHÔNE

// ROAD TRAFFIC INJURIES DURING THE FIRST LOCKDOWN OF THE COVID-19 PANDEMIC RHÔNE REGISTRY, FRANCE

Bernard Laumon<sup>1</sup> (bernard.laumon@univ-eiffel.fr), Hélène Tardy<sup>2</sup>, Amina Ndiaye<sup>2</sup>, Blandine Gadegbeku<sup>2</sup>, Sylviane Lafont<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Univ Gustave-Eiffel, Département Transport Santé Sécurité (TS2), Lyon

<sup>2</sup> Univ Lyon, Univ Gustave-Eiffel, Univ Claude-Bernard Lyon-1, Umrestte, UMR T 9405, Lyon

Soumis le 21.04.2022 // Date of submission: 04.21.2022

### Résumé // Abstract

**Introduction** – La pandémie de Covid-19 a contraint la France à un confinement strict du 17 mars au 10 mai 2020. Les accidents de la route et la mortalité routière ont alors fortement diminué, mais que dire des blessés et de la gravité de leurs atteintes ? L'objectif est d'évaluer l'impact du confinement sur la morbidité routière.

**Méthode** – Les données sont issues du Registre des victimes corporelles d'accidents de la circulation routière dans le département du Rhône. Les principales caractéristiques de l'accident, de la victime et de la gravité des blessures lors de la période de confinement sont comparées à la même période l'année précédente. Cependant, pour éviter de prêter au confinement des effets liés à d'autres sources de variation de l'accidentalité, la même analyse est réalisée sur la période précédant le confinement. Toutes les périodes sont choisies de la même durée que le confinement lui-même. Les analyses sont descriptives et univariées.

**Résultats** – Cette période de confinement est associée à une baisse de 75% du nombre de victimes (386 vs 1 537 l'année précédente). On observe aussi une plus grande proportion de victimes cyclistes et une moindre proportion de victimes automobilistes (au point d'être équilibrés en nombre), plus d'accidents sans antagoniste, une augmentation du ratio hommes/femmes, un excès relatif des moins de 14 ans et un déficit relatif des 15-24 ans, une moindre part des victimes peu gravement blessées (et plus de victimes modérément blessées), et une moindre proportion de victimes présentant une atteinte du rachis cervical.

**Discussion-conclusion** – La moindre part d'automobilistes accidentés pendant le confinement explique la part plus faible d'accidents avec antagoniste. Ces deux phénomènes combinés expliquent le nombre moindre de victimes dans un même accident et la part plus faible des atteintes du rachis cervical. L'augmentation du ratio hommes/femmes concerne essentiellement les 25-44 ans. On peut y voir le reflet d'une gestion différenciée des contraintes imposées (domestiques et autres). L'excès relatif de victimes de moins de 14 ans est lié à l'augmentation de la pratique du vélo par des enfants encore inexpérimentés, particulièrement des filles. Le déficit relatif de victimes de 15-24 ans est lié à un moindre usage du vélo et de la trottinette. Enfin, la diminution de la part des blessés les plus légèrement atteints pourrait être expliquée par un moindre recours au réseau de soins pendant le confinement. Cette baisse ne contribue cependant que marginalement à la chute spectaculaire de l'accidentalité au cours de cette période.

Ainsi, au-delà d'une réduction importante de l'accidentalité routière, ce confinement strict a révélé des caractéristiques d'accidents et de victimes qui suggèrent, globalement, une évolution des déplacements vers plus de modes doux. Cette évolution, et son accidentalité spécifique, devront être évaluées à plus long terme.

**Introduction** – The COVID-19 pandemic forced France into strict lockdown from 17 March to 10 May 2020. During this period, the number of road traffic accidents and deaths fell sharply, but the impact on the type of injuries sustained and the severity of their consequences was hitherto unknown. This study aimed to investigate the impact of lockdown on road injury morbidity.

**Method** – The data analysed are from the registry of victims of road traffic accidents in the Rhône department. The main characteristics of accidents, victims, and injury severity during the lockdown period were compared with the same period in the previous year. However, in order to avoid attributing effects from other sources of accident variation to the lockdown, the same analysis was carried out for the period before lockdown. The analyses are descriptive and univariate.

**Results** – This lockdown period is associated with a 75% decrease in the number of victims (386 vs 1537 the previous year). There was also a greater proportion of cyclist victims and fewer motorists (to the point of becoming balanced in number), more accidents without an antagonist, an increase in the male/female ratio, a relative excess of under-14s and a relative deficit of 15-24-years-old, a smaller proportion of victims with minor injuries (and more with moderate injuries), as well as fewer victims with cervical spine injuries.

**Discussion-conclusion** – The lower proportion of motorists involved in accidents during lockdown explains the lower proportion of accidents with antagonists. These two effects combined explain the lower number of victims in a single accident and the lower proportion of cervical spine injuries. The increase in the male/female

ratio mainly concerns the 25–44 age group. This may be seen to reflect the differential constraints (domestic and other) imposed by lockdown restrictions. The relative excess of victims aged under 14 years is linked to an increase in cycling among unexperienced children, particularly girls. The relative deficit of victims aged 15–24 years is linked to a decrease in their use of bicycles and scooters. Finally, the decrease in the proportion of minor injuries could be explained by the lesser use of the care network during lockdown. However, this reduction only marginally contributes to the spectacular drop in the accident rate during this period.

Thus, in addition to a significant reduction in road traffic accidents, this lockdown revealed accident and victim characteristics that suggest, overall, a shift towards softer modes of transport. This evolution, and its specific accidentology, will have to be evaluated in the longer term.

---

**Mots-clés :** Covid-19, Confinement, Traumatologie routière, Gravité

// **Keywords:** COVID-19, Lockdown, Road traffic injuries, Severity

---

## Introduction

Le 17 mars 2020 à 12 h, la France entière était confinée par décret<sup>1</sup>. Sauf à se rendre sur son lieu de travail et en dehors des déplacements professionnels ne pouvant être différés, des achats de première nécessité, des déplacements pour motif de santé ou motif familial impérieux, ou, à proximité du domicile, pour une activité physique brève, y compris de son animal de compagnie, plus aucun déplacement n'était autorisé. Ce confinement a été levé le 11 mai. Autant de déplacements en moins qui n'ont pu avoir qu'une incidence positive sur le bilan de l'insécurité routière. Selon l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), « L'étude des accidents et de la mortalité sur le premier semestre 2020, comparée aux années précédentes, met en évidence certes la chute de l'accidentalité pendant la période de confinement, mais aussi une reprise en période de déconfinement qui n'est pas encore à la hauteur d'une situation correspondant aux déplacements habituels<sup>2</sup> ».

Une autre dimension essentielle de l'insécurité routière est celle des blessés et de la gravité de leurs blessures. Le Registre des victimes corporelles d'accidents de la circulation routière dans le département du Rhône (dit Registre du Rhône) permet d'analyser l'impact du confinement sur cette morbidité.

## Méthode

Le Registre du Rhône existe depuis 1995<sup>3,4</sup>. Il recense toutes les victimes corporelles d'un accident de la circulation routière survenu dans le département du Rhône (1,8 million d'habitants, 10 535 victimes en 2019). Il permet de décrire les caractéristiques personnelles de la victime, de son accident, et de son parcours de soins, ainsi que la nature et la gravité de son tableau lésionnel. Cette gravité est estimée par l'AIS (*Abbreviated Injury Scale*<sup>5</sup>), classification de référence en traumatologie. Elle permet de coder chaque lésion élémentaire et de lui affecter un niveau de gravité de 1 (mineure) à 6 (au-delà de toute ressource thérapeutique). Le MAIS (*Maximum Abbreviated Injury Scale*) est le niveau de gravité associé à la lésion présentant l'AIS le plus élevé.

Pour évaluer l'impact du confinement sur la morbidité routière, la période de confinement ( $P_{\text{conf}}$ ) est comparée à la même période l'année précédente ( $P_{\text{conf-1}}$ ). Néanmoins, pour éviter de prêter au confinement les effets d'autres sources de variation de l'accidentalité

d'une année à l'autre, il est recherché dans un second temps si les mêmes tendances sont observées sur la période avant le confinement ( $P_{\text{av}}$ ), en la comparant à la même période l'année précédente ( $P_{\text{av-1}}$ ). Toutes les périodes sont choisies de la même durée que le confinement lui-même, soit 54 jours<sup>(1)</sup>.

Pour dresser un bilan global de l'accidentalité, les variables retenues sont le nombre d'accidents et de victimes (blessées ou décédées), et le nombre moyen de victimes par accident.

Les accidents sont caractérisés par le type de voie, le type d'antagoniste éventuel et le jour de la semaine. Afin de tenir compte du fait que le nombre de chacun de ces jours n'est pas le même au cours d'une période donnée, ou d'une période à l'autre, il est calculé un nombre moyen d'accidents un jour donné de la semaine. Ce nombre est ensuite rapporté au nombre quotidien moyen d'accidents sur la période considérée. Les jours fériés sont considérés comme des dimanches.

Les victimes sont caractérisées par leurs sexe, âge, lieu de résidence, motif du déplacement et catégorie d'utilisateur. Les conséquences de l'accident sur ces victimes sont caractérisées par leurs décès éventuel, durée d'hospitalisation, gravité des blessures (MAIS), et régions corporelles atteintes.

Toutes les analyses sont effectuées sous SAS 9.4<sup>®</sup>. Selon la nature des variables, les tests statistiques effectués sont des Chi2 ou des tests de Fisher (ou une analyse de variance à deux facteurs pour le jour de la semaine). Pour les variables à plusieurs modalités, le test d'une modalité particulière n'est envisagé que si le test global est significatif (test « protégé »), et seules les différences significatives sont rapportées dans le texte. Lorsque des comparaisons ne sont pas présentées dans un tableau, leur significativité est indiquée dans le texte.

## Résultats

### La période de confinement comparée à la même période l'année précédente

Pendant la période de confinement ( $P_{\text{conf}}$ ), 362 accidents ont été dénombrés, faisant 386 victimes, soit une baisse de 75% par rapport à la même période

---

<sup>(1)</sup> Le confinement ayant pris effet le 17 mars à midi, cette journée est exclue de l'analyse.

l'année précédente ( $P_{\text{conf-1}}$ ) (tableau 1). Le nombre moyen de victimes par accident a lui aussi diminué (1,07 vs 1,13). Pour la suite des résultats, il est fait abstraction de ces différences d'effectifs pour s'intéresser aux distributions en fréquences.

Ainsi, par rapport à la même période l'année précédente, on constate une augmentation de la part des accidents sans antagoniste (58,3% vs 43,9%) et une réduction des heurts avec un véhicule motorisé (31,2% vs 44,5%). Les répartitions des accidents, selon le jour de la semaine, ou selon le type de réseau sur lequel ils surviennent, n'évoluent pas de façon significative.

S'agissant des caractéristiques des victimes (tableau 2), leur répartition selon leur lieu de résidence est significativement différente entre les deux périodes, avec, pendant le confinement, une part plus élevée de victimes résidant dans le département du Rhône (92,0% vs 87,3%). La répartition des victimes selon leur catégorie d'usager diffère de celle de l'année précédente, avec notamment une diminution de la part des occupants de voiture (28,8% vs 38,6 %) et des usagers de trottinette (9,8% vs 13,1%), et une augmentation de celle des cyclistes (29,5% vs 19,0%) et des usagers

d'un autre EDP<sup>(2)</sup> que la trottinette (4,7% vs 2,6%). Les cyclistes s'avèrent ainsi les victimes les plus fortement représentées au cours de ce confinement. La répartition des victimes en âge de travailler (14 à 70 ans) selon leur motif de déplacement ne diffère pas significativement d'une période à l'autre ; ni la proportion de passagers, tant d'une voiture que d'un deux-roues motorisé.

Le ratio hommes/femmes est plus élevé pendant le confinement (2,24) qu'au cours de la même période l'année précédente (1,63). Ce sex-ratio a notamment augmenté parmi les 25-44 ans (4,29 vs 1,55,  $p < 0,001$ ). Il en est de même selon le motif du déplacement, tant parmi les déplacements en lien avec le travail (3,33 vs 1,47,  $p < 0,01$ ) que ceux sans lien avec celui-ci (2,63 vs 1,68,  $p < 0,01$ ).

Les victimes sont, en moyenne, plus jeunes d'environ trois ans (28,5 vs 31,3), avec une part plus élevée des moins de 14 ans (22,5% vs 12,4%), et une part moins élevée des 15-24 ans (25,4% vs 30,8%).

<sup>(2)</sup> EDP ou engin de déplacement personnel. Cet acronyme regroupe des engins non motorisés (skate, roller, trottinette) et motorisés (trottinette électrique, gyropode, monoroue, hoverboard).

Tableau 1

**Caractéristiques des accidents selon la période de leur survenue (proportions rapportées au nombre d'accidents de chaque période) – Registre du Rhône**

Caractéristiques	$P_{\text{av-1}}$	$P_{\text{av}}$	$P_{\text{conf-1}}$	$P_{\text{conf}}$
<b>Effectifs</b>				
Accidents	1 081	1 335	1 361	362
Victimes	1 224	1 470	1 537	386
Victimes/accident	1,13	NS 1,10	1,13	** 1,07
<b>Type de voie</b>	NS		NS	
Autoroute	4,8%	4,9%	5,0%	3,0%
Route nationale, départementale, périphérique et voie express	9,2%	9,2%	8,8%	7,5%
Rue ou voie communale	64,1%	66,3%	66,8%	72,9%
Réseau autre	21,9%	19,6%	19,4%	16,6%
<b>Antagoniste</b>	NS		NS	
Aucun	35,5%	37,9%	43,9%	*** 58,3%
Véhicule motorisé	53,7%	51,2%	44,5%	*** 31,2%
Obstacle fixe	8,0%	9,1%	9,0%	NS 9,1%
<b>Jour de la semaine (nombre moyen d'accidents un jour de la semaine donné, rapporté au nombre quotidien moyen d'accidents tous jours confondus)</b>	NS		NS	
Lundi	0,93	0,87	0,91	1,04
Mardi	0,84	0,94	0,93	0,77
Mercredi	0,98	1,16	1,04	1,21
Jeudi	1,01	0,97	1,02	1,10
Vendredi	1,17	1,08	1,09	0,99
Samedi	1,17	1,02	1,06	1,04
Dimanche et jour férié	0,88	0,97	0,97	0,87

NS : non significatif au seuil de 5% ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$ .

$P_{\text{av-1}}$  : période antérieure à la période du premier confinement, un an avant (22 janvier-16 mars 2019).

$P_{\text{av}}$  : période antérieure à la période du premier confinement (23 janvier-16 mars 2020).

$P_{\text{conf-1}}$  : période équivalente à la période du premier confinement, un an avant (18 mars-10 mai 2019).

$P_{\text{conf}}$  : période du premier confinement, (18 mars-10 mai 2020).

$P_{\text{av}}$  est comparée à  $P_{\text{av-1}}$  et  $P_{\text{conf}}$  à  $P_{\text{conf-1}}$ .

Tableau 2

**Caractéristiques des victimes selon la période de survenue de leur accident (proportions rapportées au nombre de victimes de chaque période) – Registre du Rhône**

Caractéristiques	P <sub>av-1</sub>	P <sub>av</sub>	P <sub>conf-1</sub>	P <sub>conf</sub>		
<b>Effectifs (nombre de victimes)</b>	1 224	1 470	1 537	386		
<b>Lieu de résidence</b>	NS					
Département du Rhône (69)	87,3%	87,6%	87,3%	*	92,0%	
Départements limitrophes (01, 38, 42, 71)	8,3%	8,5%	9,0%	NS	6,2%	
Autre en métropole	3,8%	3,7%	2,9%	NS	1,8%	
Autre ailleurs	0,5%	0,2%	0,8%	NS	0,0%	
<b>Catégorie d'usager</b>						
Voiture	42,1%	NS	40,6%	38,6%	**	28,8%
Deux-roues motorisé	15,7%	NS	17,0%	17,5%	NS	20,5%
Vélo	18,1%	NS	16,8%	19,0%	***	29,5%
Piéton	12,4%	NS	9,2%	7,4%	NS	5,2%
Trottinette	6,5%	***	11,8%	13,1%	NS	9,8%
Autre EDP	2,7%	NS	2,0%	2,6%	*	4,7%
Camion, car, bus	2,0%	NS	1,6%	1,3%	NS	1,0%
Autre	0,7%	NS	1,0%	0,5%	NS	0,5%
<b>Motif du déplacement (% rapportés aux victimes en âge de travailler)</b>	NS					
Non professionnel	71,5%	*	75,4%	77,2%		77,9%
Domicile-travail	24,8%	*	20,5%	20,2%		19,4%
Mission	3,6%	NS	4,0%	2,6%		2,7%
<b>Passagers (% rapportés à chaque catégorie d'usager)</b>	NS					
D'une voiture	29,1%		28,0%	31,6%		26,1%
D'un deux-roues motorisé	5,2%		2,4%	7,1%		5,1%
<b>Sexe</b>						
Sex-ratio (hommes/femmes)	1,57	NS	1,58	1,63	**	2,24
<b>Âge</b>	NS					
Âge moyen (ans)	32,4		32,3	31,3		28,5
<b>Âge en classes</b>	NS					
0-14 ans	11,5%		10,3%	12,4%	***	22,5%
15-24 ans	28,3%		30,5%	30,8%	*	25,4%
25-44 ans	37,1%		37,6%	35,8%	NS	32,9%
45-64 ans	17,0%		15,4%	15,2%	NS	15,3%
65 ans et plus	6,0%		6,1%	5,8%	NS	3,9%

NS : non significatif au seuil de 5% ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001.

EDP : engin de déplacement personnel.

P<sub>av-1</sub> : période antérieure à la période du premier confinement, un an avant (22 janvier-16 mars 2019).

P<sub>av</sub> : période antérieure à la période du premier confinement (23 janvier-16 mars 2020).

P<sub>conf-1</sub> : période équivalente à la période du premier confinement, un an avant (18 mars-10 mai 2019).

P<sub>conf</sub> : période du premier confinement (18 mars-10 mai 2020).

P<sub>av</sub> est comparée à P<sub>av-1</sub> et P<sub>conf</sub> à P<sub>conf-1</sub>.

La hausse des 0-14 ans est significativement liée aux cyclistes (12,7% de l'ensemble des victimes vs 2,3%, p<0,001) et aux usagers de trottinette (5,4% vs 3,2%, p<0,01), hausses qui prévalent sur une baisse chez les automobilistes (0,3% vs 3,3%, p<0,01). Cet excès de 0-14 ans est plus marqué chez les filles (32,8% des victimes de sexe féminin vs 11,3% l'année précédente, p<0,001) que chez les garçons (18,0% des victimes de sexe masculin vs 13,1% l'année précédente, p<0,05). La baisse des

15-24 ans est significativement liée aux cyclistes (2,6% de l'ensemble des victimes vs 5,5% l'année précédente, p<0,05) et aux usagers de trottinette (1,3% vs 3,5%, p<0,05).

S'agissant des conséquences de l'accident pour les victimes (tableau 3), 1 décès est constaté au cours de la période de confinement, et 5 décès au cours de la même période l'année précédente. Le taux d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation ne diffèrent pas significativement entre les deux périodes.

Tableau 3

**Conséquences pour les victimes selon la période de survenue de leur accident (proportions rapportées au nombre de victimes de chaque période) – Registre du Rhône**

Caractéristiques	P <sub>av-1</sub>	P <sub>av</sub>	P <sub>conf-1</sub>	P <sub>conf</sub>
<b>Effectifs (nombre de victimes)</b>	1 224	1 470	1 537	386
Décès	8	2	5	1
<b>Hospitalisation</b>	NS		NS	
Oui	13,8%	13,4%	15,6%	18,1%
<b>Si oui :</b>	NS		NS	
<1 jour	18,3%	19,8%	21,7%	31,4%
1 jour	16,6%	24,9%	24,6%	21,4%
2 ou 3 jours	17,2%	22,3%	23,3%	18,6%
4 à 6 jours	20,7%	13,7%	12,1%	10,0%
≥7 jours	25,4%	19,3%	18,3%	18,6%
Inconnue	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Gravité du tableau lésionnel</b>	NS			
MAIS 1	74,8%	76,1%	74,4%	** 65,8%
MAIS 2	19,3%	19,5%	21,1%	* 29,0%
MAIS 3+	5,9%	4,4%	4,4%	NS 5,2%
<b>Régions corporelles atteintes</b>	NS			
Nombre moyen	1,68	1,62	1,61	NS 1,61
Tête	23,1%	21,6%	24,0%	NS 22,8%
Face	13,0%	15,4%	15,2%	NS 17,4%
Cou	6,9%	5,4%	5,6%	NS 4,7%
Thorax	14,9%	12,7%	13,1%	NS 10,9%
Abdomen	5,0%	3,7%	4,9%	NS 5,2%
Colonne vertébrale	28,2%	28,2%	24,0%	** 15,5%
Membres supérieurs	37,2%	35,3%	41,8%	NS 43,0%
Membres inférieurs/bassin	35,6%	35,6%	34,9%	NS 36,0%
Revêtement cutané	4,3%	3,7%	5,3%	NS 5,2%

NS : non significatif au seuil de 5% ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01.

MAIS : *Maximum Abbreviated Injury Scale*.

P<sub>av-1</sub> : période antérieure à la période du premier confinement, un an avant (22 janvier-16 mars 2019).

P<sub>av</sub> : période antérieure à la période du premier confinement (23 janvier-16 mars 2020).

P<sub>conf-1</sub> : période équivalente à la période du premier confinement, un an avant (18 mars-10 mai 2019).

P<sub>conf</sub> : période du premier confinement (18 mars-10 mai 2020).

P<sub>av</sub> est comparée à P<sub>av-1</sub> et P<sub>conf</sub> à P<sub>conf-1</sub>.

La gravité du tableau lésionnel diffère entre les deux périodes, avec une baisse des tableaux de faible gravité MAIS 1 (65,8% vs 74,4%) et une augmentation des tableaux de gravité modérée MAIS 2 (29,0% vs 21,1%). Une exploration plus fine de ces évolutions (données non rapportées) confirme cette tendance sur toutes les classes d'âge, sur les principales catégories d'usagers (voiture, vélo, piéton), sur les principaux motifs de déplacement (sans lien avec le travail, trajet domicile-travail) et sur les trois types d'antagonistes les plus fréquents (aucun, véhicule motorisé, obstacle fixe).

Le confinement n'impacte pas le nombre moyen de régions corporelles atteintes. Les comparaisons région par région<sup>(3)</sup> montrent une baisse significative des atteintes de la colonne vertébrale (15,5% des

victimes vs 24,0%), quasi exclusivement des entorses cervicales, communément appelées « coup du lapin » (8,0% vs 15,7%, p<0,001).

### Évolutions observées au cours de la période qui a précédé le confinement

Il s'agit ici de mettre en perspective les évolutions évoquées précédemment par rapport à celles observées entre les périodes P<sub>av-1</sub> et P<sub>av</sub>. Entre ces deux périodes, contrairement à l'analyse de la période de confinement, on observe une augmentation du nombre d'accidents (1 335 vs 1 081) et de celui des victimes (1 470 vs 1 224, tableau 1). Cependant, aucune des caractéristiques de l'accident n'évolue de façon significative, contrairement à ce que l'on observait précédemment pour le nombre moyen de victimes par accident ou le type d'antagoniste.

S'agissant des victimes (tableau 2), *a contrario* de l'analyse de la période de confinement, on n'observe pas d'évolution significative du lieu de résidence,

<sup>(3)</sup> S'agissant de la répartition des lésions selon ces régions corporelles, dans la mesure où une même victime peut présenter des lésions dans deux ou plusieurs régions, un test Chi2 global serait inapproprié.

de la proportion de passagers de voiture ou de deux-roues motorisé, du sex-ratio ou de l'âge des victimes ; et une évolution significative des motifs de déplacement, avec une réduction des trajets domicile-travail au profit de ceux sans lien avec le travail. Comme précédemment, on observe une répartition significativement différente des victimes selon leur catégorie d'utilisateur, mais ici essentiellement liée à l'augmentation des usagers de trottinette (de 6,5 à 11,8%).

S'agissant des conséquences de l'accident pour les victimes (tableau 3), on observe, comme pour la période de confinement, une moindre mortalité (de 8 à 2) et une évolution non significative de la durée d'hospitalisation. *A contrario*, aucune évolution significative de la gravité ou de la répartition des lésions n'est constatée.

## Discussion

La présentation des résultats s'appuie fortement sur le caractère « significatif » de telle ou telle différence. Ce choix présente l'inconvénient de pénaliser la période d'intérêt du fait de ses moindres effectifs. Néanmoins, des différences significatives entre les périodes  $P_{\text{conf}}$  et  $P_{\text{conf-1}}$  sont retrouvées, alors qu'elles ne le sont pas entre  $P_{\text{av}}$  et  $P_{\text{av-1}}$ . Il paraît donc légitime d'attribuer ces différences au confinement lui-même.

Ainsi, on retient avant tout une chute de 75% de la morbidité routière au cours du confinement, à rapprocher de celle de la mortalité routière sur l'ensemble du territoire métropolitain (60,8%<sup>(4)</sup>). On peut aussi rappeler le moindre nombre moyen de victimes par accident.

La période de confinement est aussi caractérisée par une accidentalité des cyclistes qui rejoint celle des automobilistes et, en proportion, par plus d'accidents sans antagoniste, plus de victimes masculines, plus de victimes de moins de 14 ans et moins de 15-24 ans, moins de victimes peu gravement atteintes (MAIS 1), et moins de traumatismes du rachis (d'entorses cervicales pour l'essentiel).

Le moindre nombre de victimes par accident peut s'expliquer par la réduction du nombre d'impliqués dans un même accident. Celle-ci est liée à la réduction du nombre de voitures en circulation (tant en nombre de véhicules que de distances parcourues par chaque véhicule) et à la réduction du nombre des accidents impliquant un antagoniste. On ne peut l'imputer à une évolution (non significative) du nombre moyen de passagers de voiture ou de deux-roues motorisé.

L'augmentation du ratio hommes/femmes concerne essentiellement les 25-44 ans, tant dans les déplacements sans lien avec le travail qu'avec. Cela peut traduire, chez ces jeunes adultes, une gestion différenciée des contraintes imposées (garde des enfants, télétravail ou non, achats, etc.) conduisant l'homme à davantage de déplacements que la femme.

S'agissant de la plus grande proportion d'accidents sans antagoniste, on retrouve la même tendance sur les accidents mortels au plan national (57,6% d'accidents « sans tiers » vs 41,2%<sup>(4)</sup>). Là encore, ce constat s'explique assez naturellement par la réduction du nombre de véhicules motorisés en circulation.

Une autre conséquence de cette réduction des véhicules motorisés, notamment des voitures, est la forte diminution des entorses cervicales. L'accident entre une voiture et un autre véhicule motorisé étant le principal pourvoyeur de telles entorses (75,1% d'entre elles pendant  $P_{\text{conf-1}}$ ), la plus faible part de victimes en voiture et la plus faible part des accidents avec un autre véhicule motorisé pour antagoniste se conjuguent pour abaisser le risque d'une telle lésion (41,9% des entorses cervicales pendant  $P_{\text{conf}}$ ).

Cette période de confinement est aussi marquée par une part plus élevée de victimes de moins de 14 ans. Cet excès pourrait s'expliquer par une nouvelle utilisation (ludique) des modes de locomotion doux chez les enfants. À cela pourrait s'ajouter une moindre expérience des filles, connues pour avoir un accès au vélo habituellement moins fréquent et plus tardif que les garçons<sup>6</sup>. S'agissant de la baisse de la part des victimes âgées de 15 à 24 ans, on ne peut que supposer qu'il s'agit là du reflet d'une moindre incitation conjoncturelle à la pratique (ludique ou non) des modes de déplacement doux.

Enfin, au cours de cette période, on constate une part moins élevée de tableaux lésionnels peu graves et plus élevée de tableaux modérément graves. De fait, le taux d'hospitalisation est augmenté, même s'il ne l'est pas de façon significative (tableau 1). Un moindre recours au réseau de soins impliqué dans le Registre du Rhône peut expliquer ces résultats, comme cela a été constaté pour les accidents de la vie courante<sup>7</sup>. Un tel phénomène ne serait observé que sur les victimes pouvant se passer de soins hospitaliers, donc les moins gravement atteintes (MAIS 1). Cette baisse se répartit sur les différentes modalités des caractéristiques ayant évolué du fait du confinement (antagoniste, catégorie d'utilisateur, âge). Cette constance ne peut qu'étayer l'hypothèse d'une moindre fréquentation du réseau de soins par les victimes les plus légèrement atteintes. Les raisons en sont sans doute les mêmes que celles avancées pour les accidents de la vie courante (peur de la contamination Covid, souci de ne pas engorger les services d'urgence avec de la « bobologie »)<sup>7</sup> ou crainte d'un déplacement « interdit ».

Même si de tels comportements ont pu exister, ils sont loin d'expliquer l'essentiel de la réduction de l'accidentalité constatée au cours du confinement. Ces évolutions de la morbidité routière, sur cette période, sont du même ordre que celles constatées au niveau national sur la mortalité routière ou sur le niveau de trafic<sup>2</sup>. La « non-explosion » des accidents les plus graves (MAIS 3+) n'abonde pas dans le sens d'un relâchement massif des comportements à l'égard du code de la route, notamment en matière de vitesse.

L'étude est à replacer dans une tendance récente à une augmentation de l'insécurité routière (7 816 victimes dans le Rhône en 2015, 10 535 en 2019), et dans une

<sup>(4)</sup> Chiffres obtenus par l'analyse de la base nationale de l'ONISR sur les mêmes périodes (172 décès à 30 jours sur  $P_{\text{conf}}$  vs 487 sur  $P_{\text{conf-1}}$ ).

saisonnalité certaine, ne serait-ce que dans l'usage des deux-roues. Les précautions prises dans la sélection des périodes de comparaison et dans la façon de les comparer autorisent à considérer que ces sources de variabilité n'ont pas influencé nos affirmations. De fait, on peut légitimement imputer l'essentiel des changements observés, au cours de cette période de confinement, au confinement lui-même. Cette étude s'inscrit par ailleurs dans un contexte de promotion des modes de transport individuel doux (vélo et trottinette, notamment)<sup>8,9</sup>, essor que les mesures de restriction des déplacements ont sans doute favorisé.

En conclusion, au-delà d'une réduction importante de l'accidentalité routière, le confinement strict imposé pendant près de deux mois a révélé des caractéristiques d'accidents ou de victimes qui confortent l'hypothèse d'une évolution des déplacements vers plus de modes doux. Une telle évolution était déjà amorcée avant ce confinement et semble devoir perdurer, voire s'amplifier<sup>10,11</sup>. Elle s'accompagne d'une accidentologie spécifique à évaluer à plus long terme. ■

### Conformité avec les dispositions réglementaires

Les données traitées sont extraites du Registre des victimes corporelles d'accidents de la circulation routière dans le département du Rhône. Ce registre existe depuis 1995. Il a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Cnil. Il bénéficie d'un avis favorable du Comité d'évaluation des registres.

### Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé au recueil ou à l'informatisation des données, à travers l'Association pour le registre des victimes d'accidents de la circulation du Rhône (Arvac, présidée par Étienne Javouhey) et l'Université Gustave-Eiffel-TS2-Umrestte (sous la direction de Barbara Charbotel).

### Financement

Au fil des années, ce registre a bénéficié du soutien financier des ministères chargés de la sécurité routière (Transports, puis Intérieur), notamment de la Délégation à la sécurité routière, du ministère chargé de la Santé (Santé publique France, Inserm), et de l'Université Gustave-Eiffel.

### Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

### Références

[1] Légifrance. Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Intérieur. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19. JORF du 17/03/2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041728476?r=EiwSUE55ug>

[2] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Effet du confinement de la population au printemps 2020 lors de la crise Covid. Paris: ONISR; 2020. <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etudes-et-recherches/evaluation/effet-du-confinement-de-la-population-au-printemps-2020-lors-de-la-crise-covid>

[3] Laumon B. A French road accident trauma registry: comparison with police records. 7<sup>th</sup> Conference Traffic Safety on Two Continents, Lisbon, 1997. Malmö: Swedish National Road and Transport Research Institute (VTI). 1998:91-104.

[4] Laumon B, Martin JL, Collet P, Chiron M, Verney MP, NDiaye A, *et al.* A French road accident trauma registry: First results. AAAM 41<sup>st</sup> Annual Conference, Orlando, Florida, 1997. AAAM Eds, Des Plaines, Illinois. 1997:127-37.

[5] Gennarelli T, Wodzin E, Association for the Advancement of Automotive Medicine. Abbreviated Injury Scale, 2008 Revision. AAAM Eds, Des Plaines, Illinois. 2008. 8 p. <https://www.aaam.org/abbreviated-injury-scale-ais/>

[6] Rubio B, Legrand E, Cestac J, Assailly JP. Usage, socialisation et apprentissage du vélo chez les enfants : une revue narrative de la littérature. Iffstar. RTS; 2021. 17 p. [https://doi.org/10.25578/RTS\\_ISSN1951-6614\\_2021-07](https://doi.org/10.25578/RTS_ISSN1951-6614_2021-07)

[7] Rigou A, Beltzer N, Réseau Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Surveillance des accidents de la vie courante pendant la période de confinement de la pandémie de Covid-19. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(20):402-9. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/20/2020\\_20\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/20/2020_20_1.html)

[8] Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires. Comment les Français se déplacent-ils en 2019 ? Résultats de l'enquête mobilité des personnes. Paris; 2020. <https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/comment-les-francais-se-deplacent-ils-en-2019-resultats-de-lenquete-mobilite-des-personnes>

[9] Ademe, Obsoco, Chronos. L'Observatoire des mobilités émergentes – 3<sup>e</sup> édition. 2020. 4 p. <https://librairie.ademe.fr/mobilite-et-transport/3793-observatoire-des-mobilites-emergentes-3eme-edition-2020.html>

[10] Ademe, Obsoco, Chronos. L'Observatoire des mobilités émergentes – Janvier 2021 : spécial crise sanitaire en 2020. 9 p. <https://librairie.ademe.fr/mobilite-et-transport/4595-observatoire-des-mobilites-emergentes-special-crise-sanitaire-en-2020.html>

[11] Bagou G, Ndiaye A, Hugenschmitt D, Ebroussard G, Gerbaud K, Tazarourte K. Traumatismes consécutifs aux accidents de trottinettes. Annales françaises de médecine d'urgence. 2021;11(3):144-9.

### Citer cet article

Laumon B, Tardy H, Ndiaye A, Gadegbeku B, Lafont S. Traumatologie routière pendant la première période de confinement pour cause de pandémie de Covid-19 – Registre du Rhône. Bull Épidémiol Hebd. 2022;(18):308-14. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/18/2022\\_18\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/18/2022_18_1.html)

## ÉTUDE PRÉ'VIOLENCE : PRÉVALENCE DES VIOLENCES DÉCLARÉES PAR LES FEMMES MAJEURES AYANT CONSULTÉ DANS LES CENTRES MUNICIPAUX DE SANTÉ DES HAUTS-DE-SEINE ET DE SEINE-SAINT-DENIS ENTRE LE 7 DÉCEMBRE 2020 ET LE 28 JANVIER 2021

// PRE'VIOLENCE STUDY: PREVALENCE OF VIOLENCE EXPERIENCED BY ADULT WOMEN ATTENDING MUNICIPAL HEALTH CENTRES IN THE FRENCH DEPARTMENTS OF HAUTS-DE-SEINE AND SEINE-SAINT-DENIS, FROM 7 DECEMBER 2020 TO 28 JANUARY 2021

Justine Lebouc<sup>1</sup> (justine.lebouc@gmail.com), Lucie Bunge<sup>2</sup>, François Courtet<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Formations sanitaires de Tahiti Nui, Papeete

<sup>2</sup> Centre municipal de santé, Saint-Denis

<sup>3</sup> Centre hospitalier de Polynésie française, Papeete

Soumis le 15.04.2022 // Date of submission: 04.15.2022

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Les violences faites aux femmes ont un impact majeur sur la santé, mais restent difficiles à évaluer dans leur ensemble. L'étude Pré'Violence s'intéresse aux femmes consultant dans les centres municipaux de santé (CMS), dont la population présente une précarité plus grande et un état de santé moins bon que les patients des cabinets libéraux. L'objectif était d'estimer la prévalence des violences dans cette population, quel que soit le type de violence.

**Matériel et méthode** – L'étude a eu lieu dans 10 CMS des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis entre le 7 décembre 2020 et le 28 janvier 2021. Un auto-questionnaire anonyme était distribué durant une semaine par les secrétaires, à toutes les femmes majeures qui venaient consulter, quel que soit le motif ou le professionnel de santé. Le questionnaire interrogeait sur les violences dans l'année, en détaillant les différents types, et au cours de la vie, tous types de violence confondus.

**Résultats** – Parmi les 3 457 femmes ayant consulté durant l'étude, 375 femmes (10,8%) ont répondu. La prévalence des violences était de 52% au cours de la vie, et de 37% dans l'année passée. Parmi les violences dans l'année : 73% des femmes ont connu des violences verbales ; 46%, sexuelles ; et 41%, physiques. Ce sont 51% des femmes qui ont connu plusieurs types de violences à la fois. Seules 32% des femmes en avaient déjà parlé avec un professionnel de santé alors que 58% étaient favorables à ce que la question leur soit posée.

**Discussion** – Cette étude permet d'estimer pour la première fois la prévalence des violences parmi les femmes consultant dans les CMS des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis. Les résultats de l'étude sont limités par l'utilisation d'un auto-questionnaire, en l'absence d'un outil standardisé et validé pour le dépistage des violences. Une des difficultés était d'interroger les femmes sur les violences, dans une société marquée par la culture du viol et les stéréotypes. Toutefois, les résultats montrent que les femmes concernées sont en faveur du repérage et incitent à concevoir un questionnaire standardisé, dépistant tous les types de violences.

**Introduction** – Violence against women is a major public health issue, but remains difficult to assess as a whole. The PRE'VIOLENCE study focuses on women attending municipal health centres (MHC), which serve a population that is more precarious and in poorer health than those served through private practices. The objective was to estimate the prevalence of violence in this population, regardless of the type of violence.

**Material and method** – The study took place in ten MHCs in the Hauts-de-Seine and Seine-Saint-Denis departments, from 7 December 2020 to 28 January 2021. Over one week, the MHC secretaries distributed an anonymous self-administered questionnaire to all adult women who attended the MHC, regardless of the reason for the consultation. The questionnaire asked about specific types of violence experienced in the past year and, more generally, throughout life.

**Results** – Out of the 3,457 women who consulted during the study, 375 women (10.8%) responded. The prevalence of violence was 52% for lifetime and 37% in the past year. Regarding violence experienced in the past year: 73% of the women declared verbal violence, 46% sexual and 41% physical. Several types of violence experienced at the same time affected 51% of the women. Only 32% of the women had ever spoken to a health professional about their experience, while 58% were in favour of being asked about it.

**Discussion** – This study has allowed us to make the first ever estimation for prevalence of violence among women consulting MHC in the departments of Hauts-de-Seine and Seine-Saint-Denis. The results of the study are limited by the use of a self-administered questionnaire, which was used in the absence of a standardised and validated tool for screening violence. Given how society is marked by rape culture and stereotypes, one of

*the difficulties was deciding on the best way to ask women about violence. However, the results show that the women concerned are in favour of screening and support the idea of designing a standardised questionnaire that covers all types of violence.*

**Mots-clés :** Femme victime de violence, Violence sexiste, Test anonyme de dépistage  
**// Keywords:** Violence against women, Gender-based violence, Anonymous screening

## Introduction

Les violences faites aux femmes sont de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, et s'exercent à tous les stades de la vie, de l'enfance à la vie conjugale, familiale ou professionnelle.

Dans le monde, 27% des femmes auraient connu des violences conjugales dans leur vie, selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>1</sup>. En France, chaque année, 10% des femmes seraient victimes de violences conjugales<sup>2</sup>, dont 25% de pressions psychologiques, et 3,4% de viol ou tentative de viol de la part de leur conjoint ou ex-conjoint<sup>3</sup>.

Les violences ont un impact important sur la santé et augmentent le risque de développer de nombreuses maladies. Par exemple, les violences dans l'enfance sont associées à une augmentation des maladies cardiovasculaires, des cancers, des douleurs chroniques, ou des complications obstétricales et infections sexuellement transmissibles<sup>4</sup>. Parmi les victimes, 95% décrivent un impact sur leur santé mentale (dépression, idées suicidaires, addiction, trouble du comportement alimentaire, comportements à risque, etc.)<sup>5</sup>. Au total, les violences dans l'enfance diminuent l'espérance de vie de 5 à 20 ans, représentent pour les victimes un risque de connaître des violences ultérieures et pour la société un coût des soins ambulatoires deux fois supérieur<sup>6-8</sup>.

Les principales études dans la littérature étudient les violences selon leur type, mais aucune étude ne mesure la prévalence des violences faites aux femmes dans leur ensemble, en France.

Y compris en consultation, les violences demeurent peu dépistées : la moitié (55%) des femmes victimes de violences (FVV) n'en ont jamais parlé avec un professionnel de santé<sup>9</sup>. Les freins sont nombreux, tant du côté des victimes (peur du jugement et des répercussions sur les enfants) que des professionnels de santé (manque de temps et de formation, appréhension)<sup>10,11</sup>, dans une société marquée par la culture du viol, constituée de mythes et de représentations stéréotypées des violences<sup>12</sup>.

Cette étude s'intéresse aux femmes majeures consultant dans les centres municipaux de santé (CMS), dont le rôle est de favoriser l'accès aux soins et la réduction des inégalités<sup>13</sup>. Les CMS accueillent une population majoritairement féminine (60%), qui, en comparaison avec la patientèle des cabinets libéraux, est dans une plus grande précarité (niveau d'étude plus faible, représentation plus importante des personnes sans emploi et bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire)<sup>13</sup>. De plus, 46% des patients consultant dans les CMS déclarent un état de santé moyen à

très mauvais, contre 26% des patients dans la population générale<sup>13</sup>. Plusieurs études évoquent un lien entre la dégradation de l'état de santé, la précarité et la survenue d'expériences traumatiques<sup>8,14,15</sup>. L'hypothèse émise est que la prévalence des violences faites aux femmes pourrait être plus élevée parmi les femmes consultant dans les CMS.

L'objectif principal de l'étude Pré'Violence était donc de connaître la prévalence des violences faites aux femmes dans les CMS d'Île-de-France. Les objectifs secondaires étaient de connaître les caractéristiques des femmes consultant dans les CMS, les différents types de violences subies, le nombre de femmes ayant déjà été dépistées sur le sujet et le nombre de femmes en ayant parlé avec un professionnel de santé.

## Matériel et méthode

### Population d'étude

L'étude était proposée à toutes les femmes majeures qui venaient dans un des CMS de l'étude, quel que soit le professionnel ou le motif de consultation. Les mineures et les femmes majeures refusant de participer étaient exclues.

Les CMS ont été tirés au sort parmi les CMS d'Île-de-France : 15 CMS ont été contactés par mail, 13 ont répondu à l'invitation et 10 ont accepté de participer. Les CMS participants étaient répartis sur 5 communes, dans 2 départements d'Île-de-France : Asnières, Nanterre, Gennevilliers dans les Hauts-de-Seine (92), et Montreuil, Saint-Denis dans la Seine-Saint-Denis (93).

### Recueil des données

Un auto-questionnaire anonyme était proposé à l'accueil, à leur arrivée, à toutes les femmes majeures consultant. Elles étaient invitées à le remplir seules en salle d'attente avant leur consultation, ou pouvaient si elles le souhaitaient solliciter l'aide du professionnel consulté ou d'une personne de l'accueil. Une urne était disposée à l'accueil pour le recueil des questionnaires.

La durée d'inclusion a été fixée arbitrairement à une semaine.

Une lettre d'information expliquant le contexte de l'étude, le protocole et l'utilisation des données figurait en première page du questionnaire. Une patiente remplissant le questionnaire était présumée informée et consentante pour participer à l'étude.

En l'absence d'auto-questionnaire standardisé et validé par la littérature pour le dépistage de toutes les violences, un questionnaire a été créé pour l'étude, en s'appuyant sur les questions de l'Enquête

nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) et en suivant les recommandations de l'OMS sur l'élaboration de statistiques sur les violences faites aux femmes<sup>16</sup>.

Le questionnaire était constitué de 4 parties :

- 1<sup>re</sup> partie : données sociodémographiques (7 questions) ;
- 2<sup>e</sup> partie : repérage des violences dans l'année, selon les différents types de violence (7 questions) ;
- 3<sup>e</sup> partie : repérage des violences dans la vie, tous types de violence confondus, des unions forcées et des mutilations sexuelles féminines (4 questions) ;
- 4<sup>e</sup> partie : repérage des violences par un professionnel de santé (4 questions).

Avec chaque questionnaire était distribuée une liste des consultations et des associations aidant les femmes victimes de violences, sur le territoire de chaque CMS, ainsi que les numéros d'aide et d'écoute dédiés aux victimes de violences.

L'étude s'est déroulée entre le 7 décembre 2020 et le 28 janvier 2021.

Les questionnaires ont été recueillis à la fin de la semaine. Un questionnaire était considéré valide s'il respectait les critères d'inclusion et si au moins la moitié des questions avaient été complétées.

Le nombre total de consultations et le nombre de femmes majeures ayant consulté durant la semaine étaient issus de la liste des actes codés dans les logiciels de facturation de chaque centre.

Le recueil et l'utilisation des données respectaient les consignes de conformité du traitement des données

selon le référentiel de méthodologie de référence MR-003 et a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (référence 2219634v0).

### Analyse statistique

L'ensemble des analyses a été effectué par un ingénieur en statistiques à l'aide des logiciels Excel® et XLStat®. L'analyse descriptive des variables qualitatives et ordinales présente la fréquence et le pourcentage pour chaque critère de jugement.

## Résultats

### Participation à l'étude et caractéristiques des patientes

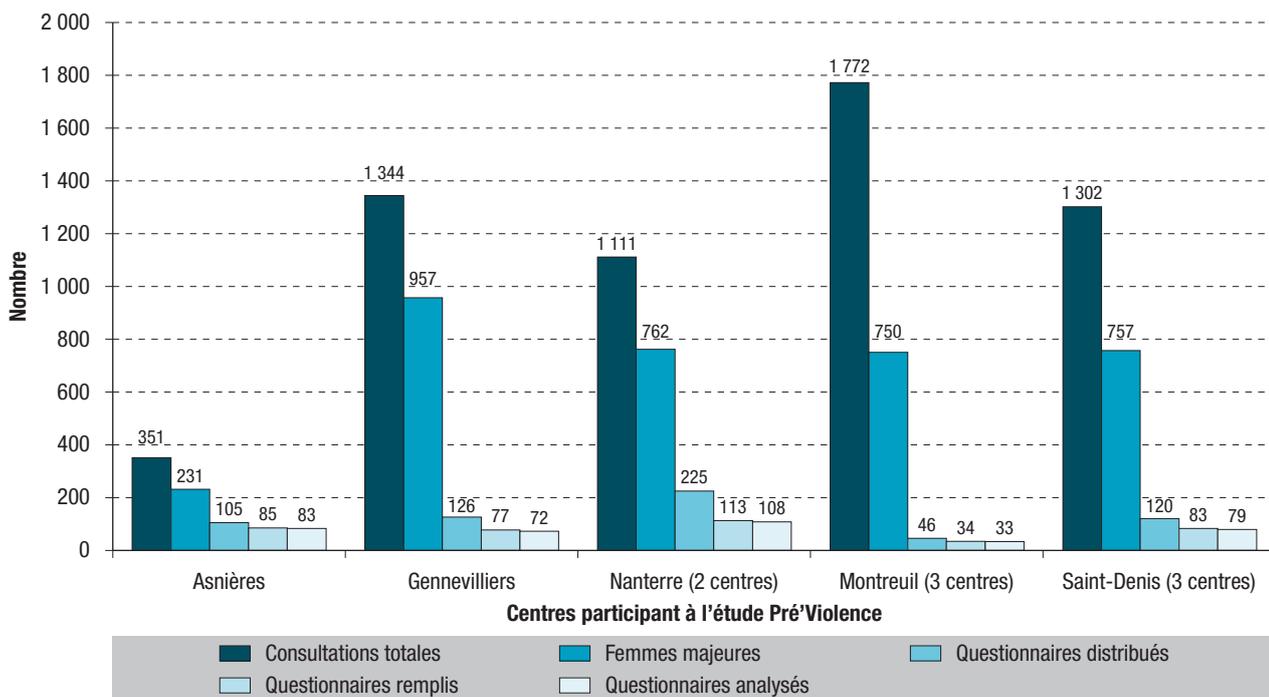
Durant l'étude, 5 880 consultations ont eu lieu dans les 10 CMS (figure 1). Les femmes majeures représentaient 59% des consultations, soit 3 457 femmes.

Le questionnaire de l'étude a été distribué à 622 femmes, soit 18% de la population étudiée. Le taux de distribution variait entre les CMS, de 5% à Montreuil à 45% à Asnières.

À la fin de l'étude, 292 questionnaires ont été recueillis dans les urnes, dont 17 (4%) n'étaient pas valides (4 questionnaires vierges, 4 patientes mineures et 9 réponses partielles). Au total, 375 questionnaires ont été analysés. Le taux de participation dans l'ensemble des CMS a été de 11%. Ce taux était également hétérogène : il variait de 3% dans les CMS de Montreuil, à 36% dans le CMS d'Asnières. Le tableau 1 présente les caractéristiques des patientes ayant répondu à l'étude.

Figure 1

**Participation à l'étude PréViolence dans des centres municipaux de santé, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021**



CMS : centres municipaux de santé.

## Prévalence des violences faites aux femmes

Au total, 52% des femmes ayant répondu à l'étude ont rapporté avoir connu des violences dans leur vie et 37% dans l'année passée (tableau 2). La prévalence des unions forcées était de 6% et la prévalence des mutilations sexuelles féminines de 2%.

La prévalence des violences au cours de la vie était proche d'un CMS à l'autre : elle variait de 50% à Gennevilliers, Montreuil et Nanterre, à 55% à Saint-Denis. De même, la prévalence des violences dans l'année variait de 33% à Montreuil à 43% à Asnières.

Tableau 1

### Caractéristiques des femmes ayant répondu à l'étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021

	Femmes ayant répondu à l'étude n (%)
<b>Total</b>	<b>N=375 (100%)</b>
<b>Âge</b>	
Âge moyen	40,8 ans
Âge médian	39 ans
<25	47 (13%)
25-35	86 (23%)
35-45	105 (28%)
45-55	64 (17%)
55-65	42 (11%)
≥65	23 (6%)
Pas de réponse	8 (2%)
<b>Situation professionnelle</b>	
Employée	171 (46%)
Cadre	22 (6%)
Retraitée	27 (7%)
Sans emploi	88 (23%)
Profession intermédiaire	16 (4%)
Étudiante	29 (8%)
Ouvrière	5 (1%)
Artisan, commerçante, cheffe d'entreprise	2 (1%)
Autre	11 (3%)
Pas de réponse	4 (1%)

CSS : Complémentaire santé solidaire ; AME : Aide médicale de l'État.

Tableau 2

### Prévalence des violences faites aux femmes. Étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021

	Violences au cours de la vie n (%)	Violences dans l'année n (%)	Union forcée n (%)	Excision n (%)
<b>Total</b>	<b>191 (52%)</b>	<b>136 (37%)</b>	<b>20 (6%)</b>	<b>7 (2%)</b>
Asnières	44 (53%)	35 (43%)	5 (6%)	0 (0%)
Gennevilliers	36 (50%)	25 (35%)	2 (3%)	0 (0%)
Montreuil	16 (50%)	10 (33%)	1 (4%)	2 (7%)
Nanterre	52 (50%)	35 (34%)	7 (7%)	2 (2%)
Saint-Denis	43 (55%)	31 (40%)	5 (7%)	3 (4%)

## Violences dans l'année

Parmi les FVV dans l'année, la prévalence des violences (tableau 3) était de 73% pour les violences verbales ; 46% pour les violences sexuelles, dont 31% d'agressions sexuelles, 33% de viols, 18% d'autres types de violences sexuelles ; 41% pour les violences physiques et 23% pour les violences économiques.

Les violences étaient en majorité associées à d'autres types de violences : 63% à des violences verbales, 80% à des violences physiques, 83% à des violences économiques, et 75% à des violences sexuelles.

	Femmes ayant répondu à l'étude n (%)
<b>Situation personnelle</b>	
Mariée, pacsée	180 (48%)
Célibataire	91 (24%)
Divorcée, séparée	34 (9%)
Veuve	8 (2%)
Union libre, concubinage	58 (15%)
Pas de réponse	4 (1%)
<b>Nombre d'enfants par femme</b>	
Nombre moyen par femme	1,8 enfant
Nombre moyen par mère	2,4 enfants
0	108 (29%)
1	60 (16%)
2	85 (23%)
3	82 (22%)
4	24 (6%)
≥5	15 (4%)
<b>Couverture sociale</b>	
Sécurité sociale et mutuelle	255 (68%)
CSS	64 (17%)
AME	11 (3%)
Sécurité sociale	35 (9%)
Sans couverture sociale	4 (1%)
Ne sait pas	4 (1%)

## Repérage des violences

Au total, 21% des femmes ayant répondu avaient déjà été interrogées par un professionnel de santé au sujet des violences (tableau 4). Ce taux variait entre les différents centres, de 4% à Gennevilliers à 35% à Saint-Denis.

Les FVV étaient plus souvent interrogées (29%) que celles sans antécédent de violences (12%).

## Contact des victimes avec un professionnel de santé

Les FVV étaient 32% à en avoir déjà parlé avec un professionnel de santé (tableau 5). Seulement 20% des femmes n'ayant pas été interrogées en avaient parlé spontanément, contre 59% des patientes à qui la question avait été posée. Toutefois, les résultats montraient également que 41% des FVV interrogées sur le sujet par un professionnel n'avaient pas parlé des violences qu'elles avaient subies.

Tableau 3

### Prévalence des différents types de violence, parmi les femmes ayant subi des violences dans l'année passée. Étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021

Violences subies dans l'année	Femmes victimes de violences dans l'année n (%)
<b>Nombre total de réponses positives</b>	<b>136 (100%)</b>
<b>Violences verbales</b>	99 (73%)
<b>Violences physiques</b>	56 (41%)
<b>Violences économiques</b>	31 (23%)
<b>Violences sexuelles</b>	63 (46%)
Dont agressions sexuelles	42 (31%)
Dont viols	26 (33%)
Dont autres violences sexuelles	18 (18%)

Tableau 4

### Patientes ayant déjà été interrogées sur les violences parmi les femmes ayant participé à l'étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021

	Repérage dans l'année passée n (%)	Repérage au cours de la vie n (%)
<b>Total des réponses</b>	<b>49 (13%)</b>	<b>77 (21%)</b>
<b>Selon les CMS</b>		
Asnières	15 (18%)	18 (22%)
Gennevilliers	2 (3%)	3 (4%)
Montreuil	3 (9%)	6 (19%)
Nanterre	12 (11%)	23 (22%)
Saint-Denis	17 (22%)	27 (35%)
<b>Selon les antécédents de violence</b>		
Violences dans l'année	28 (21%)	44 (32%)
Violences au cours de la vie	35 (18%)	56 (29%)
Pas d'antécédent de violences	14 (8%)	21 (12%)

CMS : centres municipaux de santé.

Les violences physiques étaient les violences les plus révélées, dans 48% des cas, contre 38% pour les violences économiques ou sexuelles, et 28% pour les violences verbales.

## Attente des patientes vis-à-vis du repérage

Les FVV étaient favorables au repérage des violences en consultation à 58%, tandis que seulement 28% des femmes sans antécédent de violence y étaient favorables (tableau 6).

Dans ce cas, les médecins généralistes étaient la première ressource avec qui 61% des patientes souhaitaient aborder la question, suivis des psychologues (36%), des gynécologues ou sages-femmes (32%) et des psychiatres (14%). Par ailleurs, 8% des femmes ont toutefois précisé, spontanément, qu'il était important pour elles que le professionnel en question soit une femme.

## Discussion

À l'issue de l'étude Pré'Violence, une femme sur deux interrogée déclare avoir subi des violences au cours de la vie, et plus d'une femme sur trois dans l'année passée.

Bien que la prévalence des violences dans leur ensemble ne soit pas connue en France, la prévalence des différents types de violence dans l'étude paraît plus importante que celle décrite dans la littérature. L'enquête Enveff retrouvait 10% de femmes en couple victimes de violences conjugales, et 25% de pressions psychologiques dans l'année passée tandis que notre étude retrouve 73% de violences verbales et psychologiques<sup>2</sup>. L'enquête Virage (Violences et rapports de genre, 2015) retrouvait 2,9% d'agressions sexuelles dans l'année passée et 0,31% de viols ou tentatives de viols, tandis que notre étude retrouve 33% de viols ou tentatives de viols et 18% de violences sexuelles autres<sup>3</sup>.

Tableau 5

**Femmes victimes de violences ayant parlé du sujet avec un professionnel de santé dans l'étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021**

	FVV n'ayant jamais parlé des violences n (%)	FVV ayant déjà parlé des violences n (%)
<b>Parmi toutes les FVV</b>	<b>130 (68,1%)</b>	<b>61 (31,9%)</b>
<b>Selon l'antécédent de repérage des violences</b>		
FVV ayant déjà été interrogées	23 (41,1%)	33 (58,9%)
FVV n'ayant jamais été interrogées	107 (79,8%)	27 (20,2%)
<b>Selon le type de violences vécu</b>		
Violences verbales	71 (71,7%)	28 (28,3%)
Violences physiques	29 (51,8%)	27 (48,2%)
Violences économiques	19 (61,3%)	12 (38,7%)
Violences sexuelles	39 (61,9%)	24 (38,1%)

FVV : femmes victimes de violence.

Tableau 6

**Attente des patientes vis-à-vis du repérage des violences et des professionnels de santé cités comme ressources par les femmes victimes de violences. Étude Pré'Violence, du 7 décembre 2020 au 28 janvier 2021**

<b>Patientes en faveur du repérage</b>	<b>n (%)</b>
Total des réponses	120 (46%)
Femmes ayant connu des violences	93 (58%)
Femmes sans antécédent de violences	27 (28%)
<b>Professionnels de santé ressources</b>	
<b>n (%)</b>	
Médecin généraliste	73 (60,8%)
Médecin traitant	15 (12,5%)
Gynécologue, sage-femme	39 (32,5%)
Autre médecin spécialiste	13 (10,8%)
Psychologue	43 (35,8%)
Kinésithérapeute	1 (0,8%)
Dentiste	2 (1,6%)
Infirmière	2 (1,6%)
Assistante sociale	2 (1,6%)
Pharmacien	2 (1,6%)
Conseillère conjugale et familiale	2 (1,6%)
Psychiatre	17 (14,2%)
Femme	9 (7,5%)
Peu importe la spécialité ou la profession	17 (14,2%)

La nouveauté apportée par cette étude pouvant expliquer ces différences, est de s'intéresser à toutes les violences, quelle que soit leur sphère ou le type de violence exercé, tandis que la plupart des études étaient centrées sur un type de violence en particulier (sexuelle, conjugale, etc.).

De plus, cette étude s'intéresse à une population particulière. Les femmes présentaient des caractéristiques qui correspondaient aux patients consultant habituellement dans les CMS selon l'étude Épidaure et dont la précarité est plus importante<sup>13</sup>. Si le lien entre précarité et violence a déjà été établi dans

plusieurs études<sup>14,15,17</sup>, notre étude n'interrogeait pas sur tous les facteurs de risque de violences, comme le pays d'origine et le passé migratoire, le statut administratif (carte de séjour, situation irrégulière) ou encore les revenus et la différence d'âge avec le partenaire, comme décrit dans une étude allemande<sup>8</sup>. Toutefois, il est possible que la population de notre étude présentait des facteurs de risque de violences, expliquant la différence avec la littérature.

Enfin, une libération de la parole suite aux différents mouvements populaires tels que le #MeToo a pu encourager les victimes à témoigner<sup>12</sup>. D'autant que l'étude a eu lieu durant une période toute particulière, la crise de la Covid-19, au cours de laquelle plusieurs campagnes de sensibilisation ont été menées pour prévenir une montée de la violence durant les confinements successifs. L'Observatoire national des violences faites aux femmes a rapporté une augmentation du nombre de signalements des violences sur les plateformes dédiées (numéro de téléphone national 39 19) et du nombre d'interventions policières pour violence conjugale<sup>18</sup>.

Toutefois, ces résultats sont limités par plusieurs biais. Le biais principal de notre étude était la méthode utilisée. En l'absence d'outil validé dans la littérature pour le dépistage des violences au moment de l'étude, un questionnaire a été créé. Celui-ci a pu entraîner des erreurs de compréhension dans la façon dont étaient posées les questions et des biais de sélection dans les réponses, limitant la fiabilité des résultats. Depuis, un premier questionnaire pour le dépistage des violences conjugales traduit en français et issu du questionnaire anglais *WAST (Woman abuse screening tool)*, a été validé par une étude cas-témoin. Cet outil, simple et bien accepté par les patientes, a montré une sensibilité et une spécificité de 97%<sup>19</sup>. Il est donc à espérer qu'un outil similaire dépistant toutes les violences puisse voir le jour.

La méthode de l'auto-questionnaire était également critiquable puisque c'est une méthode de mesure subjective, soumise à la barrière de la langue,

au contrôle des réponses par des tierces personnes présentes au moment de l'étude, au déni par les patientes elles-mêmes des violences, ou encore au refus de répondre, entraînant plusieurs biais de classement dans les réponses. Il est possible que les résultats aient donc été sous-estimés.

De plus, comme la majorité des études dans la littérature, notre étude n'interrogeait que les femmes majeures, bien que les violences dans l'enfance soient nombreuses<sup>4</sup>, et un biais de mémoire lié à des événements anciens pouvait limiter les résultats.

Enfin, malgré une bonne acceptabilité de l'étude, puisque 64% des femmes ayant reçu le questionnaire ont accepté d'y répondre, le sujet des violences reste encore difficile à aborder. La définition des violences dans la population générale est marquée par les stéréotypes et une banalisation des actes, ce qui les rend difficiles à mesurer<sup>12</sup>. Cependant, de façon imprévue, ce fut la distribution des questionnaires par les secrétaires, compte tenu du sujet, qui fut le facteur limitant : moins d'une femme sur 5 a reçu un questionnaire (18%). Les principaux motifs rapportés par les secrétaires pour ne pas le donner étaient l'absence de confidentialité, le manque de temps et la peur du refus. Mais certaines ont également reconnu que, plus elles estimaient forte la probabilité qu'une femme soit concernée, plus il était difficile de lui proposer de participer. D'autres écartaient toutes les femmes accompagnées de leur mari, et les femmes dont les antécédents de violences étaient connus, par peur des réactions. Quelques-unes ont refusé de distribuer les questionnaires pour raisons personnelles.

Parmi les points forts de l'étude, il est intéressant de noter que les FVV interrogées sont en majorité (58%) favorables au repérage des violences, et les résultats mettent en lumière le rôle central du médecin généraliste, cité en premier comme professionnel ressource et premier interlocuteur face aux violences. Un résultat semblable avait déjà été retrouvé dans une thèse de médecine générale<sup>11</sup>. Une seconde étude en Belgique explique pourquoi il est important que les généralistes aient ce rôle, compte tenu du retentissement des violences sur la santé<sup>20</sup>.

Pour finir, l'originalité de cette étude est d'avoir permis la création et la distribution à toutes les femmes majeures ayant participé d'une fiche d'information sur les aides disponibles autour des différents CMS, élaborée à l'aide des ressources Internet et des professionnels de santé, ainsi que la diffusion des coordonnées d'une personne ressource au sein de chaque CMS. Ces documents ont été remis à tous les professionnels des CMS, y compris à l'accueil, afin qu'ils puissent continuer de les actualiser et de les distribuer.

## Conclusion

L'étude PréViolence met en lumière l'importante prévalence des violences faites aux femmes parmi les patientes des CMS des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis.

Cette prévalence concerne l'ensemble de la vie, mais également des violences dans un passé très proche, dans les douze derniers mois.

Un tiers des femmes étaient concernées par des faits récents et auraient pu bénéficier d'une aide psychologique, sociale ou médicale. Le repérage des violences en consultation est donc nécessaire, d'autant que la majorité des FVV étaient favorables à être interrogées, et souhaitaient en parler, entre autres, avec un médecin généraliste. Cette étude, réalisée dans un contexte de crise sanitaire et de difficultés grandissantes d'accès aux soins, rappelle donc le rôle capital des médecins généralistes dans la prise en charge des violences.

Toutefois, travailler sur les violences nécessite également de prendre en compte le vécu des professionnels de santé, qui ont leurs propres difficultés et représentations vis-à-vis des violences et qui n'y échappent pas non plus dans leur vie personnelle, comme le montre une étude rapportant que 30% des étudiants en médecine ont connu des violences sexuelles<sup>21</sup>. Connaître la prévalence des violences chez les professionnels de santé dans leur ensemble pourrait permettre de mieux appréhender certains freins à la prise en charge des violences.

Enfin, la question se pose, devant cette étude, de connaître l'impact de ces violences sur l'état de santé des patientes consultant dans les CMS, et la prévalence des facteurs de risque de violence parmi ces femmes.

L'élaboration d'un outil standardisé et validé permettant de dépister l'ensemble des violences est maintenant primordiale pour répondre à ces questions et élargir le repérage des violences à la population dans son ensemble. ■

## Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

## Références

- [1] Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022;399(10327):803-13.
- [2] Jaspard M, Brown E, équipe Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff). Paris: Centre Pierre Mendès-France; 2001. 24 p. <https://m.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/enveff-ilede-france-rapport.pdf>
- [3] Hamel C. Enquête Virage : Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes. Aubervilliers: Ined; 2014. N° 212. 43 p. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/violences-rapports-genre/>
- [4] Felitti VJ, Anda R, Nordenberg D, Edwards V, Khoss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
- [5] Louville P, Salmona M. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approches neurobiologiques. *Revue Santé Mentale*. 2013;176. 10 p. <https://www.memoiretrau>

matique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sycho-traumatique.pdf

[6] Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, *et al.* Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* 2009;37(5):389-96.

[7] Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002. 404 p. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241545615>

[8] Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Social Health Illn.* 2011;33(5):694-709.

[9] Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-on apporter ? [Thèse de médecine générale]. Nancy: Université de Lorraine; 2018. 62 p. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810/document>

[10] Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse de médecine générale]. Paris: Université Paris-Diderot; 2013. 125 p. [http://www.bichat-larib.com/publications/documents/4590\\_BARROSO-DEBEL\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications/documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf)

[11] Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Thèse de médecine générale]. Toulouse: Université de Toulouse; 2016. 78 p. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1267/1/2016TOU31018-1019.pdf>

[12] Enquête « Les Français et les représentations sur le viol et les violences sexuelles ». Paris: Ipsos; 2019. <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-les-representations-sur-le-viol-et-les-violences-sexuelles>

[13] Afrite A, Yann B, Marine D, Julien M. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure sont-elles plus précaires ? *Quest D'économie Santé.* 2011;(165). 8 p. <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

[14] Étude sur le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. Val-De-Marne: Assurance Maladie; 2008. 75 p. <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2216-CPAM%20Etude%20recours%20aux%20soins%20CMU-C.pdf>

[15] Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situation de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2010;41(4):313-21.

[16] Guidelines for producing statistics on violence against women: statistical surveys. Genève: Department of economic and social affairs – ONU; 2014. 218 p. [https://unstats.un.org/unsd/gender/docs/guidelines\\_statistics\\_vaw.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/docs/guidelines_statistics_vaw.pdf)

[17] Cavalin C. Populations migrantes : violences subies et accès aux soins. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(17-18):309-60. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-25-juin-2019-n-17-18-populations-migrantes-violences-subies-et-acces-aux-soins>

[18] Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions. Paris: MIPROF; 2020. 85 p. <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/07/Rapport-violences-conjugales.pdf>

[19] Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman abuse screening tool). *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;(2):32-40. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021\\_2\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html)

[20] Offermans A.-M., Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires. Pourquoi la détection par le médecin généraliste? *Rev Med Brux;* 2010; 31(4):403-14.

[21] Zou Al Guyna L. Violences sexuelles au cours des études de médecine : Enquête de prévalence chez les externes d'Île-de-France [Thèse de médecine générale]. Paris: Université de Paris-Diderot; 2018. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01941154>

#### Citer cet article

Lebouc J, Bunge L, Courtet F. Étude Pré'Violence : prévalence des violences déclarées par les femmes majeures ayant consulté dans les centres municipaux de santé des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis entre le 7 décembre 2020 et le 28 janvier 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2022;(18):315-22. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/18/2022\\_18\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/18/2022_18_2.html)