

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse n° 32

THESE POUR L'OBTENTION DU
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par RANGOULAMAN, Dourgadévi

Née le 17 octobre 1993 au Port (Île de la Réunion)

Le 28 mai 2021

**Traumatismes maxillo-faciaux chez les femmes victimes de
violences conjugales : revue systématique de la littérature.**

Sous la direction de : Audrey AUSSEL

Membres du jury :

Mme BOILEAU, Marie-José
Mme AUSSEL, Audrey
M. BOU, Christophe
Mme KEROUREDAN, Olivia
M. FALLA, Cédric

Professeur des Universités
Maître de Conférence des Universités
Maître de Conférence des Universités
Maître de Conférence des Universités
Autre Enseignant

Président
Directeur
Rapporteur
Examineur
Examineur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
11/01/2021

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie Mr DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M.SEDARAT Cyril 57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01

Remerciements

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Marie-José BOILEAU
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section orthopédie dento-faciale 56-01

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de mon profond respect, de ma sincère admiration et de tous mes remerciements.

A notre Directeur de thèse

Madame le Docteur Audrey AUSSEL
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Sciences Anatomiques et Physiologiques – 58-01

*Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse, ainsi que pour votre implication, votre disponibilité et votre réactivité durant la rédaction de ce travail.
Je vous remercie également pour votre bienveillance, votre patience et votre soutien pendant mon externat. J'ai énormément appris à vos côtés, et vous avez su me transmettre votre passion pour ce métier, notamment pour l'Odontologie Pédiatrique.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de toute mon estime.*

À notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe BOU
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Prévention épidémiologie – Économie de la santé – Odontologie légale 56-02

*Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de rapporter ce travail. Je vous remercie également pour le temps consacré à la lecture et à la correction de cette thèse.
Merci pour votre enseignement et pour votre sympathie tout au long de mon cursus universitaire. Soyez assuré de ma profonde gratitude.*

À notre Assesseur

Madame le Docteur Olivia KEROUREDAN

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Dentisterie restauratrice et endodontie – 58-01

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de siéger à ce jury. Je tiens également à vous remercier pour votre gentillesse, vos précieux conseils et votre écoute bienveillante tout au long de mes études, qui ont su me motiver et m'ont permis de progresser durant mes années hospitalières.

Je vous adresse mes remerciements pour votre soutien, soyez assurée de ma sincère admiration et de ma gratitude.

À notre Assesseur

Monsieur le Docteur Cédric Falla

Enseignant Universitaire

Sous-section Prévention épidémiologie – Économie de la santé – Odontologie légale 56-02

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Durant mes vacances hospitalières à l'hôpital Xavier Arnozan, vous avez toujours fait preuve d'une grande bienveillance à mon égard. Je vous remercie également pour vos précieux conseil et votre bonne humeur.

Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères et de toute mon estime.

Remerciements personnels

À mes parents,

Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir toujours soutenue dans mes études comme dans tout le reste, et de toujours croire en moi. Je vous aime, et je vous dédie ce travail.

À ma sœur,

Merci pour tous ces bons moments passés à tes côtés. Malgré nos chamailleries, tu sais à quel point je t'adore. Je suis si fière de toi !

À mon papi, à ma marraine, à mon parrain, à mes taties et mes tontons,

Merci de toujours veiller sur moi.

À mes cousines et mes cousins,

Vous êtes comme des frères et sœurs pour moi, je suis si heureuse d'avoir une famille comme la nôtre, aussi proche et aussi soudée. Vous me manquez.

À mes amis de maternelle, de primaire, de collège, de lycée, de PACES, de toujours,
Malgré les années qui passent, malgré la distance, notre amitié est toujours là. Je suis ravie de vous avoir encore dans ma vie aujourd'hui.

À mes amis dentistes,

Merci pour tous ces moments à galérer tous ensemble à l'hôpital, pendant les TP et les révisions. Merci pour toutes ces après-midis à écumer les salons de thé, les soirées au Starfish, au Sherlock, les soirées pyjamas, les séances de yoga, les cours de guitare, les voyages, et j'en passe. Mes années d'études n'auraient pas été les mêmes sans vous.

À mes amis danseuses et danseurs,

Merci pour tous ces moments incroyables passés en votre compagnie, malgré les frustrations et les courbatures. Merci pour tout cet amour et toute cette bienveillance que vous m'apportez chaque jour. J'espère danser à vos côtés encore longtemps.

À tous mes autres amis d'ici et d'ailleurs,

Merci de rendre ma vie toujours plus douce.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
1. LES VIOLENCES CONJUGALES	11
1.1. DEFINITIONS	11
1.1.1. TYPES DE VIOLENCES	12
1.1.2. MECANISMES	13
1.1.2.1. Schéma de domination, relation déséquilibrée	13
1.1.2.2. Facteurs aggravants	14
1.2. ÉPIDEMIOLOGIE	14
1.2.1. FEMMES	14
1.2.2. HOMMES : PRINCIPALEMENT ATTAQUES CAR ATTAQUANTS EN PREMIER	15
1.2.3. COMMUNAUTE LGBT	16
1.3. CONSEQUENCES SUR LA SANTE	16
1.3.1. PHYSIQUES	17
1.3.2. PSYCHOLOGIQUES	17
2. PRISE EN CHARGE	18
2.1. ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE	18
2.2. PRISE EN CHARGE AU CABINET	19
2.3. LA LEGISLATION	23
3. REVUE SYSTEMATIQUE	25
3.1. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	25
3.2. METHODOLOGIE	25
3.2.1. METHODE DE RECHERCHE	25
3.2.2. CRITERES D'INCLUSION OU D'EXCLUSION DES ARTICLES	26
3.2.3. SELECTION DES ARTICLES	26
3.3. RESULTATS	29
3.4. DISCUSSION	59
3.4.1. ANALYSE DE LA PERTINENCE DES ARTICLES SELECTIONNES	59
3.4.2. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES	61
3.4.2.1. Localisation préférentielle des blessures	61
3.4.2.2. Lésions retrouvées au niveau des tissus durs et mous du massif facial	62
3.4.2.2.1. Tissus mous	62
3.4.2.2.2. Tissus durs	63
3.4.2.3. Les autres facteurs à prendre en compte	65
3.4.2.3.1. Mécanismes d'attaque	65
3.4.2.3.2. Des violences répétées	65
3.4.2.3.3. L'âge des victimes	65
3.4.2.3.4. La relation entre la victime et son agresseur	66
3.4.2.3.5. Les autres parties du corps touchées	66
3.4.2.3.6. Le rôle du chirurgien-dentiste	67
CONCLUSION	68

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle de la violence(1)	13
Figure 2 : Les différents stades du cycle de violence(13)	14
Figure 3 : Conséquences à court et long terme sur la santé des femmes victimes de violences conjugales(3)	17
Figure 4 : Violentomètre(44)	21
Figure 5 : Affiche de lutte contre les violences conjugales, réalisée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes(46)	22
Figure 6 : Extrait de dépliant d'informations pour lutter contre les violences conjugales (46)	23
Figure 7 : Violences au sein du couple : les principales infractions et les peines encourues(47)	24
Figure 8 : Diagramme Prisma schématisant l'inclusion des articles dans la revue systématique	28
Figure 9 : Localisation des blessures et causes(50)	30
Figure 10 : Localisation de la blessure (tête, cou, face ou autre) et cause de la blessure (VPI ou autre)(51)	32
Figure 11 : Réponses des victimes au questionnaire de détection en fonction du traumatisme (52)	33
Figure 12 : Schéma utilisé pour classer les probabilités d'être victime de violences (high ou low) par des déclarations directes de la victime présentant des blessures liées à des violences conjugales(55)	37
Figure 13 : Distribution des contusions et abrasions retrouvées(58)	42
Figure 14 : Distribution des fractures et dislocations(58)	42
Figure 15 : Distribution des lacérations(58)	42
Figure 16 : Distribution des blessures au niveau de la face(58)	42
Figure 17 : Distribution et nombre de fractures faciales(58)	43
Figure 18 : Distribution des fractures squelettiques maxillo-faciales(58)	43
Figure 19 : Types de blessures liées à des violences conjugales retrouvées chez les victimes (n=242)(60)	47
Figure 20 : Types de blessures de la région maxillo-faciale retrouvées chez les victimes (n=122)(60)	48
Figure 21 : Types et localisation des blessures maxillo-faciales liées à des violences conjugales, retrouvées chez les femmes victimes de ces violences (n=223)(61)	50
Figure 22 : Caractéristiques des lésions extra-orales retrouvées(62)	52
Figure 23 : Caractéristiques des lésions intra-orales retrouvées(62)	53
Figure 24 : Répartition des participants à l'étude en fonction de la localisation et du type de blessures retrouvées(63)	55
Figure 25 : Distribution des patients de l'étude selon les lésions oculaires retrouvées chez ces victimes(64)	56
Figure 26 : Distribution des patients de l'étude en fonction du mécanisme des blessures retrouvées(64)	57

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: résultats de la revue systématique de la littérature	76
--	----

ABRÉVIATIONS

VPI : Violences entre Partenaires Intimes

ONU : Organisation des Nations Unies

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

LGBT : Lesbian Gay Bisexuel Trans

NVAW : National Violence Against Women

TGD : Téléphones Grave Danger

Score ISS : Injury Severity Score

DV : Domestic Violence

HNF : head neck face

PVS : Partner Violence Screen

WAST : Woman Abuse Screening Tool

DEAM : Special Police Department for Women

EDISS : Emergency Department Injury Surveillance System

EHLASS : European Home and Leisure Accident Surveillance System

NTDB : National Trauma Data Bank

ICD : International Classification of Diseases

ANOVA : Analysis Of Variance

OSCC : One-Stop Crisis Centre

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un problème de santé publique présent dans le monde entier. Elles constituent la manifestation la plus aigüe des inégalités femmes-hommes. Ces violences peuvent être retrouvées dans tous les domaines : au travail, dans l'espace public, et également à la maison.

Les violences conjugales s'inscrivent directement dans ces violences faites aux femmes. En effet elles touchent majoritairement des femmes, bien que certains hommes y soient aussi sujets. Ces violences sont en général causées par un conjoint, ex-conjoint, ou petit ami. Elles peuvent être physiques, mais aussi psychologiques, verbales, sexuelles, économiques, administratives. Au sein du couple, des conflits arrivent de temps à autre. Cependant, les deux personnes sont sur un même pied d'égalité, il n'y a pas de peur de l'autre ni de domination de l'autre, et en général une médiation permet d'arriver à une solution. A l'inverse, les violences arrivent généralement car un rapport totalitaire s'est installé entre les deux personnes. Une des deux personnes a de l'emprise sur l'autre, c'est une relation unilatérale qui ne permet pas de réciprocité.

Depuis l'arrivée du mouvement #MeToo dans le monde entier en 2017, concernant les victimes de violences sexistes et sexuelles, la parole s'est peu à peu libérée également en ce qui concerne les violences conjugales et toute autre forme de violences envers les femmes. Des lignes d'écoute et plateformes ont été mise en place pour accompagner au mieux ces victimes. Cependant il reste encore une grande partie de ces femmes qui gardent le silence sur les violences subies, y compris lorsqu'elles sont physiques.

Dans le domaine de l'odontologie plus particulièrement, les chirurgiens-dentistes de par leur examen clinique de la face et de la cavité buccale, sont tout à fait à même de pouvoir détecter d'éventuels signes de violences conjugales subies par leurs patientes.

Après avoir défini les violences conjugales, donné les chiffres clés en France concernant les violences en particulier sur les femmes, et décrit les différents moyens de prise en charge des victimes, cette thèse se propose de réaliser une revue systématique de la littérature afin de mettre en évidence, au travers de la littérature, les types de blessures et traumatismes retrouvés majoritairement au niveau de la sphère maxillo-faciale, chez les femmes victimes de violences conjugales.

1. Les violences conjugales

1.1. Définitions

Les violences conjugales, appelées aussi violences domestiques ou violences entre partenaires intimes (VPI) sont un problème de santé répandu dans le monde entier, affectant plus souvent les femmes que les hommes, indépendamment de leur âge, leur ethnie, leur statut socio-économique, leur orientation sexuelle ou leur éducation(1).

La violence entre partenaires intimes est définie comme tout comportement dans une relation intime qui cause des préjudices physiques, psychologiques ou sexuels aux personnes dans la relation. Ces comportements comprennent des actes d'agression physique, des abus psychologiques, des rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle(2), ainsi que le contrôle de la contraception, de la grossesse et des soins médicaux(3), et divers comportements de contrôle tels que l'isolement de la victime vis à vis de sa famille et de ses amis, la surveillance de ses mouvements et la restriction de son accès à l'information ou à l'assistance(2).

Les violences au sein du couple sont la manifestation d'un rapport de domination que l'agresseur instaure sur sa victime. Ces agressions sont récurrentes, souvent cumulatives. Elles s'intensifient et s'accroissent avec le temps, avec une échelle de fréquence et de gravité qui augmente, pouvant aller jusqu'à l'homicide(4,5). Les violences au sein du couple diffèrent des disputes ou conflits conjugaux dans lesquels deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité. Les violences peuvent exister quelle que soit la configuration conjugale (couples cohabitant ou non, mariés ou non, petits-amis, relations épisodiques, ex-partenaire *etc.*) pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de cette relation(5).

Le terme de violence conjugale envers les femmes a été utilisé pour décrire un syndrome chronique caractérisé non pas par des épisodes uniques de violence, mais par des actes répétés de violence physique, psychologique et émotionnelle utilisés par les hommes pour contrôler leur partenaire féminine(6).

Ces violences peuvent aller jusqu'au meurtre et sont la cause de blessures graves, de maladies induites, de troubles psycho-traumatiques, de dépressions *etc.* Elles isolent les victimes et les fragilisent sur l'ensemble des aspects de leur vie sociale et professionnelle. L'une des spécificités des violences faites aux femmes est qu'elles se déroulent souvent dans

la sphère privée, où elles peuvent rester cachées. Elles sont aussi une violence de la société tout entière, qui commence par la tolérance à l'égard des agressions et des propos sexistes(7).

La déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU), le 20 décembre 1993, établit que *«la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes. Elle compte parmi les principaux mécanismes sociaux auxquels est due la subordination des femmes aux hommes.»* (8).

1.1.1. Types de violences

La violence psychologique, mentale ou émotionnelle décrit des actes tels que l'isolation de la victime vis-à-vis de sa famille et de ses amis (certains auteurs parlent aussi de violences sociales (9)), la dépréciation, les critiques ou l'humiliation continue, la violence ou les menaces, ainsi que d'autres formes de comportements de contrôle(10). Ces violences amènent la victime à avoir une très mauvaise estime d'elle-même, à douter d'elle-même(1).

Les violences sexuelles comprennent les rapports sexuels forcés par l'utilisation de la force physique, les menaces et l'intimidation, la participation forcée à des actes sexuels dégradants, des actes tels que le déni du droit d'utiliser des contraceptifs ou d'adopter des mesures de protection contre les maladies sexuellement transmissibles(10,11). Très souvent, de fausses accusations d'infidélités envers la victime sont également exprimées(1).

Les violences économiques se manifestent par un contrôle des comptes et finances de la victime, un moyen de rendre la victime dépendante de l'agresseur financièrement parlant, l'interdiction de travailler ou d'étudier pour la victime, la gérance des factures propres à la victime(1,11).

Enfin, les violences physiques regroupent tous les actes et comportements dans lesquels l'agresseur affecte intentionnellement le corps de la victime, de sorte qu'il y a un risque que cette dernière soit physiquement blessée(9). Ces actes comprennent les coups de poings, les gifles, les coups de pied, les brûlures, les bousculades, les tirages de cheveux, les morsures, les étranglements, etc. De plus, l'agresseur peut également refuser à la victime l'accès aux soins nécessaires(1,11).

Des violences verbales sont également retrouvées : cris, hurlements, insultes, injures, menaces(11).

1.1.2. Mécanismes

1.1.2.1. Schéma de domination, relation déséquilibrée

La violence domestique suit un schéma cyclique, composé de trois phases principales (Figure 1) : la montée de la tension ; la survenue de coups ; et la phase de réconciliation. Avec le temps, les intervalles entre les différentes étapes deviennent généralement plus courts et les événements violents deviennent souvent plus graves(1).

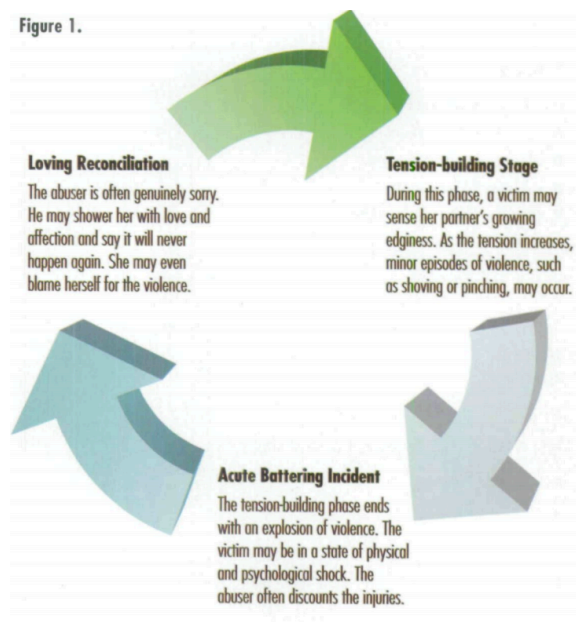


Figure 1 : Cycle de la violence(1)

La dynamique de la violence domestique implique des modèles de comportement répétitifs dans les relations, maintenant le cycle de la violence (Figure 2). Habituellement, il est présenté avec un début lent et silencieux sans agression physique, évoluant progressivement vers des actions avec une plus grande intensité, vers des coups d'humiliation, ainsi que des manifestations publiques d'agression. De plus, elle peut être aggravée par la honte des femmes qui signalent la violence, le manque de moyens éducatifs et d'accès à l'information juridique et une assistance et une protection insuffisantes(12).

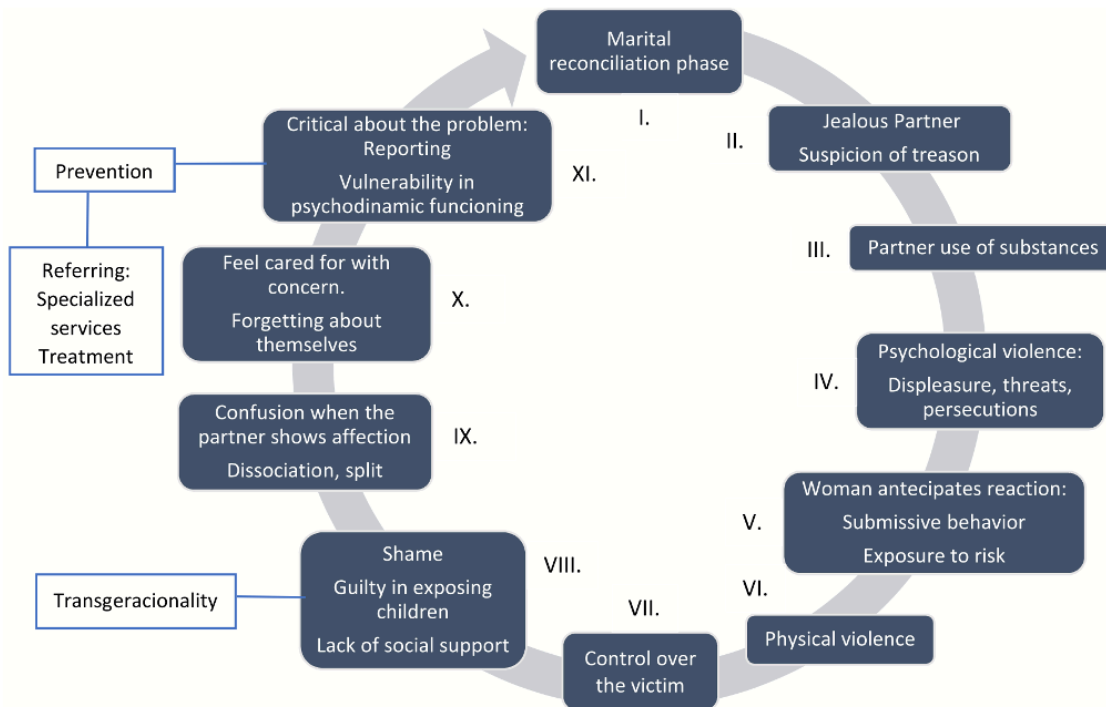


Figure 2 : Les différents stades du cycle de violence(13)

1.1.2.2. Facteurs aggravants

Il existe souvent un lien direct entre l'auteur de la violence domestique et l'influence de l'alcool(9).

Les facteurs qui augmentent le risque de VPI comprennent la consommation d'alcool, les maladies psychiatriques, des antécédents de relations violentes dans l'enfance et des sous-performances scolaires et financières(4,14,15).

1.2. **Épidémiologie**

1.2.1. Femmes

Les violences faites aux femmes sont longtemps restées cachées, ignorées en tant que fait de société, question de sécurité et de santé publique. Selon Simon, il a fallu attendre les années 1990 pour que les premières enquêtes sur le sujet soient réalisées et que l'ampleur des violences soit révélée(7).

Selon un rapport de Krug *et al.*, les conclusions d'un certain nombre d'études menées dans diverses régions du monde montrent qu'entre 10% et 60% des femmes avaient été

frappées ou agressées physiquement par un partenaire intime à un moment de leur vie(16). Aux États-Unis par exemple, 20 à 30% des femmes ont été victimes un jour de violences conjugales(4,17,18).

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) de 2000 a été une des premières enquêtes scientifiques visant à mesurer les violences faites aux femmes. Elle a permis d'estimer que près d'une femme en couple sur dix en France (9 %), âgée de 20 à 59 ans, est ou a été confrontée à des violences conjugales au cours de l'année 2000. Parmi elles, un quart (soit 2,3 % de la population générale) se trouve dans une situation de violence très grave avec cumul de violences, agressions physiques et sexuelles associées à des violences verbales et un harcèlement psychologique(19).

Chaque année, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex conjoint sur une année. Moins d'une victime sur 5 déclare avoir déposé plainte(20).

Selon le Ministère de l'intérieur, en 2019, 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 2,5 jours(21). Parmi les 146 femmes tuées, 60 (soit 41 %) avaient subi au moins une forme de violences antérieures (principalement des violences physiques, auxquelles s'ajoutaient parfois des violences psychologiques)(21). 63 % des victimes féminines ayant subi des violences antérieures (38 sur 60 recensées) avaient signalé ces faits aux forces de l'ordre et 9 autres s'en étaient confiées à des témoins. 26 de ces 38 victimes (68 %) avaient déposé plainte pour ces violences antérieures contre leurs auteurs. Seuls 2 d'entre eux faisaient l'objet d'un contrôle judiciaire(21).

1.2.2. Hommes : principalement attaqués car attaquants en premier

Selon le ministère de l'intérieur, en 2019 en France, 27 hommes ont été tués par leur (ex) partenaire, dont 7 au sein d'un couple homosexuel. Cependant, plus de la moitié des femmes autrices (11 sur 20) avaient déjà été victimes de violences de la part de leur partenaire(21).

Les violences contre les femmes sont différentes de celles contre les hommes, en terme de fréquence, de sévérité et de conséquences(22). En effet, les hommes victimes de VPI physique par leurs partenaires ont une forte probabilité d'avoir également été les auteurs de telles violences. Cela est compatible avec le fait que les hommes sont souvent victimes de réactions violentes, de violences situationnelles et de violences de contrôles mutuels, plutôt que de violences terroristes(23).

1.2.3. Communauté LGBT

Les femmes hétérosexuelles sont principalement ciblées pour le dépistage et l'intervention des VPI malgré la prévalence similaire des VPI chez les personnes LGBT et ses effets néfastes sur la santé(24).

La National Violence Against Women (NVAW) a révélé que 21,5% des hommes et 35,4% des femmes signalant des antécédents de cohabitation avec un partenaire de même sexe ont été victimes de violence physique au cours de leur vie(25).

De nombreux aspects de la violence domestique, tels que le rôle de la dynamique du pouvoir, la nature cyclique des violences, et l'augmentation de ces dernières au fil du temps, sont similaires entre personnes LGBT et personnes hétérosexuelles(26,27). Cependant, il y a quelques aspects des violences qui sont propres aux personnes LGBT. En effet, le « coming-out » de ces personnes peut constituer à la fois un outil de pression et d'abus et à la fois être un obstacle pour ces personnes pour rechercher de l'aide. Ces personnes se cachent souvent de leur orientation sexuelle ou identité de genre par peur de la stigmatisation et de la discrimination ; les partenaires abusifs peuvent exploiter cette peur par la menace d'un « coming-out » forcé. De plus, la réticence des victimes à faire leur « coming-out » peuvent les empêcher de se tourner vers leur famille, leurs amis ou la police pour le soutien, les isolant davantage dans des relations abusives(26).

De plus, les violences domestiques chez les personnes LGBT ne bénéficient pas de beaucoup d'attention dans les ressources bibliographiques, dont les personnes du domaine médical se servent le plus souvent pour avoir accès aux informations(24).

1.3. Conséquences sur la santé

De nombreuses victimes de violences conjugales ont des effets à long terme sur leur santé, autant physique que psychologique (Figure 3)(16).

<p>Endocrine</p> <ul style="list-style-type: none"> Chronic abdominal pain Gastrointestinal effects Irritable bowel syndrome Type 2 diabetes mellitus <p>Gynecologic</p> <ul style="list-style-type: none"> Delay in diagnosing gynecologic malignancy Dyspareunia Elective abortion Pelvic pain Sexually transmitted infections Unintended pregnancy Unsafe sexual behaviors <p>Musculoskeletal</p> <ul style="list-style-type: none"> Chronic pain Fibromyalgia <p>Neurologic</p> <ul style="list-style-type: none"> Migraine headaches 	<p>Psychiatric</p> <ul style="list-style-type: none"> Anxiety Depression Low self-esteem Phobias Posttraumatic stress disorder Sleep disturbance Substance abuse Suicide <p>Pulmonary</p> <ul style="list-style-type: none"> Asthma <p>Reproductive</p> <ul style="list-style-type: none"> Fetal injury Fetal loss Low-birth-weight infants Preterm birth
---	---

Figure 3 : Conséquences à court et long terme sur la santé des femmes victimes de violences conjugales(3)

1.3.1. Physiques

Au niveau physique, on peut retrouver en premier lieu des coups de couteau et des coups de poing ainsi que des fractures, des traumatismes crâniens et des lésions de la moelle épinière(28).

Les plaintes psychosomatiques fréquentes impliquent des douleurs à la tête, au dos, au sein et à l'abdomen(29), ainsi que des troubles gastro-intestinaux (30) et des troubles de la menstruation et de l'appareil reproductif(31,32).

1.3.2. Psychologiques

De nombreuses conséquences psychologiques dues aux violences domestiques ont été rapportées dans la littérature. En particulier, des dépressions, de l'anxiété et des crises de panique, de la nervosité, des insomnies, des problèmes de concentration, des troubles des sentiments et des perceptions sexuelles, une peur de l'intimité, une perte d'estime de soi et de respect de soi ont été décrits(3).

2. Prise en charge

2.1. Organismes de prise en charge

En France, plusieurs moyens permettent une aide et une prise en charge des victimes.

- **Le Téléphone Grave Danger (TGD)** : c'est un dispositif de protection remis par le Procureur pour les femmes victimes de violences conjugales ou de viol en très grand danger. Il permet d'alerter et de faire intervenir immédiatement les forces de l'ordre en cas de menaces ou de violences grâce à la géolocalisation de la victime(33). Toutefois, cet outil est encore timidement utilisé à ce jour, même si depuis 2019 de plus en plus de victimes en bénéficient. Selon l'auteur Vacher, au 5 octobre 2020, 1593 TGD ont été déployés au sein des bureaux des tribunaux de grande instance sur l'ensemble du territoire, et 1177 ont été remis aux femmes victimes(5).
- **3919** : c'est le numéro national d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences (conjugales, sexuelles, au travail, mutilations sexuelles, mariages forcés) ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels de santé concernés. Il est géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes FNSF qui regroupe 74 associations spécialisées dans l'accompagnement des femmes victimes de violences au sein du couple. En 2019, on a recensé 81401 appels sur cette plateforme, dont 74% pour des violences faites aux femmes. Ce numéro permet d'assurer une écoute, une information, et une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge(5).
- Depuis fin 2020, la fédération « France Victimes » a développé une plateforme, appelée « **Mémo de Vie** », qui permet d'accompagner les victimes de violences ainsi que leurs proches et témoins, pour comprendre et accéder à des informations et des contacts selon leurs besoins et attentes. « Mémo de vie » permet aux victimes de bénéficier d'un espace personnel, gratuit et sécurisé, pour y centraliser toutes les données liées à leurs situations : journal, photos, audios, vidéos, documents médicaux, qui permettent d'avoir une trace des violences subies(34).
- **17** : service de police
- **112** : numéro à contacter en cas d'urgence nécessitant une ambulance, les services d'incendies ou la police lors d'un déplacement dans un pays européen.

- **114** : ce numéro permet aux victimes d'envoyer un sms si elles ne sont pas en mesure d'appeler un des numéros d'urgence.
- **Tchat sur le site « commentonsaime.fr »** : l'association féministe militante « En avant toute(s) » est une association qui agit pour l'égalité femmes-hommes et qui accompagne des femmes et personnes LGBT vivant des violences au sein de leur couple. Elle a mis en place un service de tchat pour les personnes ressentant le besoin de discuter des violences qu'ils subissent dans leur couple et recherchant de l'information et de l'aide. Ce tchat a été renforcé par des professionnelles expertes. Il est disponible 7 jours sur 7, de 10h à 21h. Ce tchat est anonyme, sécurisé et gratuit. Dès lors que la personne ferme la page du site internet, la conversation disparaîtra et ne sera plus disponible(35).

2.2. Prise en charge au cabinet

Le milieu dentaire a été reconnu comme un lieu important pour identifier les victimes de violences conjugales (1,36). En effet, les dentistes ont un rôle très important pour identifier et intervenir dans ces violences (37), étant donné que les blessures les plus courantes sont situées au niveau du visage et la tête, de la bouche et du cou(28).

Le rôle de l'équipe dentaire est d'identifier les violences domestiques et de fournir des informations sur les endroits où la victime peut aller demander de l'aide(38).

Cependant, il semblerait que certains dentistes et équipes dentaires considèrent la prise en charge des violences conjugales de leur non-responsabilité, mais plus du devoir des services sociaux et de la police(39).

Selon Lincoln *et al.*, les dentistes manquent souvent de connaissances et de formations sur la façon de détecter et de signaler les cas, ce qui rend les prises en charge moins efficaces(37).

Les signes de violences les plus couramment retrouvés au niveau maxillo-facial et qui peuvent être identifiés par un examen dentaire comprennent des ecchymoses au cou et au palais, des marques de morsures, des déchirures du frein labial et / ou de la muqueuse, des lacérations, des dents nécrosées et / ou décolorées, des fractures traumatiques des dents, de la mâchoire, une pathologie qui ne correspond pas à la cause déclarée par la victime, et des blessures multiples qui sont à différents stades de guérison(38,40,41).

Les indicateurs comportementaux potentiels de violences qui sont pertinents pour le milieu dentaire comprennent : la négligence dentaire, les rendez-vous manqués pour des raisons ou symptômes assez vagues, la présence du partenaire aux rendez-vous, la réticence et la peur de la victime à parler en présence du partenaire, un comportement craintif ou déprimé, la victime qui tente de minimiser ses blessures (38,40,42,43).

Lors de l'examen dentaire, la présence du partenaire peut rendre difficile une possible discussion à propos de potentielles violences domestiques, et pourrait mettre la patiente en situation de danger(38).

En cabinet dentaire, les patients sont souvent non accompagnés pendant les séances d'examen et de traitement dans le cadre d'une pratique de routine, et le personnel dentaire est donc dans une position unique pour enquêter sur les violences domestiques(38).

Lors d'une consultation, s'il y a des signes qui suggèrent que la patiente est victime de violences conjugales, le dentiste devrait poser d'abord des questions indirectes pour établir une relation de confiance avec la patiente. Ensuite il est préconisé de questionner de façon directe ou indirecte la patiente, lors du questionnaire médical, avec tact et mesure, selon les exemples donnés ci-dessous (1,38).

Par exemple :

- Est-ce que tout va bien à la maison ?
- Est-ce que votre partenaire prend soin de vous ?
- Avez-vous peur quand vous êtes chez vous ?
- Avez-vous déjà été dans une relation où on vous a blessé ? êtes-vous toujours dans ce genre de relation ?
- Est-ce que votre partenaire a déjà brisé des objets ou choses auxquelles vous étiez attachés ?
- Est-ce que votre partenaire a déjà menacé ou blessé vos enfants ?
- Est-ce que votre partenaire est jaloux si vous voyez des amis ou parlez à d'autres personnes, ou sortez ? si oui, que se passe-t-il ?(1,38)

Un outil très intéressant a été développé en 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris, et l'association En avant toute(s). C'est le violentomètre (Figure 4), il permet à une victime de « mesurer » où se situe sa relation avec

son agresseur : est-ce une relation saine ou est ce qu'elle comporte des violences de quelque nature que ce soit(44).

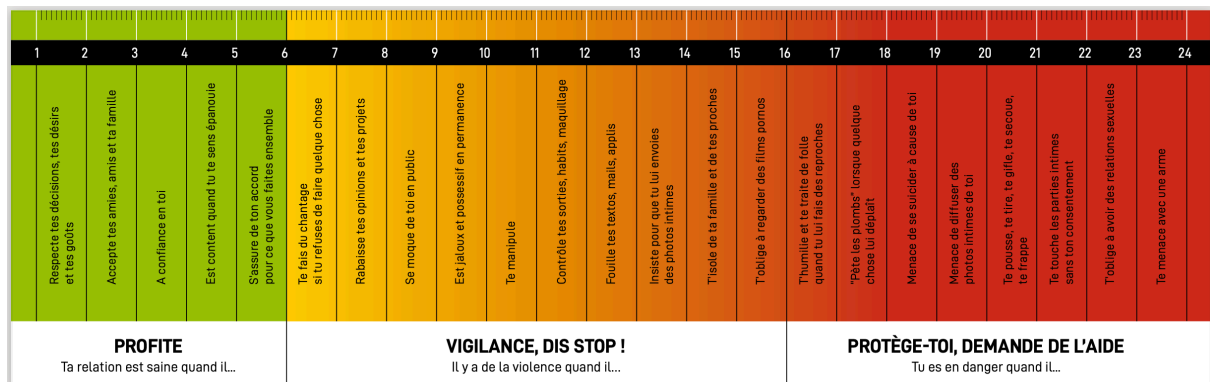


Figure 4 : Violentomètre(44)

Une victime peut mettre des mois ou des années à accepter de parler des violences qu'elle a subies. Il est alors essentiel de l'accompagner avec sympathie, support et sans jugement. Il est aussi important de lui préciser que cela restera confidentiel(38).

Des phrases comme « vous n'êtes pas seul », « vous ne méritez pas d'être traitée de cette façon », « de l'aide est à votre disposition » peuvent être utiles. Si la victime nie les violences, mais qu'il y a quand même suspicion de violences, il est possible de diriger la patiente vers des documents et ressources à sa disposition, si elle souhaite poursuivre ces options à une date ultérieure(1).

Selon Coulthard *et al.*, il est aussi important de garder des traces des blessures et témoignages mais dans un autre document que dans le dossier médical de la patiente, car ce dernier peut être demandé par la patiente, et donc être accessible à l'agresseur(38).

Il est important de décrire les blessures du patient en détaillant le type de blessure, la localisation, la taille. Il est également important d'y joindre une photo de la victime avec les dites blessures dans le dossier, ainsi que de noter le nom de l'agresseur(1).

Sur le site arretonslesviolences.gouv.fr, des supports d'informations ont été mis en place à destination des professionnels de santé : il s'agit d'outils pour aider les professionnels à détecter et prendre en charge leurs patients victimes de violences conjugales de la meilleure façon possible. Nous pouvons y retrouver des kits pédagogiques avec livret d'accompagnement et court-métrage expliquant les mécanismes des violences, le repérage ainsi que des aides à une prise en charge adaptée(45).

Nous pouvons également y retrouver des affiches de campagne contre les violences conjugales, à afficher dans les cabinets dentaires entre autres (Figures 5 et 6).

VOUS ÊTES UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES

PARLEZ-EN À VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE IL PEUT VOUS AIDER

VIOLENCES FEMMES INFO

APPELEZ LE
3919*

*Appel anonyme et gratuit.



NUMÉRO D'ÉCOUTE
ET D'INFORMATION ANONYME
ET GRATUIT DEPUIS TOUS
LES TÉLÉPHONES FIXES ET PORTABLES

Figure 5 : Affiche de lutte contre les violences conjugales, réalisée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes(46)

Comment ça se passe dans votre couple ?

Il me dit

- « Tu n'es même pas capable de faire cuire un steak, tu n'es bonne à rien ».
- « T'es nulle, tu ne ressembles à rien ».
- « Je vais te tuer ».

Il me fait subir

- Il veut toujours savoir où et avec qui je suis.
- Il ne supporte pas que je voie mes ami-e-s, ma famille.
- Il garde mes papiers, m'a retiré ma carte de séjour.
- Je travaille, mais c'est lui qui détient mon carnet de chèques et ma carte bancaire.
- Quand j'entends la porte de la maison s'ouvrir, je me demande ce qui va se passer ce soir, j'ai peur.
- Il vous agresse, puis vous promet de ne plus recommencer et de changer.
- Il vous force à avoir des relations sexuelles alors que vous ne le voulez pas.

Si vous vous reconnaissez dans certaines de ces situations, vous êtes victime de violences. Vous n'en êtes pas responsable. La loi vous protège.

Il faut chercher de l'aide pour sortir de l'isolement et vous protéger, vous et, le cas échéant vos enfants.

Vous n'êtes pas seule, des professionnel-le-s sont là, formé-e-s pour vous écouter sans jugement et vous aider à reprendre votre vie en main.

VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE

APPELEZ LE **3919**

step-violences.femmes.gouv.fr

Figure 6 : Extrait de dépliant d'informations pour lutter contre les violences conjugales (46)

Tous ces outils peuvent aider les professionnels de santé à mieux comprendre les violences conjugales pour mieux agir(45).

2.3. La législation

Les violences, qu'elles soient verbales, physiques, psychologiques, ou sexuelles, et commises par un conjoint ou ex-conjoint sont interdites et punies plus sévèrement par la loi (Figure 7), étant considérées comme des circonstances aggravantes de beaucoup d'infractions (homicides, violences, viol et agressions sexuelles)(47).

Selon l'article 515-9s du code civil, le juge aux affaires familiales peut délivrer une ordonnance de protection de la personne victime de violences(48). C'est un dispositif destiné à protéger les personnes victimes de violences dans le couple ainsi que leurs enfants. Elle permet au juge des affaires familiales de statuer sur des mesures de protection lorsqu'il existe des raisons sérieuses de considérer comme vraisemblable la commission des faits de

violences alléguées et le danger auquel la victime ou un ou plusieurs enfants sont exposés. Elle permet d'assurer la sécurité physique (interdiction de rencontrer ou d'entrer en relation avec la victime, dissimulation de l'adresse), la sécurité juridique en qualité de parent (autorité parentale), la mise à l'abri et la sécurité économique. En 2019, pour 3920 demandes d'ordonnances de protection, 64% ont été acceptées, totalement ou partiellement(5).

Le non-respect des mesures imposées est passible de deux ans d'emprisonnement et de 15000€ d'amende pour l'agresseur(48).

Le juge pénal lui ne peut engager des mesures que si un signalement a été fait auprès de la gendarmerie ou du Procureur de la République par la victime ou un témoin.

La victime peut porter plainte, la gendarmerie n'a pas le droit de refuser la plainte, et doit fournir un maximum de preuves des violences subies (par exemple un certificat médical). Si la victime ne veut pas porter plainte, elle peut déposer une main courante à la police, ce qui constituera une trace écrite, utile pour une plainte ultérieure si plainte il y a.

Le juge pénal quant à lui peut prendre des mesures immédiates de protection de la victime, comme une dissimulation de son adresse, l'éviction du conjoint violent du domicile, l'interdiction de rencontre entre les deux parties, voire le déplacement en détention provisoire de l'agresseur(47).

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	CODE PENAL articles	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Captation d'images et diffusion d'images présentant un caractère sexuel	2 ans d'emprisonnement et 60 000 € d'amende	226-2-1	DELIT Tribunal correctionnel 6 ans pour déposer plainte à partir la date de l'infraction
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-12	
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	222-13	
Harcèlement par des propos ou comportements répétés (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-17	
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	CRIME Cour d'assises 20 ans pour déposer plainte à partir la date de l'infraction
Viol	20 ans de réclusion	222-24	
Meurtre	Réclusion à perpétuité	221-1 et 221-4	

Figure 7 : Violences au sein du couple : les principales infractions et les peines encourues(47)

La loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, permet de suspendre le droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur au parent violent.

S'il y a violences, l'agresseur est inscrit automatiquement dans le fichier judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes(49).

Pour les professionnels de santé, le secret médical est levé lorsque les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat et que cette dernière est sous l'emprise de son agresseur. Si la victime ne donne pas son accord, le professionnel de santé doit le signaler quand même au Procureur de la République et en informer le patient(49).

3. Revue systématique

3.1. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence, au travers d'une revue systématique de la littérature, les signes physiques maxillo-faciaux liés à des violences conjugales les plus couramment retrouvés chez les victimes de violences conjugales. *In fine*, l'objectif est d'assurer une meilleure prise en charge de ces victimes.

3.2. Méthodologie

3.2.1. Méthode de recherche

Les articles scientifiques, utilisés pour cette analyse de la littérature, ont été recherchés dans trois bases de données scientifiques : Medline/Pubmed, U.S. National Library of Medicine, Sciverse Scopus, Dentistry & Oral Sciences Sources (DOSS), EBSCOhost.

Les recherches bibliographiques ont débuté le 1er avril 2020 et se sont arrêtées le 30 novembre 2020.

Un filtre de mots-clés a été utilisé :

- Medline/Pubmed : Domestic violence [MeSH Terms] AND facial injuries [MeSH Terms]
- Scopus : TITLE-ABS-KEY (domestic violence) AND TITLE-ABS-KEY (facial injuries)
- Dentistry & Oral Sciences Source : Domestic violence AND facial injuries

3.2.2. Critères d'inclusion ou d'exclusion des articles

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Études portées sur les violences faites aux femmes
- Présence des mots clés dans le titre et/ou le résumé
- Articles décrivant les blessures ou traumatismes de la tête, du cou ou de la face en lien avec des violences conjugales
- Articles rédigés en anglais et en français

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles ne traitant pas des violences conjugales
- Articles traitant des violences conjugales chez les hommes
- Articles ayant pour sujet les maltraitances chez les enfants
- Articles ayant pour sujet les maltraitances chez les personnes âgées
- Articles décrivant uniquement la prise en charge des victimes de violences conjugales et non les signes physiques
- Revue systématique de la littérature
- Articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français

3.2.3. Sélection des articles

Les articles ont été sélectionnés dans un premier temps par la lecture des titres et des mots-clés. En cas de doute sur la thématique de l'article, après lecture du titre et des mots-clés, les résumés étaient systématiquement lus. La lecture complète permettait d'inclure ou

non, l'article de façon définitive dans l'analyse systématique de la littérature, en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-dessus.

Un total de 352 articles a été comptabilisé pour les trois bases de données en appliquant le filtre de mots-clés. On distinguait :

- 257 articles provenant de Medline/Pubmed
- 79 articles provenant de Scopus
- 16 articles provenant de Dentistry & Oral Sciences Sources

Après retrait des doublons, 317 articles ont été retenus.

La lecture des titres et des mots-clés a permis le retrait de 223 articles ne correspondant pas aux critères d'inclusion. Après la lecture des résumés, 15 articles ont été éliminés, et la lecture complémentaire a permis d'éliminer 63 articles supplémentaires, portant ainsi le nombre total d'articles retenus dans cette revue systématique de la littérature à 16 (Figure 8).

De façon plus précise, parmi les 63 articles éliminés après lecture complète, ont été dénombrés :

- 5 articles car ils étaient des descriptions de cas cliniques de patients arrivés à l'hôpital avec certaines blessures en rapport ou non avec des violences conjugales
- 7 articles car ils discutaient des moyens de prise en charge des victimes de violences conjugales
- 1 article sur l'odontologie légale, non spécifique aux violences conjugales
- 2 articles qui étaient des revues systématiques de la littérature
- 1 article car il a été remis à jour plus récemment, et cette mise à jour est incluse dans notre revue systématique.
- 6 articles car ils n'étaient pas des études quantitatives
- 1 article car c'est une méta-analyse non focalisée sur les violences domestiques
- 8 articles décrivant des traumatismes maxillo-faciaux recensés de façon générale, non focalisés sur des blessures liées à des violences conjugales
- 32 articles non disponibles

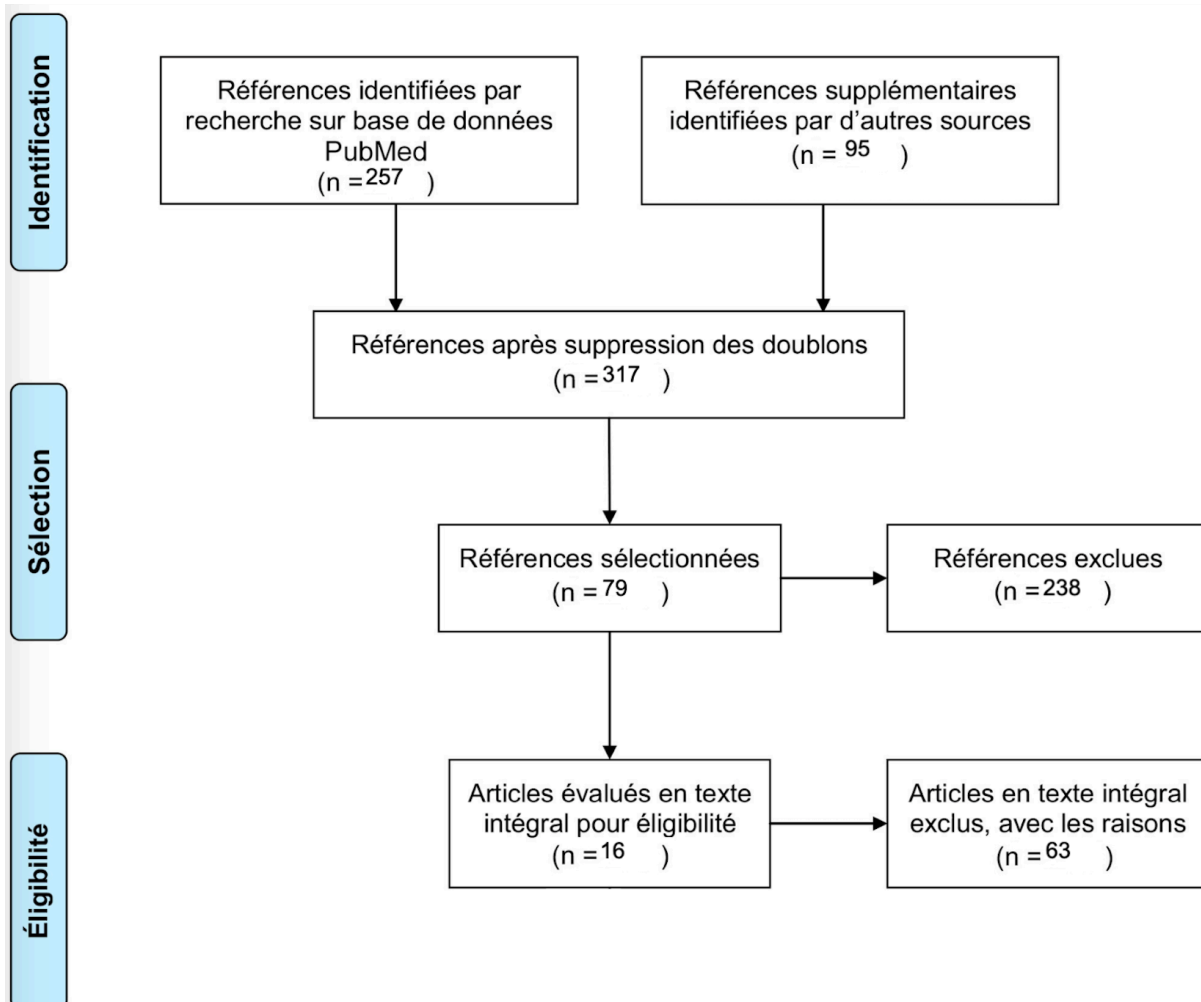


Figure 8 : Diagramme Prisma schématisant l'inclusion des articles dans la revue systématique

Étant donné l'hétérogénéité entre les études sélectionnées, une analyse descriptive a été choisie pour commenter les résultats de la revue systématique.

3.3. Résultats

Perciaccante VJ., Howard A., Dobson TB., Head, neck and facial injuries as markers of domestic violence in women, J Oral Maxillofac Surg, 1999, 57:760-762 (50)

Objectif : le but de cette étude était de confirmer l'importance des blessures de la tête, cou et face comme des marqueurs de violences domestiques.

Matériels et méthodes :

- Une étude transversale a été menée dans le service d'urgence du Grady Memorial Hospital à Atlanta aux Etats-Unis, entre Avril 1993 et septembre 1996. L'échantillon était composé de femmes de plus de 15 ans. Les accidents de la route ont été exclus.
- Les localisations des blessures ont été classées en deux catégories :
 - o Groupe 1 : Les blessures à la tête, au cou et à la face
 - o Groupe 2 : Le reste du corps : extrémités, pelvis, abdomen
- Les causes ont été classées en 2 groupes également :
 - o Violences domestiques
 - o Autre : chute, sports, autres violences
- Les autres variables prises en comptes étaient : l'âge, la nature de la blessure et la sévérité, notée grâce au Injury Severity Score (ISS : 0 pour aucune blessure, 75 pour blessure entraînant le décès). Les résultats ont fait l'objet d'une étude épidémiologique.

Résultats :

- 100 femmes ont été incluses dans l'étude, avec un âge d'environ 40 ans \pm 16,3 ans, et un ISS de 3,3 \pm 3.
- Pour 34% des cas, les blessures étaient dues à des violences domestiques.
- Sur ces 34 victimes, 31 avaient des traumatismes et blessures au niveau de la tête de la face et du cou (Figure 9).
- Sur les 58 femmes avec des traumatismes maxillo-faciaux, 31 étaient victimes de violences : une femme se présentant avec des blessures tête cou face avait 7,5 fois plus de risque d'être victime de violence conjugales qu'une femme avec des blessures limitées à d'autres endroits du corps.
- La sensibilité étant très forte, sur 10 femmes victimes de violences, 9 auraient eu des blessures au niveau de la tête, la face et le cou.
- La spécificité étant forte aussi, sur 10 femmes avec des blessures ailleurs que sur le corps, 6 n'auraient pas été victimes de violences.

Location	DV	Other	Total
H/N/F	31	27	58
Other	3	39	42
Total	34	66	100

NOTE. Relative risk = 7.5 (2.5 < RR < 22.9); P = .001; sensitivity = 91.2%; specificity = 59.1%.

Figure 9 : Localisation des blessures et causes(50)

Conclusion : En conclusion, cette étude suggère qu'une femme avec des traumatismes à la tête est plus à même d'être une victime de violence qu'une femme avec des blessures sur d'autres parties du corps.

Perciaccante VJ., Carey JW., Susarla SM., Dodson TB., Markers for Intimate Partner Violence in the Emergency Department Setting, J oral Maxillofac Surg, 2010, 68:1219-1224 (51)

Objectifs :

- Estimer la prévalence des blessures liées à des violences conjugales
- Déterminer l'association entre plusieurs informations récoltées, à savoir un questionnaire positif aux questionnaires de détections de violences, et la localisation des blessures retrouvées chez les victimes.

Matériels et méthodes :

- Une étude transversale a été menée sur une population de femmes âgées de 18 ans et plus qui se sont présentées au Grady Memorial Hospital d'Atlanta dans le centre de traumatismes.
- Les sujets incapables de communiquer, ou s'étant présentés dans un autre service de cet hôpital ont été exclus de cette étude.
- Les variables utilisées étaient :
 - o La localisation des blessures : 2 groupes ont été fait, le premier concernait les patientes avec des blessures au niveau de la tête, la face et le cou, et le

deuxième les patientes avec d'autres blessures (abdomen, extrémités, région pelvienne).

- Les questionnaires : un score supérieur ou égal à 1 était considéré comme un test positif
 - Partner Violence Screen (PVS) : questionnaire de 3 questions :
 - 1) Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ? (Oui = 0 / Non = 1)
 - 2) Est-ce qu'à l'heure actuelle, un ex partenaire vous fait vous sentir en insécurité ? (Non = 0 / Oui = 1)
 - 3) Avez-vous déjà été frappé ou blessé par un partenaire ces dernières années ? (Non = 0 / Oui = 1)
 - Woman Abuse Screening Tool (WAST) : questionnaire de 2 questions
 - 1) En general, vous décririez votre relation actuelle comme étant : sans aucune tension (score = 0) / avec quelques tensions (score = 1) / avec beaucoup de tensions (score = 2)
 - 2) Est-ce que vous et votre partenaire réglez vos différents avec : aucune difficulté (score = 0) / quelques difficultés (score = 1) / beaucoup de difficultés (score = 2)
- Probabilité d'auto-déclaration de violences conjugales : haute ou basse
- Autres : âge, score ISS
- Les analyses de données comprenaient le calcul de statistiques descriptives et bi-variées appropriées.

Résultats :

- Les résultats ont été récoltés entre avril et août 2001.
- Sur les 300 femmes de l'échantillon l'âge moyen était de $36,5 \pm 14,4$ ans.
- Des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou étaient présentes chez 47,7% des patientes.
- Entre 43 et 52% des patientes ont eu des questionnaires positifs.
- Les victimes avec des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou ont significativement plus de chances de rapporter des violences conjugales, que les patientes avec des blessures localisées ailleurs (Figure 10).

Injury Location	Self-Reported Injury Etiology		
	IPV	Other	Total
HNF	90	53	143
Other	7	150	157
Total	97	203	300

NOTE. Sensitivity, 92.8%; specificity, 73.9%; relative risk, 14.1 (95% CI, 6.8-29.4); $P < .0001$.

Figure 10 : Localisation de la blessure (tête, cou, face ou autre) et cause de la blessure (VPI ou autre)(51)

Conclusion : Cette étude confirme l'hypothèse que de combiner plusieurs informations, c'est-à-dire la localisation des blessures retrouvées ainsi qu'un questionnaire de détection, permet de détecter de façon plus sûre les violences conjugales.

Pewa P., Thomas S., Dagli R., Solanki J., Arora G., Garla B., Occurrence of Domestic Violence among Women and its Impact on Oral Health in Jodhpur City. Journal of contemporary dental practice, 2015, 16(3): 227-233, (52)

Objectif : cette étude visait à déterminer la prévalence des violences domestiques à Jodhpur en Inde, et connaître leur impact sur la santé orale des victimes.

Matériels et méthodes :

- Une étude transversale a été menée à Jodhpur, Rajasthan Inde. Elle était basée sur l'enregistrement dans une base de données de toutes les femmes mariées et victimes de violences conjugales, de janvier 2014 à Février 2014.
- L'échantillon était composé de 150 patientes.
- Les critères d'inclusion étaient : les patientes mariées légalement et dont l'âge était de 18 ans et plus, qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude, et vivant depuis au moins 1 an avec leur agresseur.
- Des questionnaires ont été distribués aux victimes.

Résultats :

- 82,7% des victimes présentaient des blessures à la tête, dont 17,3% avec des blessures au niveau de la face (Figure 11). Aucune des victimes n'a consulté de chirurgiens-dentistes après l'agression.

<i>Have you ever sustained an injury to the head, neck, or mouth as a result of abuse?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Yes	124	82.7
No	26	17.3
Total	150	100.0
<i>Yes, what sort of injury did this involve?</i>		
Facial injury	124	82.7
No facial injury	26	17.3
Total	150	100.0

n: Number of study subjects

Figure 11 : Réponses des victimes au questionnaire de détection en fonction du traumatisme (52)

Conclusion : Cette étude démontre que les victimes de violences conjugales présentent très souvent des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou. Souvent, ces victimes ne signalent pas les violences subies pour maintenir leur statut social, et préfèrent souvent attendre en silence, par crainte d'être stigmatisées, au niveau de la société ainsi que dans leur famille.

Dourado SM., Noronha CM. Visible and invisible marks : facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Ciencia & Saude Coletiva*, 2015, 20(9):2911-2910 (53)

Objectif : l'étude visait à estimer la prévalence des lésions au niveau de la tête, de la face et du cou, des femmes victimes de violences conjugales.

Matériels et méthodes :

Cette étude a été menée de façon qualitative et quantitative.

- Par une étude transversale descriptive, pour calculer l'incidence des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou, chez des femmes âgées entre 18 et 59 ans, qui se sont présentées au Special Police Department for Women (DEAM) au Salvador, Bahia, pour rapporter les violences qu'elles ont subies de leur partenaire, ainsi que pour comprendre les profils de ces victimes.
 - o Le DEAM a été sélectionné car il était important pour l'étude de travailler avec une unité qui ne travaille qu'avec des cas avérés de violences conjugales. À l'hôpital ou dans d'autres services de soin, ce genre de violence peut être omis de la part des victimes, ce qui constituerait un biais à l'étude.
 - o Un échantillon de 164 rapports de police a été enregistré, avec des données datant d'entre 2002 et 2008.
 - o Ensuite, d'autres cas de reports ont été ajoutés, pour arriver à un total de 326 qui ont été validés pour l'analyse.

- La 2^e partie de l'étude comprenait des récits de femmes qui avaient déjà subi des violences par le passé. Le but était de comprendre le ressenti de ces femmes, avec leurs propres mots, à propos des blessures faciales qu'elles ont eues.
 - o Les récits de 10 femmes qui avaient porté plainte au DEAM ont été récoltés entre juillet et novembre 2012 dans des pièces privées et confidentielles.

Résultats :

- Concernant le premier échantillon de 164 reports de police concernant des violences, dans 70,1% des cas, des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou étaient retrouvés.
- Sur les 326 reports de police, 206 présentaient des blessures au niveau de la tête et du cou (63,2%).
- L'âge des victimes variait entre 18 et 56 ans, avec 77,9% des victimes entre 20 et 39 ans.
- Concernant le ressenti des patientes, il en est surtout ressorti un sentiment d'humiliation, de honte, vis-à-vis des autres mais aussi vis-à-vis d'elles-mêmes.

Conclusion : Cette étude montre que des attaques menées au niveau de la tête et du visage des victimes sont retrouvées dans un grand nombre de cas, et peuvent entraîner de sérieuses répercussions physiques et psychologiques sur la vie de ces victimes.

Petridou E., Browne A., Lichter E., Dedoukou X., Alexe D., Dessypris N., What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence : a study in Greek ambulatory care settings. Injury prevention, 2002, 8 : 197-201 (54)

Objectif : cette étude visait à identifier les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les blessures des personnes se présentant au service d'accident et d'urgence de Grèce pour des violences domestiques.

Matériels et méthodes :

- L'étude est basée sur des données de l'Emergency Department Injury Surveillance System (EDISS)
- L'European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) a récolté des données concernant des blessures identifiées dans le service d'accident et d'urgence des hôpitaux de Grèce.
- Les données ont été récoltées dans trois hôpitaux : le Trauma Hospital à Athènes, un hôpital sur l'île de Corfu, et un hôpital à Magnesia County. Le Trauma Hospital d'Athènes semblait posséder un échantillon représentatif des cas de violences.
- Les analyses sont basées sur des blessures chez des femmes et hommes de 19 ans et plus, durant une période allant de 1996 à 1998.
- Les données récoltées sur les patients sont : le genre, l'âge, la nationalité, la nature des blessures (type de blessure, localisation, nombre).
- Des analyses séparées par genre ont été conduites car les études épidémiologiques montrent que le schéma des blessures concernant les femmes est significativement très différent de celui des hommes.

Résultats :

- Durant cette période, 62 493 cas ont été recensés avec des blessures intentionnelles et non intentionnelles. Parmi ces cas, 312 concernant des femmes et 39 concernant des hommes étaient le fait de violences conjugales.
- Près de la moitié des femmes étaient âgées de 30 à 39 ans, et 1/5^{ème} était âgé de moins de 30 ans.
Pour 62% des cas, les blessures étaient retrouvées au niveau de la tête et de la face. 72% des blessures étaient des contusions, 18% étaient des concussions, 4% étaient des fractures et 5% des dislocations.
- Chez les hommes, 1/3 était âgé de 30 à 40 ans, 36% de 40 à 60 ans, et 10% en dessous de 30 ans.

62% des cas présentaient des blessures à la tête et la face, en particulier des contusions (87%), mais aucune fracture ni dislocation.

- Les blessures signalées par les femmes entre 30 et 39 ans étaient deux fois plus susceptibles d'être dues à des violences conjugales. Les femmes arrivées avec des blessures multiples étaient 15 fois plus susceptibles de déclarer que leurs blessures étaient dues à des violences conjugales.
- Les blessures causées par les violences conjugales étaient surtout concentrées au niveau du crâne, et de la région faciale.

Conclusion : Cette étude permet d'identifier les caractéristiques des blessures retrouvées chez les patients victimes de violences conjugales, ce qui permettra par la suite de développer des outils de détection plus efficaces pour détecter ces violences dans les services d'urgence.

Halpern LR., Susarla SM., Dodson TB., Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. J Oral Maxillofac Surg, 2005, 63:1255-1261 (55)

Objectif : le but de cette étude était de montrer l'efficacité de deux questionnaires pour détecter les VPI, en conjonction avec les localisations des blessures retrouvées chez les victimes.

Matériels et méthodes :

- Une étude transversale a été menée. Pour cela, deux questionnaires ont été réalisés en simple aveugle, de manière randomisée.
- L'échantillon était constitué de femmes de plus de 18 ans, qui se sont présentées aux Urgences du Massachusetts General Hospital, à Boston, pour des blessures sans étiologie vérifiable.
- Les variables utilisées étaient la localisation de la blessure : tête cou et face, ou autre, ainsi que les réponses aux questionnaires : le Partner Violence Screen (PVS) et le Woman Abuse Screening Tool (WAST).

- Le premier questionnaire (PVS) est un outil de 3 questions : une seule réponse positive permet d'établir un diagnostic positif de VPI.
- Le short-WAST est une version abrégée du WAST, un outil de 2 questions qui permet de détecter des violences conjugales, avec un diagnostic positif si au moins une question est positive.
- Les sujets ont été classés en 2 catégories : haute probabilité de VPI ou faible probabilité de VPI.

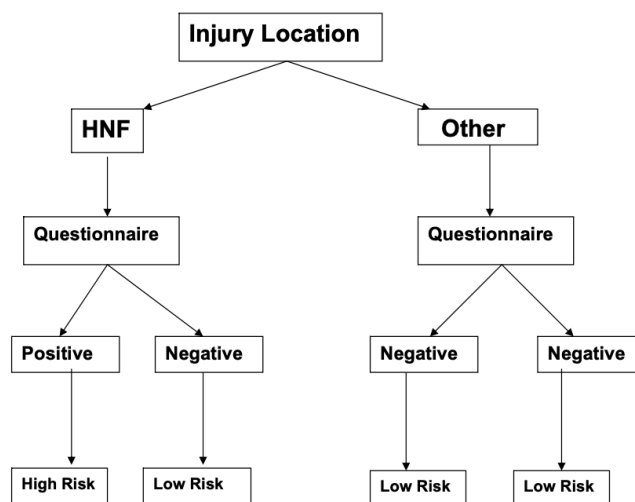


Figure 12 : Schéma utilisé pour classer les probabilités d'être victime de violences (high ou low) par des déclarations directes de la victime présentant des blessures liées à des violences conjugales(55)

- Des données démographiques ont également été récoltées : âge, niveau d'éducation, ethnie etc.
- Une analyse statistique a été faite.

Résultats :

- Entre novembre 2001 et juin 2003, 225 femmes se sont vues proposer de participer à l'étude, 200 ont accepté.
- Parmi ces 200 femmes, 100 ont été soumises au questionnaire PVS, et 100 au short-WAST : il y a eu une différence significative entre la proportion de femmes qui ont été détectées comme étant victimes de violences conjugales grâce au questionnaire PVS, et la proportion de femmes victimes détectées grâce au questionnaire WAST.
- La proportion de femmes présentant des blessures au niveau de la tête et du cou, et positive au VPI était plus importante que la proportion de femmes avec des blessures autres que la tête et le cou.

Conclusion : Les résultats de cette étude ont suggéré que le questionnaire PVS seul ou associés à une localisation précise des blessures est un meilleur outil pour détecter les violences conjugales que le questionnaire WAST seul ou associé à une localisation précise des blessures.

Zachariades N., Koumoura F., Konsolaki-Agouridaki E., Facial trauma in women resulting from violence by men, J Oral Maxillofac Surg, 1990, 48 :1250-1253 (56)

Objectif : cette étude visait à établir le profil des patients avec des fractures au niveau de la face.

Matériels et méthodes :

- Dans cette étude, des femmes présentant des traumatismes maxillo-faciaux ont été recensés du juin 1986 à mai 1989, à la Oral and Maxillofacial Clinic, Peripheral Hospital of Attica-K.A.T. à Athènes, liés directement ou non à des violences infligées par des hommes. Les cas indirectement liés aux violences par des hommes concernaient des tentatives de suicides.
- Les patientes ont dû répéter plusieurs fois l'histoire de l'accident, pour être sûr de faire ressortir la vérité (car souvent dans le contexte de violences conjugales, les victimes ont peur et honte d'expliquer les causes de leurs blessures).

Résultats :

Durant cette période 2308 patients avec traumatismes faciaux ont été traités. 546 concernaient des femmes entre 16 et 62 ans, dont :

- 62 cas concernaient des accidents domestiques,
- 34 des accidents de travail,
- 28 impliquaient des femmes au foyer,
- 51 cas étaient directement liés à des violences par des hommes,
- 6 cas indirectement liés

Concernant les cas liés à des violences par des hommes :

- pour 26 cas, l'agresseur était le mari de la victime,

- pour 8 cas c'était le partenaire, et dans 5 cas un parent de la victime,
- pour 6 cas : l'agresseur était inconnu, lors d'une tentative de vol ou de viol

Concernant les cas avec l'agresseur connu de la victime :

- dans 36 cas le coup a été porté avec les mains (70,6%),
- dans 3 cas avec une arme (6%)

Les blessures les plus retrouvées étaient :

- pour 11 cas (21,6%) : des bleus uniquement,
- pour 20 cas (39%) : fracture de la mandibule,
- pour 5 cas (10%) : fracture des zygomatiques,
pour 1 cas (2%) : fracture de la cloison nasale,
- pour 1 cas : fracture des procès alvéolaires,
- pour 1 cas : fracture Le Fort III

Conclusion : Les chirurgiens oraux et maxillo-faciaux font partie des premières personnes à être en contact avec les victimes de violences conjugales. Il est important qu'ils en soient au courant, et qu'ils puissent accompagner au mieux les victimes qu'ils reçoivent en consultation.

Porter A., Montgomery CO., Montgomery BE., Eastin C., Boyette J., Snead G., Intimate Partner Violence-related fractures in the United States : an 8 year review. J Fam Violence, 2019, 34(7): 601-609 (57)

Objectif : cette étude permettait d'étudier la relation entre la localisation des blessures liées aux violences conjugales et l'âge des victimes, à travers une base de données nationale.

Matériels et méthodes :

- Les données ont été extraites de la National Trauma Data Bank (NTDB) Research dataset : c'est une collection de plus de 4 millions de traumatismes aux Etats-Unis récoltés dans plus de 800 centres de traumatismes.
- L'étude a permis de récolter les données d'adultes de 18 ans et plus, ces données ont été extraites entre 2007 et 2014.

- L'ICD (International Classification of Diseases) diagnostic a été utilisé pour identifier les victimes de violences conjugales qui ont eu des fractures : 8126 patients victimes de violences conjugales, dont 1352 cas de fractures
- Trois groupes ont été formés selon l'âge des victimes
- Une analyse statistique descriptive a été menée, ainsi qu'un test ANOVA (Analysis of Variance).

Résultats :

- 50% des patients avaient des fractures faciales (nez et orbites surtout)
- Les fractures faciales les plus retrouvées étaient majoritairement nasales, puis orbitales. Des fractures de la mandibule et des malaires ont aussi été retrouvés. 154 patients présentaient des fractures de la base du crâne, 88 patients présentaient des fractures de la voûte crânienne.
- Plus de la moitié des victimes ayant subi une fracture de la face était âgée de 18 à 39 ans. 45,6% avaient entre 40 et 59 ans, et 24,6% avaient 60 ans et plus.

Conclusion : L'analyse du type et de la localisation des blessures comme marqueur de violences conjugales pourrait être utilisé de façon plus récurrente pour adresser les patients réticents vers d'autres services de dépistages et de soutien de violences conjugales.

Le BT., Dierks EJ., Ueeck BA., Homer LD., Potter BF., Maxillofacial injuries associated with domestic violence. J Oral Maxillofac Surg, 2001, 59: 1277-1283 (58)

Objectif : cette étude visait à identifier les blessures et traumatismes retrouvés chez les victimes de violences conjugales.

Matériels et méthodes :

- Les archives concernant 236 patients traités entre Janvier 1992 et Décembre 1996 dans le service de traumatologie de l'hôpital Legacy Emanuel Hospital de Portland, pour des blessures liées à des violences conjugales ont été récupérées et analysées
- Les données collectées étaient : type et localisation de la blessure, mécanisme des blessures, implication ou non de l'alcool, et traitements.

- Les blessures ont été classées selon :
 - o la localisation anatomique : tête, maxillaire, cou, poitrine, abdomen, dos, fesses, extrémités
 - o la nature de la blessure : contusions, abrasions, lacérations, fractures, dislocations.
- Les blessures de la face ont été classés selon : la localisation, le type, la latéralisation, et le tiers de la face impliqué
- Une analyse statistique avec un test du χ^2 a été mis en place.

Résultats :

- L'âge moyen des patients était de 31,4 ans (entre 15 et 71 ans).
- Toutes les victimes étaient des femmes, dont 66% avaient déjà reportés des violences de la part de leur conjoint ou ex conjoint.
- 14% de ces femmes avaient des traumatismes assez sévères pour être admises à l'hôpital. Une de ces patientes est décédée à la suite de ses traumatismes.
- 78% des patientes étaient séparées ou divorcées
- 33% des patientes avaient consommé de l'alcool lors des agressions, et 60% des patientes avaient déjà des antécédents de prise de drogue.
- Sur les 236 femmes, ont été retrouvées 257 contusions et abrasions, 70 lacérations, et 93 fractures et dislocations. La plupart des blessures se trouvaient au niveau de la face (Figures 13, 14, 15).
- La blessure des tissus mous la plus fréquente était des contusions de la région maxillo-faciale dans 61% des cas, 17% des patientes présentaient aussi des lacérations faciales assez importantes (Figures 13, 15).
- Le tiers moyen de la face était le plus touché (69% des cas), suivi du tiers supérieur (13%) puis du tiers inférieur (19%) (Figure 16).
- 30% des patients ont eu des fractures faciales : fracture nasales (40%), fracture du tiers médian de la face (67%), fractures du tiers inférieur de la face (32%).
- On a retrouvé des fractures simples mandibulaires dans 17 cas, des doubles fractures dans 2 cas, et des fractures quadruples dans 1 cas (Figure 17).
- Les fractures du côté gauche de la région faciale étaient plus courantes que les fractures du côté droit (Figure 18).

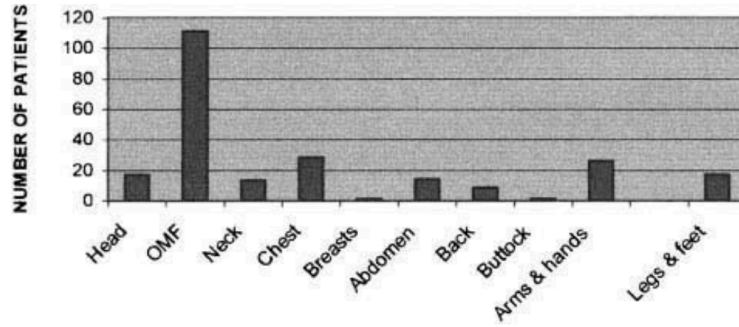


Figure 13 : Distribution des contusions et abrasions retrouvées(58)

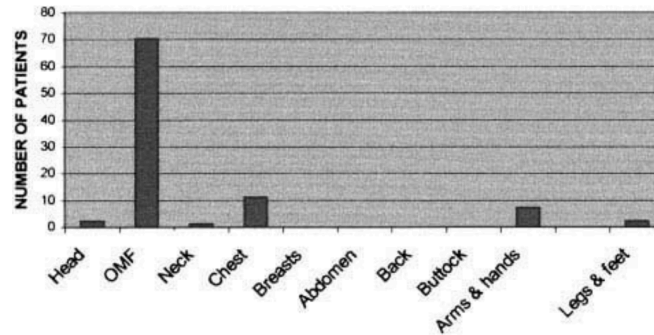


Figure 14 : Distribution des fractures et dislocations(58)

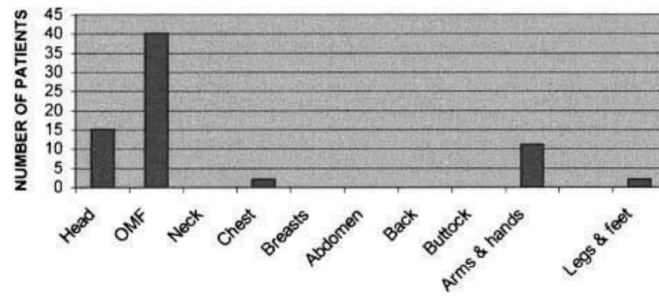


Figure 15 : Distribution des lacérations(58)

	Fracture Upper Face	Fracture Midface	Fracture Lower Face	L/C Upper Face	L/C Midface	L/C Lower Face	None /Not Specified
No.	1.00	57.00	27.00	30.00	105.00	17.00	46.00
Percentage	0.42	24.15	11.44	12.71	44.49	7.20	19.49

Abbreviations: L, laceration; C, contusion.

Figure 16 : Distribution des blessures au niveau de la face(58)

Areas Fractured	No. of Fractures
Upper face only	1
Middle face (n = 57)	
Isolated midface	39
2 fractures of midface	8
3 fractures of midface	1
Lower face (n = 25)	
Isolated mandible	17
2 fractures of mandible	2
3 fractures of mandible	0
4 fractures of mandible	4
Upper face and middle face	0
Middle face and lower face	3
Upper face and lower face	0
All regions	0

Figure 17 : Distribution et nombre de fractures faciales(58)

Fracture Types	Subtype	Right Side	Left Side	Frequency Fractures
Temporal* (n = 2)		1	1	2
Orbit (n = 16)	Rims		1	1
	Blow out	3	12	15
Nasal (n = 28)				28 (midline)
Maxilla (n = 0)	Le Fort I			0
	Le Fort II			0
	Le Fort III			0
Zygoma (n = 14)	Body/complex		12	12
	Arch	1	2	3
Mandible (n = 25)	Condyle	4	4	8
	Coronoid			0
	Ramus		1	1
	Body		3	3
	Angle	1	6	7
	Symphysis/parasymphysis			4 (midline)
	Alveolar			2 (midline)

*Two women sustained temporal bone fractures from blunt injuries with weapons.

Figure 18 : Distribution des fractures squelettiques maxillo-faciales(58)

Au niveau des mécanismes d'attaque, on retrouvait l'utilisation : du coup de poing (67% des cas), d'une arme comme une bouteilles, un bâton ou un couteau (15% des cas), des coups de pieds (9,3% des cas).

Au niveau de la consommation d'alcool, dans 33% des cas la victime en avait consommé lors de l'assaut. Les données sont manquantes quant à la consommation d'alcool de l'agresseur.

Sur 236 patientes reçues à l'hôpital, une est décédée de ses blessures, et une autre est devenue tétraplégique.

Conclusion : Au vu de la prépondérance des blessures retrouvées au niveau de la face dans cette étude, les chirurgiens oraux et maxillo-faciaux doivent être impliqués dans la prise en charge de ces patients. L'identification des victimes et leur orientation vers des services appropriés seraient plus efficaces si les équipes médicales étaient plus conscientes de la prévalence des violences conjugales, et plus attentives aux facteurs de risques.

Boyes H., Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence : experience at a major trauma centre. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2020, 58 : 185-189 (59)

Objectif : cette étude visait à identifier les patients avec des blessures maxillo-faciales dues à des violences conjugales, et à comprendre comment les membres de l'équipe de chirurgie maxillo-faciale détectaient ces violences et dirigeaient les victimes.

Matériels et méthodes :

- Une étude rétrospective a été menée dans le département d'urgences du King's College Hospital par l'équipe de chirurgie orale et maxillo-faciale, entre janvier 2018 et juillet 2018.
- Les informations concernant l'âge, le sexe, la nature de la blessure, le mécanisme d'attaque ont été collectées.
- Un questionnaire sur les compétences concernant la prise en charge des patients victimes de violences conjugales a été adressé aux membres de l'équipe.

Résultats :

- Sur 176759 patients qui ont été vu lors de cette période au département d'urgences du King's College Hospital, 3748 ont été référés à l'équipe de chirurgie maxillo-faciale, et 18 d'entre eux ont été identifiés comme victimes de violences conjugales.
- Sur les 18 patients : 14 étaient des femmes, 4 des hommes
- L'âge des victimes était compris entre 16 et 44 ans, avec une moyenne à 28 ans.
- 15 patients se sont présentés le jour même de la survenue des blessures, 3 se sont présentés le jour suivant.

Blessures :

- Des lacérations ont été retrouvées chez 15 patients, dont 8 patients avec au moins une fracture.
- Les blessures de la face concernaient le complexe alvéolo-dentaire le plus souvent (4 cas), suivi par l'orbite (3 cas), le complexe zygomatique-maxillaire (3 cas), puis l'os nasal (3 cas) et enfin la mandibule (2 cas).

Mécanismes d'attaque :

- Des coups de poings ont été retrouvés chez 13 patients.
- 5 ont été attaqués avec des objets du quotidien, telle qu'une lampe, un couteau.
- Chez 10 victimes, l'agresseur était le partenaire de la victime, chez 5 victimes c'était l'ex partenaire, et chez 3 victimes c'était un membre de la famille.

Questionnaire :

Sur 35 réponses, la majorité de l'équipe médicale se sentait moyennement en confiance pour en référer au patient. Les 2 barrières qui sont les plus revenues dans les réponses sont la présence du partenaire ou d'un enfant, ou la peur d'offenser le patient.

Conclusion : Les blessures au niveau de la face sont courantes chez les victimes de violences conjugales. Très souvent, ces victimes sont reçues et traitées par des membres de l'équipe maxillo-faciale. Ainsi, ils doivent avoir les compétences requises pour détecter au mieux ces violences, et orienter les patients du mieux possible pour assurer les soins nécessaires et leur sécurité.

Saddki N., Suhaimi AA., Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. BMC Public Health, 2010, 10:268 (60)

Objectif : Cette étude visait à déterminer les sites anatomiques et les types de blessures, en particulier dans la région maxillo-faciale, et les mécanismes d'agressions associées aux violences conjugales.

Matériels et méthodes :

- Cette étude rétrospective a été menée, à l'hôpital Raja Perempuan Zainab, Kelantan, en Malaisie, dans le One-Stop Crisis Centre (OSCC).
- Cette étude a été basée sur l'examen de dossiers médicaux de tous les cas de violences conjugales référées à l'OSCC entre Janvier 2005 et décembre 2006.
- Sur les 2 ans, 327 cas ont été traités à l'OSCC, et 242 ont été identifiés comme cas de violences conjugales.
- Les données collectées étaient :
 - o Le profil de la victime.
 - o Les sites anatomiques des blessures : tête, région maxillo-faciale, cou, poitrine, abdomen, dos, fesses, membres, autres.
 - o Les types de blessures retrouvées : contusion, abrasion, lacération, morsures, brûlures, fractures, dislocations, entorse et autres.
 - o Les mécanismes de violences : coup de poing, coup de pieds, gifles, étranglements, coup par objet.
- Une analyse statistique descriptive a été menée.

Résultats :

- L'âge des victimes variait entre 15 et 59 ans
- 85,1% des victimes étaient mariées, dans 83,5% des cas l'agresseur était le conjoint. 85,5% des victimes avaient déjà vécu un épisode de violences précédemment.
- 50,4% avaient des blessures au niveau de la région maxillo-faciale, suivi des membres dans 47,9%, et de la tête dans 24,4% (Figure 19).
- Les blessures concernaient dans la majorité des cas les tissus mous (89,4%).
- Aucun cas de fracture n'a été rapporté.
- La méthode d'agression la plus commune était le coup de poing, suivi du coup de pied, de la gifle, et des menaces avec des objets, des étranglements, ou des coups par des objets (Figures 19, 20).
- Au niveau de la région maxillo-faciale, la plupart des coups étaient portés au tiers médian de la face, avec des blessures des tissus mous surtout (Figure 20).

Variable	Frequency (%)
Sites of injuries	
Head	59 (24.4)
Maxillofacial	122 (50.4)
Neck	25 (10.3)
Chest	16 (6.6)
Abdomen	8 (3.3)
Back	30 (12.4)
Buttock	14 (5.8)
Limbs	116 (47.9)
Others	2 (0.8)
Types of injuries	
Contusion	148 (61.2)
Abrasion	36 (14.9)
Laceration	20 (8.3)
Bite wound	8 (3.3)
Burn	4 (1.7)
Fracture	0 (0.0)
Dislocation	1 (0.4)
Sprain	0 (0.0)
Others	88 (36.4)
Mechanisms of assault	
Punch	136 (56.2)
Kick	93 (38.4)
Slap	90 (37.2)
Strangle	17 (7.0)
Hit by an inanimate object	34 (14.0)
Knife/sharp penetrating object	10 (4.1)

Figure 19 : Types de blessures liées à des violences conjugales retrouvées chez les victimes (n=242)(60)

Variable	Frequency (%)
Sites of maxillofacial injuries	
Upper third only	25 (20.5)
Middle third only	42 (34.4)
Lower third only	17 (13.9)
Upper and middle third	12 (9.8)
Middle and lower third	14 (11.5)
Upper and lower	8 (6.6)
All thirds	6 (4.9)
Types of injuries	
Contusion	81 (66.4)
Abrasion	16 (13.1)
Laceration	10 (8.2)
Bite wound	0 (0.0)
Burn	0 (0.0)
Fracture	0 (0.0)
Dislocation	0 (0.0)
Sprain	0 (0.0)
Others	40 (32.8)
Mechanisms of assault	
Punch	72 (59.0)
Kick	15 (12.3)
Slap	46 (37.7)
Hit by an inanimate object	11 (9.0)
Knife/sharp penetrating object	1 (0.8)

Figure 20 : Types de blessures de la région maxillo-faciale retrouvées chez les victimes (n=122)(60)

Conclusion : Cette étude montre que les blessures maxillo-faciales sont les blessures les plus courantes associées aux VPI dans ce centre de Malaisie.

Wong JYH., Choi AWM., Fong DYT., Wong JKS., Lau CL., Kam CW., Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. BMC Women's health, 2014, 14:6 (61)

Objectif : cette étude avait pour but d'analyser l'ensemble des blessures survenues à la tête, au cou et à la face de femmes chinoises se présentant au service d'urgence et d'accidents, en incluant la localisation anatomique de ces blessures, le type, la sévérité, l'étiologie et les facteurs de risque.

Matériels et méthodes :

- Cette étude rétrospective a été menée sur un recueil de cas de victimes de violences conjugales, s'étant présentés au service d'urgence et d'accident de deux hôpitaux de Hong Kong, entre Janvier 2010 et Décembre 2011.
- Les auteurs ont sélectionné les femmes de 18 ans et plus, avec un diagnostic positif de blessures relatives à des violences conjugales. Ces violences étaient soit directement rapportées par les patientes, soit détectées par un questionnaire direct donné par les professionnels de santé du service d'urgence.
- 267 cas ont été retenus, mais 6 ont été exclus car ces femmes n'étaient pas victimes de violences conjugales, puis 38 autres ont été exclus car cela concernait des hommes. 223 cas éligibles ont donc été inclus à l'étude.
- Les données récoltées concernaient : la région, le type de blessures, l'étiologie, l'âge, le statut marital et relationnel de la patiente avec son agresseur.
- Dans le but de détailler les sites anatomiques des blessures retrouvées, 3 zones de la face ont été étudiées :
 - o le tiers supérieur : os frontal, sinus, région supra orbitale
 - o le tiers médian : orbites, région latéro-orbitale, nez, maxillaire, zygomatique
 - o le tiers inférieur : lèvres, région orale, mandibule
- Différents tests statistiques ont été menés, le test de Hosmer – Lemeshow et du χ^2 .

Résultats :

- L'âge moyen des patientes était compris entre 17 et 80 ans, avec un âge moyen de 38,6 ans.
- Plus de la moitié avaient déjà subi des épisodes de violences lors de leur admission à l'hôpital.

- Les blessures de la tête et du cou étaient les plus fréquentes (77,6%), et affectaient le plus souvent les tissus mous (contusion, abrasion, gonflement, érythème, hématome, lacération, dent expulsée, épistaxis) (Figure 21).
- L'étiologie la plus fréquente était le coup de poing (60,2% des cas), puis la gifle (17,6%), puis pousser/attraper/secouer (15,4%), le coup de pied (11,8%), l'utilisation d'armes (11,8%), le tirage de cheveux (8,6%), le placage contre le mur (7,7%), l'utilisation d'armes ou d'objets pour donner des coups.
- Selon le test χ^2 , les blessures du tiers supérieur de la face et de l'arrière de la tête étaient significativement associées au coup de poing, alors que les blessures du tiers médian étaient associées plutôt aux gifles.
- Sur toutes les femmes victimes, 53,4% qui avaient des blessures à la tête et au cou souffraient aussi de blessures au niveau de la poitrine, de l'abdomen, du dos, de la région pelvienne ou des extrémités.

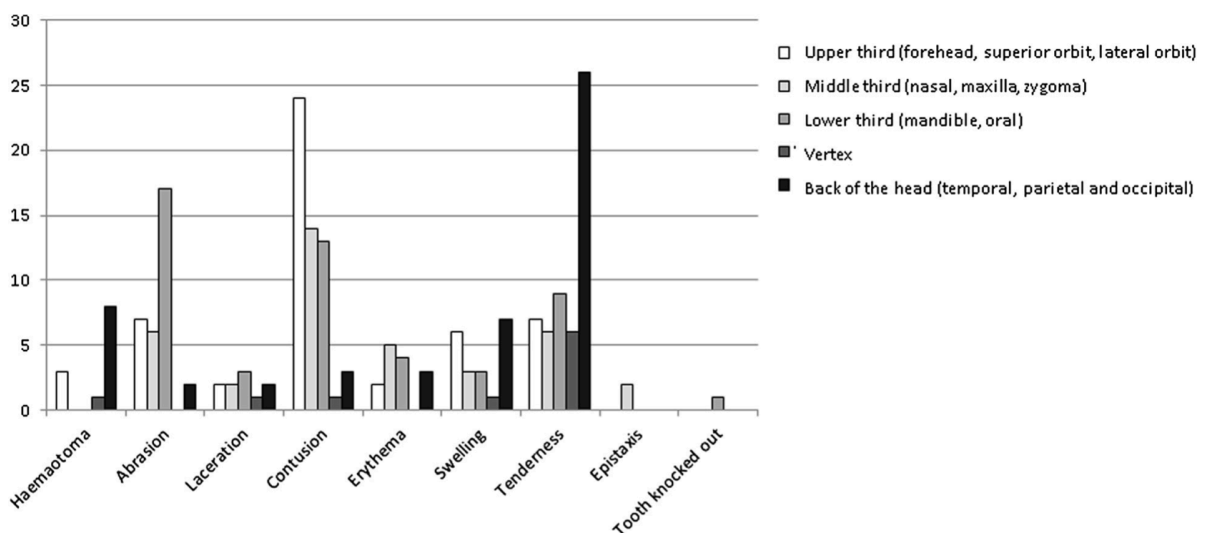


Figure 21 : Types et localisation des blessures maxillo-faciales liées à des violences conjugales, retrouvées chez les femmes victimes de ces violences (n=223)(61)

Conclusion : Les blessures au niveau de la tête, de la face et du cou sont les plus courantes chez les femmes chinoises victimes de violences conjugales et qui se sont présentées aux urgences des hôpitaux de Hong Kong. Cette étude a aussi révélé que le coup de poing était l'étiologie la plus courante des blessures retrouvées.

Objectif : cette étude visait à étudier les caractéristiques d'agressions au niveau de la tête et du cou, chez des cas de victimes de violences faites contre les femmes, et à analyser la variation du nombre de cas avant et après la promulgation de la loi Maria da Penha (loi du code pénal brésilien pour lutter contre les violences faites aux femmes, promulguée en 2016).

Matériels et méthodes :

- Cette étude descriptive, rétrospective et épidémiologique a recensé le nombre de cas de femmes qui ont été victimes de violences domestiques, entre 2004 et 2008.
- Les critères d'inclusion étaient : cas avec blessures maxillo-faciales chez des femmes âgées d'entre 11 et 80 ans, résultant de violences domestiques.
- Les données récoltées étaient : l'âge de la victime, la profession, le statut marital, la ville d'origine, la nature de la relation avec son agresseur, les objets éventuellement utilisés lors de l'attaque, le temps écoulé entre l'attaque et l'examen clinique, et le type et la localisation des blessures.

Résultats :

- 1589 rapports de violences ont été trouvés, dont 927 avec des blessures au niveau oral et cranio-facial.
- Dans 31,72% des cas, les victimes étaient âgées entre 15 et 25 ans, et dans 33,23% des cas entre 25 et 35 ans.
- 54,69% des femmes ont déclaré être seules, 25,13% ont déclaré être mariées.
- L'agresseur était le partenaire dans 37,43% des cas, le mari dans 19,31% des cas. Le reste incluait des ex-partenaires ou autre membre relatif à la victime.
- L'étude a montré une grande incidence de blessures perpétrées grâce à des instruments contondants, entraînant des ecchymoses chez 28,85% des victimes et des abrasions chez 24,59% des patientes (Figure 22).
- Les lésions extra-orales concernaient surtout la région de la tête, la face et le cou, après surtout une atteinte des orbites (17,14%), cervicale (16,63%) et de la région frontale (12,51%) (Figure 22).

Characteristic	Frequency	Percentage
Injury ^a	1293	100.00
Ecchymosis	373	28.85
Abrasions	318	24.59
Edema	273	21.11
Hematoma	129	9.98
Laceration	124	9.59
Stab wound	29	2.24
Incised wound	9	0.70
Blood boss	9	0.70
Rubefaction	7	0.54
Burn	6	0.46
Bone Fracture	3	0.23
Puncture wound	2	0.15
Others	11	0.85
Extraoral affected regions ^a	1383	100.00
Orbital	237	17.14
Cervical	230	16.63
Frontal	173	12.51
Malar	118	8.53
Labial	117	8.46
Nasal	108	7.81
Parietal	86	6.22
Zygomatic	83	6.00
Auricular	46	3.33
Masseteric	43	3.11
Hemiface	37	2.68
Temporal	35	2.53
Occipital	35	2.53
Mental	32	2.31
Mastoid	3	0.22

Note: ^a The number of lesions and regions does not match the number of studied cases because some cases involve more than one resulting lesion and/or more than one affected region.

Figure 22 : Caractéristiques des lésions extra-orales retrouvées(62)

- Des lésions intra-orales ont été trouvées dans 129 cas, avec des ecchymoses et des abrasions en majorité. La muqueuse labiale était la région la plus affectée. 15 cas de blessures touchant une ou plusieurs dents ont été trouvés, avec une fréquence plus élevée sur l'incisive centrale supérieure (Figure 23).

Characteristic	Frequency	Percentage
Injury	129	100.00
Ecchymosis	43	33.33
Abrasions	22	17.05
Laceration	20	15.50
Dental injury	15 ^b	11.63
Incised wound	10	7.75
Edema	8	6.20
Hematoma	6	4.65
Rubefaction	2	1.55
Stab wound	2	1.55
Bone Fracture	1	0.78
Intraoral affected regions	128	100.00
Labial Mucosa	73	57.03
Teeth	24	18.75
Oral Mucosa	23	17.97
Gum	7	5.47
Upper jaw	1	0.78
affected teeth	24 ^b	100.00
Maxillary central incisor	10	41.67
Maxillary lateral incisor	6	25.00
Mandibular central incisor	3	12.50
Maxillary Canine	3	12.50
Maxillary 1st Premolar	2	8.33
Dental injuries	24	100.00
Dental Fracture	12	50.00
Avulsion	8	33.33
Luxation	3	12.50
Subluxation	1	4.17

Note: ^b As in some cases the aggression affected more than one tooth, the number of people with alveolus-dental involvement (15) was different from the number of injured teeth (24).

Figure 23 : Caractéristiques des lésions intra-orales retrouvées(62)

Conclusion :

Les femmes victimes de violences domestiques sont dans la majorité des cas relativement jeunes et très souvent sans emploi. Le principal agresseur est son partenaire ou conjoint. La région la plus affectée par les blessures est la région cranio-faciale, dont les orbites, les cervical et la région frontale.

Une connaissance plus approfondie des caractéristiques des blessures liées aux violences domestiques est fondamentale, et devrait être diffusée, pour une meilleure prise en charge.

Nelms AP., Gutmann ME., Solomon ES., DeWald JP., Campbell PR., What victims of domestic violence need from the dental profession. Journal of dental education, 2009, 73(4) : 490-498 (63)

Objectif : cette étude visait à déterminer si les victimes de violences conjugales se rendaient dans des cabinets dentaires en présence de signes de violences, si elles étaient interrogées sur leurs blessures, si elles recevaient des recommandations ou de l'aide, si elles voulaient ou non que ces violences soient déclarées ou non, et si elles voulaient en discuter avec le dentiste.

Matériels et méthodes :

- Un sondage de 14 questions a été mis en place et distribué à 15 centres de violences domestiques dans le nord du Texas, entre les mois de mai et juin 2006.
- Une analyse statistique descriptive a été faite, avec les variables suivantes : âge, statut marital, genre, et ethnie. Un test χ^2 a été mené, ainsi qu'un test ANOVA pour déterminer s'il y avait une différence significative entre le statut marital de la victime et les violences, et entre l'âge, l'ethnie et le genre de la victime et la prédisposition à être victime.

Résultats :

- 11 centres sur 15 ont participé, 112 questionnaires ont été retournés pour l'étude (67,8% de réponses).
- Toutes les victimes étaient des femmes. Sur les 112 femmes, 76 ont eu des blessures au niveau de la tête, de la face ou du cou à cause de violences conjugales.
- L'âge moyen des victimes est de 35,7 ans, allant de 20 à 72 ans.
- 42,9% des femmes étaient seules, 33% étaient mariées, et 24,1% divorcées.
- Les principales blessures ont été retrouvées au niveau des lèvres (29%), de la face (21%), du cou (14%), de la langue (5%).
- On retrouvait aussi des dents fracturées (15%), des mâchoires fracturées (7%), des dents expulsées (5%).
- Enfin, on a retrouvé des mâchoires disloquées, des ecchymoses au niveau des yeux, et des nez fracturés.

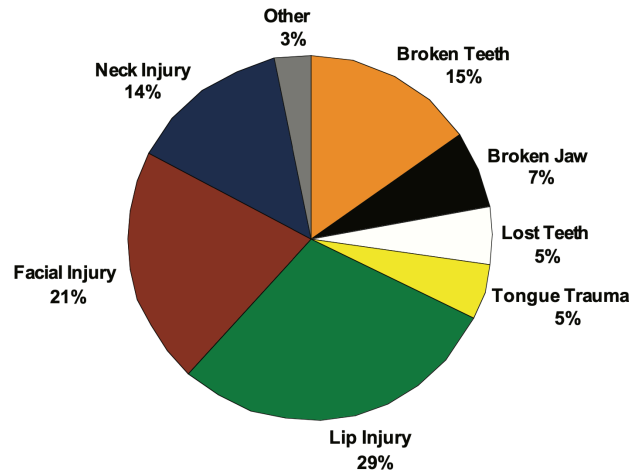


Figure 24 : Répartition des participants à l'étude en fonction de la localisation et du type de blessures retrouvées(63)

Conclusion : Cette étude montre que la majorité des victimes de violences conjugales n'ont eu aucune question à propos de leurs blessures par leur dentiste, alors que les signes étaient là. Les facultés d'odontologie devraient inclure un programme de détection et de prise en charge des victimes de violences conjugales, pour pouvoir mieux accompagner leurs patients par la suite.

Beck SR., Freitag SK., Singer N., Ocular injuries in battered women. *Ophtalmology*, 1996, 103 : 148-151 (64)

Objectif : cette étude permettait d'évaluer la fréquence des violences domestiques chez des femmes reçues dans des services d'urgence d'ophtalmologie, ainsi que de documenter la nature de ces blessures.

Matériels et méthodes :

- Cette étude rétrospective, a recensé toutes les entrées du Wills Eye Hospital Emergency Department de l'hôpital de Philadelphie entre juillet 1992 et décembre 1992.

- Cette étude a ensuite inclus toutes les femmes s'étant présentées avec des blessures. Puis, elles ont été classées en 2 catégories : celles « blessées de façon certaine » par leur mari, petit ami ou fils, et celles « probablement blessées » par leur mari, petit ami ou fils. Les autres cas ont été exclus.
- Des données démographiques ont été récoltées : âge, mécanisme d'attaque, présence d'alcool ou de drogues, grossesse ou non *etc.*

Résultats :

- 8211 visites ont été enregistrées, dont 3672 femmes. 79 violences intentionnelles ont été enregistrées, dont 18 classées en blessures résultant de façon certaine de violences domestiques, et 61 classées en blessures résultant probablement de violences domestiques.
- L'âge moyen des victimes allait de 15 à 90 ans, avec une majorité de patientes entre 20 et 40 ans.
- Sur les 18 cas définis, 9 des agresseurs étaient les petits-amis des victimes, 2 étaient les maris, 3 étaient les fils ou neveux.
- Les blessures les plus retrouvées ont été des contusions de la région périorbitale (76%), des hémorragies subjonctivales (68%), des iritis traumatiques (34%), des microhyphema (28%), des fractures orbitales (14%), des oedèmes de la rétine (11%), des abrasions de la cornée (5%) (Figure 25).

Diagnosis	No. of Patients (%)
Periorbital contusion	60 (76)
Subconjunctival hemorrhage	54 (68)
Traumatic iritis	27 (34)
Microhyphema	22 (28)
Orbital fracture	11 (14)
Comotio retinae	9 (11)
Superficial punctate keratopathy	8 (10)
Corneal abrasion	4 (5)
Ruptured globe	3 (4)
Traumatic hyphema	3 (4)
Conjunctival foreign body	2 (3)
Retinal tear	1 (1)
Posterior vitreous detachment	1 (1)
Canicular laceration	1 (1)
Optic neuropathy	1 (1)

Figure 25 : Distribution des patients de l'étude selon les lésions oculaires retrouvées chez ces victimes(64)

- Les mécanismes des blessures étaient majoritairement des coups de poing (86%), ou des coups avec des objets type bouteille (4%) (Figure 26).
- Chez 3 patients, le coup porté a cassé les lunettes de la victime engendrant des blessures collatérales.

Mechanism of Injury	No. of Patients (%)
Fist	68 (86)
Bottle	3 (4)
Kick	2 (3)
Bat	1 (1)
Brick	1 (1)
Ball	1 (1)
Shoe	1 (1)
Board	1 (1)
Beer can	1 (1)

Figure 26 : Distribution des patients de l'étude en fonction du mécanisme des blessures retrouvées(64)

Conclusion : Selon l'auteur, les ophtalmologistes devraient être plus conscients qu'ils examinent un nombre important de femmes qui sont victimes de violences conjugales. Il est important non seulement de traiter leurs lésions oculaires, mais également d'enquêter sur les violences qu'elles subissent.

Hashemi HM., Beshkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence – a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. Dental Traumatology 2011; 27 : 385-388 (65)

Objectif : Cette étude visait à étudier les fractures maxillo-faciales de patients de Tehran, en Iran, en particulier les fractures liées à des violences conjugales.

Matériels et méthodes :

- Cette étude rétrospective s'étalait entre Juin 2004 et Juin 2006

- Cette étude a été réalisée en étudiant les dossiers de patients présentant des fractures maxillo-faciales qui ont été référés au département de chirurgie orale et maxillo-faciale de l'hôpital Shariati, à Tehran en Iran.
- Les données concernant le patient qui ont été extraites étaient : le genre, l'âge, la cause et la localisation de la fracture. Si la fracture était causée par des violences domestiques, il était noté si la victime avait déjà des antécédents de fractures, ou si le partenaire agresseur était sous l'influence de drogues.
- Un test de Student et un test χ^2 ont été réalisés pour l'analyse statistique.

Résultats :

- Sur 257 patients recensés, 73% étaient des hommes, 27% étaient des femmes. Ils étaient âgés de 2,5 à 81 ans, l'âge moyen était de 33,7 ans,
- Concernant les causes de violences domestiques, toutes les victimes étaient des femmes, ce qui équivaut à 13% de toutes les femmes de l'échantillon, avec un âge moyen de 33,8 ans, avec des âges allant de 22 à 50 ans. 1/3 d'entre elles avaient déjà subies des violences avec antécédents de fractures.
- Les conjoints d'1/3 de ces femmes étaient dépendants à des drogues.
- Dans les fractures les plus courantes dues aux violences domestiques, on retrouvait : les fractures de la mandibule (38%), les fractures dentaires (29%), les fractures zygomatiques (21%), et les fractures nasales (12%). Concernant les fractures au niveau dentaire, on retrouvait : surtout des fractures coronaires (45%), radiculaires (36%), des subluxations (17%), et des intrusions (2%).

Conclusion : La prévalence des violences domestiques en tant que cause des fractures maxillo-faciales est relativement haute chez les femmes. Des stratégies doivent être mises en place au niveau communautaire et au niveau familial pour prévenir et réduire ce type de fractures.

3.4. Discussion

Lors de notre recherche, les articles ressortis étaient très hétérogènes. Les articles retenus pour notre revue systématique étudiaient les signes physiques maxillo-faciaux les plus couramment retrouvés chez les victimes de violences conjugales.

Cependant, un autre groupe d'articles est particulièrement ressorti : dans ces études, un grand nombre de patients avec des traumatismes maxillo-faciaux (précis ou non) étaient recensés, et l'analyse était faite par rapport aux différentes causes qui auraient pu entraîner ces traumatismes, que ce soit par des accidents de voiture, des accidents du travail, des violences urbaines, des violences domestiques. Par exemple, dans l'article de Arangio *et al.*, un échantillon de 400 patients présentant des traumatismes maxillo-faciaux a été recueilli. L'analyse a démontré qu'un certain pourcentage de ces traumatismes était dû à des violences conjugales, cependant elle décrivait les lésions et traumatismes retrouvés parmi tous les patients de l'échantillon, et non uniquement les traumatismes spécifiquement retrouvés chez les patients inclus dans ce pourcentage de violences conjugales(66). Il en est de même pour l'article de Blackhall *et al.*, l'étude de Lou *et al.*, l'étude de Hartzell *et al.*, ainsi que l'article de Gerber *et al.*(67–70). De plus, certains articles traitent de violences interpersonnelles dans son ensemble et ne sont pas concentrées sur les violences conjugales(71,72). Enfin, dans l'article de Ferreira *et al.*, l'échantillon de patients récoltés était divisé en deux catégories : personnes victimes de violences interpersonnelles (que ce soit par des agresseurs connus ou étrangers), et personnes victimes de violences domestiques, qui englobent aussi bien les violences infantiles et sur les personnes âgées, et non spécifiques aux violences conjugales(73).

Dans tous ces articles, nous retrouvons le fait que malgré une cause différente (violences autre que des violences conjugales par exemple), les traumatismes se retrouvent malgré tout localisés très souvent au niveau de la tête, de la face et du cou(66,67,69,70,73).

3.4.1. Analyse de la pertinence des articles sélectionnés

Cette revue systématique de la littérature comporte des biais.

En effet, sur les 317 articles de base, seulement 15 ont été retenus pour analyse, ce qui traduit une pauvreté de la littérature scientifique en ce qui concerne les blessures et traumatismes les plus retrouvés chez les victimes de violences conjugales précisément. Nous avons un biais de sélection important car de nombreux articles (32 au total) n'étaient pas accessibles. Pour notre recherche d'articles, nous avons utilisé trois moteurs de recherche

différents. Une utilisation de plus de moteurs de recherche aurait pu permettre de trouver d'autres articles pertinents pour notre analyse.

Concernant les biais des articles eux-mêmes : le biais général qui ressort le plus est un biais de sélection.

En effet dans les échantillons sélectionnés dans les études, il faut se poser la question du nombre de femmes qui ne sont pas venues se présenter à l'hôpital suite à des blessures dues à des violences conjugales. Comme décrit dans l'article de De Castro *et al.*, la récolte d'informations pour leur étude a été basée sur des rapports spontanées des femmes victimes, ce qui minimise la proportion totale de femmes victimes de violences conjugales(62).

Certaines victimes évitent de parler des violences qu'elles subissent, ne le mentionnent pas ou mentent directement. Beaucoup d'entre elles ne peuvent donc pas recevoir les soins adéquats pour leurs blessures(74). Elles se taisent sur les violences subies souvent par peur, menaces de leur agresseur, par honte et culpabilité(56,75). Ces femmes pensent souvent qu'elles ont échoué dans leur rôle de femme et de mère, et qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive(56). Le fait de ne pas réagir à ces attaques ne fait que perpétuer le cercle vicieux dans lequel elles se trouvent, et accentuent la dépendance qu'elles ont envers leur conjoint, que ce soit une dépendance émotionnelle, financière, ou pour leurs enfants(56).

Parfois, les récits des événements ne sont pas compatibles avec les blessures retrouvées. De plus, s'il y a un certain délai passé entre le moment où la patiente a été blessée et le moment où elle vient consulter pour ses blessures, il est nécessaire de se poser des questions quant à d'éventuelles violences qu'elle aurait subies(56).

Ensuite, dans certains articles sélectionnés, le nombre de patients recueillis dans l'échantillon est assez faible, et la période de récolte des données est également assez réduite. Par exemple, Boyes et al. n'ont sélectionné que 18 patients victimes de violences conjugales, et les données ont été recueillies pendant une période de 18 mois, cela n'est probablement pas représentatif du nombre réel de victimes de violences conjugales, il tend à être sous-estimé(59). Toujours dans cette étude, les victimes avec des blessures mineures étaient reçues dans un autre service que celui dans lequel les informations ont été puisées pour rédiger l'article, ce qui constitue aussi un biais(59).

Enfin, certains articles sont anciens (publiés il y a plus de 10 ans). Les données actuelles, l'évolution de la société et l'ère féministe que nous traversons, qui questionne sur la place de

la femme dans la société ainsi que l'égalité (ou plutôt la non égalité) homme-femme, a peut-être eu un impact sur les chiffres concernant les violences conjugales, même si celles-ci restent encore beaucoup trop présentes et d'actualité.

3.4.2. Analyse critique des articles

L'analyse critique des articles a permis de mettre en évidence chez les victimes de violences conjugales une localisation préférentielle des blessures au niveau de la face, avec des lésions spécifiques des tissus durs et mous. De plus, cette étude a mis en évidence d'autres facteurs comme les mécanismes d'attaque les plus fréquemment retrouvés, la répétitivité des violences, l'âge des victimes, la relation entre la victime et son agresseur, les autres parties du corps touchées, ainsi que le rôle des chirurgiens-dentistes dans la détection de ces violences.

3.4.2.1. Localisation préférentielle des blessures

Les articles sélectionnés pour cette revue systématique de la littérature ont montré que les blessures dues à des violences conjugales sont surtout retrouvées au niveau de la tête et du cou.

En effet, Perciaccante *et al.* ont démontré que 34% des 100 femmes incluses dans leur étude présentaient des blessures liées à des violences conjugales, et sur ces 34 victimes, 31 présentaient des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou(50).

Dans une autre étude, Perciaccante *et al.* ont aussi trouvé dans leur analyse que sur les 300 femmes de leur échantillon, 47,7% présentaient des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou. Des 97 patientes ayant déclarées être victimes de violences conjugales, 90 avaient des blessures à la tête, au cou et à la face(51).

L'article de Pawa *et al.*, menée à Jodhpur en Inde, a démontré que sur leur échantillon de 150 patientes victimes de violences, 82,7% des victimes présentaient des blessures à la tête et de la face(52).

L'étude de Dourado *et al.* montre quant à elle que sur un échantillon de 326 victimes de violences, 63,2% présentaient des blessures au niveau de la tête et du cou(53).

Dans l'étude de Petridou *et al.*, 62% des 312 femmes sélectionnées présentaient des blessures au niveau de la tête et de la face(54).

Concernant la localisation plus précise au niveau de la face, les articles sélectionnés ont permis de mettre en évidence que le tiers moyen de la face était le plus touché (69% des cas de l'étude de Le et al.(76)). Ce propos est confirmé dans l'étude de Saddki et al(60). L'étude de Wong et al., quant à elle démontre que les blessures du tiers supérieur de la face et de l'arrière de la tête étaient significativement associées à une attaque par coup de poing, et les blessures du tiers médian étaient plutôt associés à des gifles(61).

Très souvent, nous voyons que l'agresseur frappe au visage de la victime. Ceci peut être lié au fait que le visage étant l'identité de la personne, l'agresseur veut diminuer l'estime de soi de sa victime, et l'humilier. Comme le souligne Saddki et al. dans leur article, le visage est la partie la plus visible du corps et la plus unique, elle contribue à l'image de soi et à l'estime de soi d'un individu(60). Ce propos a été discuté dans de nombreux articles(62). Par exemple, dans l'étude de Dourado et al., plusieurs patientes ont été interrogées quant à la localisation de leurs blessures, et il en est ressorti un sentiment d'humiliation de honte, vis-à-vis des autres mais aussi vis-à-vis d'elles-mêmes(53).

3.4.2.2. Lésions retrouvées au niveau des tissus durs et mous du massif facial

Cette revue a permis de mettre en évidence les différentes sortes de traumatismes et blessures retrouvées le plus couramment chez les victimes de violences conjugales, au niveau de la tête, de la face et du cou.

3.4.2.2.1. *Tissus mous*

Dans l'étude de Zachariades et al., sur l'échantillon de 51 cas de violences par des hommes, 11% des blessures les plus retrouvées étaient des ecchymoses(56).

Dans l'étude de Le et al., sur 236 femmes victimes de violences conjugales, 257 contusions et abrasions ont été retrouvées et 70 lacérations, la plupart se trouvant au niveau de la face. Les blessures les plus retrouvées au niveau des tissus mous étaient des contusions de la région maxillo-faciale dans 61% des cas, et 17% des patientes présentaient également des lacérations faciales assez importantes(76).

Dans l'étude de Boyes et al., sur l'échantillon de 18 patients victimes de violences conjugales (14 femmes et 4 hommes), des lacérations ont été retrouvées chez 15 patients(59).

L'article de Saddki et al., montre que sur les 242 cas récoltés de violences conjugales, 50,4% ont des blessures au niveau de la région maxillo-faciale, dont 89,4% des blessures

concernant les tissus mous, avec des contusions dans 66,4% des cas, 13,1% d'abrasions, et 8,2% de lacérations(60).

Dans l'étude de Wong *et al.*, nous voyons que parmi les 223 cas de femmes victimes de violences, des blessures à la tête et au cou étaient présentes chez 77,6%, et affectaient le plus souvent les tissus mous (contusion, abrasion, gonflement, érythème, hématome, lacération, épistaxis)(61).

Dans l'étude de De Castro *et al.*, sur les 927 femmes recensées avec des blessures au niveau oral et cranio-facial, 28,85% présentaient des ecchymoses et 24,59% des abrasions. Sont aussi retrouvés des oedèmes chez 21,11% des patientes, des hématomes chez 9,98%, et des lacérations chez 9,59%. Des lésions intra-orales ont également été retrouvées avec surtout des abrasions et des ecchymoses, surtout au niveau de la muqueuse labiale(62).

Dans l'étude de Nelms *et al.*, sur 112 femmes incluses dans l'étude, 76 ont eu des blessures au niveau de la tête, de la face et du cou à cause de violences conjugales, avec 29% de blessures au niveau des lèvres, 21% au niveau de la face, 14% au niveau du cou et 5% au niveau de la langue. Des ecchymoses au niveau des yeux ont également été retrouvées(63).

Enfin, dans l'étude de Beck *et al.*, sur les 79 femmes recensées pour l'étude et ayant probablement subi des violences, 76% présentaient des contusions au niveau de la région orbitaire, 68% des hémorragies subconjonctivales, 34% des traumatismes de l'iris. 28% des hyphèmes(64).

Les blessures des tissus mous sont les blessures les plus fréquemment retrouvées chez les victimes de violences conjugales, avec surtout des ecchymoses, des contusions, des abrasions et des lacérations maxillo-faciales.

3.4.2.2.2. Tissus durs

Dans l'étude de Zachariades *et al.*, sur les 51 cas nous avons retrouvés 39% de patientes avec la mandibule fracturée, 10% avec des fractures des zygomatiques, 2% de cas avec fracture de la cloison nasale. Dans un cas, il y a eu des fractures des procès alvéolaires, et dans un cas, une fracture Le Fort III (fracture qui disjoint dans son ensemble le massif facial avec le maxillaire, les zygomatiques et la région nasale, de la base du crâne, en brisant de part et d'autre l'os nasal à la jonction fronto-nasale, le processus frontal du maxillaire, les parois médiale et latérale de l'orbite, le processus temporal de l'os zygomatique, le processus ptérygoïde)(56).

Dans l'étude de Porter *et al.*, nous retrouvons sur 8126 patients victimes de violences conjugales 1352 cas de fractures, dont 50% avec des fractures faciales (fractures nasales les plus courantes, fractures orbitaires, fractures de la mandibule, fracture de la base et/ou de la voûte crânienne)(57).

Dans l'étude de Le *et al.*, sur les 236 patients nous retrouvons 30% de patients avec des fractures faciales (dont 40% de fractures nasales). Des fractures simples mandibulaires ont été retrouvées dans 17% des cas, des doubles fractures dans 2 cas et des fractures quadruples dans 1 cas(76).

Dans l'étude de Boyes *et al.*, sur les 18 patients analysés, 8 patients avaient au moins une fracture : 4 cas avec fracture du complexe alvéolo-dentaire, 3 cas avec fracture orbitaire, 3 cas avec fracture du complexe zygomatique-maxillaire, 3 cas avec fracture nasale, et 2 cas avec fracture mandibulaire(59).

Dans l'étude de Saddki *et al.*, aucune fracture n'a été retrouvée chez les patients de l'échantillon(60).

Dans l'étude de Wong *et al.*, sur les 223 cas retenus, nous avons retrouvés quelques cas de dents expulsées(61).

L'étude de De Castro *et al.*, quant à elle nous montre qu'au niveau des tissus durs, quelques fractures ont été retrouvées, ainsi que des traumatismes touchants plus particulièrement les incisives centrales supérieures, puis les incisives latérales supérieures, avec en particulier des fractures dentaires dans 50% des cas de dents traumatisées, des avulsions dans 33,33%, et des luxations dans 12,5%(62).

Dans l'étude de Nelms *et al.*, sur les 76 patientes victimes, nous avons retrouvés des dents fracturées dans 15% des cas, des mâchoires fracturées chez 7% des patientes, et des dents expulsées dans 5% des cas. Des mâchoires disloquées et des fractures nasales ont aussi été observées(63).

Dans l'étude de Beck *et al.*, sur les 79 cas de violences, 14% des victimes présentaient des fractures orbitaires(64).

L'article de Hashemi *et al.*, démontre que les victimes de violences conjugales présentaient le plus souvent des fractures de la mandibule (38%), des fractures dentaires (29%), des fractures des zygomatiques (21%) et des fractures nasales (12%)(65).

Concernant les tissus durs, les blessures les plus retrouvées sont donc les fractures nasales, les fractures orbitales, les fractures de la mandibule et des os zygomatiques. Les arcades dentaires sont aussi fréquemment touchées, avec des fractures des incisives maxillaires.

Ces études permettent d'identifier les caractéristiques des blessures retrouvées chez les patientes victimes de violences conjugales(54), et elles suggèrent qu'une femme avec des traumatismes au niveau de la tête, de la face et du cou a sept fois plus de risque d'être une victime de violences conjugales qu'une femme avec des blessures limitées à d'autres parties du corps(50,59).

Nous voyons donc que les victimes de violences conjugales risquent de graves fractures et une prise en charge plus lourde par la suite.

3.4.2.3. Les autres facteurs à prendre en compte

3.4.2.3.1. *Mécanismes d'attaque*

Dans toutes les études sélectionnées, le mécanisme d'attaque qui ressort le plus souvent est le coup de poing. Ils ont été retrouvés chez 36 victimes dans l'étude de Zachariades *et al.*(56)., dans 67% des cas dans l'étude de Le *et al.*(76), chez 13 patients dans l'étude de Boyes *et al.*(59), et dans 59% des cas dans l'étude de Saddki *et al.*(60).

L'utilisation d'armes revient très souvent également(56,59,60,76).

3.4.2.3.2. *Des violences répétées*

Nous pouvons remarquer que pour la plupart des victimes citées dans nos articles, ce n'est pas le premier épisode de violence auquel elles sont confrontées. En effet pour Le *et al.*, 66% des femmes de leur étude avaient déjà reporté des violences de la part de leur conjoint(76), et dans l'étude de Saddki *et al.*, ce sont 85,5% des victimes qui avaient déjà connus un épisode de violence auparavant(60). Dans l'étude de Wong *et al.*, c'est plus de la moitié des patientes incluses dans l'analyse qui avaient déjà subi des épisodes de violences(61).

3.4.2.3.3. *L'âge des victimes*

Un des éléments qui est ressorti de nos études, est ce que souvent ces violences conjugales sont subies par des femmes assez jeunes. Selon l'étude de Perciaccante *et al.*, l'âge moyen des victimes est d'environ 36,5 ans, plus ou moins 14,4ans(50). Dans l'étude de Dourado *et al.*, 77,9% des victimes ont entre 20 et 39 ans(53). Dans l'étude de Petridou *et al.*, la moitié des victimes ont entre 30 et 39 ans. Des blessures reportées chez des femmes

entre 30 et 39 ans ont plus de deux fois plus de risques d'être des blessures dues à des violences conjugales(54). Dans l'étude de Le *et al.*, l'âge moyen des femmes victimes est de 31,4 ans(76). Dans l'étude de Boyes *et al.*, nous retrouvons surtout des femmes âgées en moyenne de 28 ans(59). Enfin dans l'article de De Castro *et al.*, 31,72% des victimes étaient âgées entre 15 et 25 ans, et 33,23% entre 25 et 35 ans(62).

3.4.2.3.4. *La relation entre la victime et son agresseur*

Plusieurs articles ont démontré que l'agresseur est souvent le conjoint de la victime. L'étude de Zachariades *et al.*, ainsi que l'étude de Saddki *et al.*, le montre, avec plus de la moitié des femmes mariées à leur agresseur pour la première(56), et 83,5% de femmes dont l'agresseur était le conjoint dans la deuxième(60).

Les femmes étant en concubinage mais non mariée à l'agresseur, ou les femmes venant de se séparer de leur conjoint, ont plus de risques d'être victimes de violences. L'étude de Le *et al.*, montre en effet que 78% des patientes de l'échantillon étaient séparées ou divorcées(76). L'étude de Nelms *et al.*, quant à elle a démontré que 42,9% des femmes de l'échantillon étaient seules, 24,1% divorcées et 33% mariées(63). Plusieurs autres études ont montré qu'une séparation après une cohabitation est associée à un risque plus élevé de violences, voire d'homicide(77–79).

Tout ceci démontre bien la place attribuée aux femmes dans une société patriarcale, et les violences conjugales concernent plus de personnes que ce que l'on pense(56).

3.4.2.3.5. *Les autres parties du corps touchées*

Dans les articles sélectionnés, plusieurs auteurs ont montré que les blessures et traumatismes engendrés peuvent être localisés sur d'autres parties du corps que la face. Porter *et al.*, ont montré que certaines victimes présentaient aussi des fractures des côtes, du sternum et des extrémités (avec des fractures du radius et de l'ulna en particulier). Ils ont également trouvé des fractures des vertèbres lombaires, cervicales, dorsales et sacrées. Ces fractures auraient pu arriver à cause d'une chute pendant l'attaque, ou d'une défense de la victime(57).

Le *et al.*, ont quant à eux démontré des contusions au niveau de la poitrine, des mains et des bras, et des lacérations très présentes également au niveau des bras et des mains(76). Dans l'étude de Saddki *et al.*, nous retrouvons également un certain nombre de lésions au niveau des membres, de la poitrine et du dos des victimes(60).

Les articles insistent aussi sur le fait que très peu de femmes vont porter plainte suite à leurs blessures. Pewa *et al.*, dans leur article, ont noté que 12,7% des femmes de leur échantillon ont rapporté les faits à la police. Les femmes ont été conditionnées pour accepter, tolérer et rationaliser les violences conjugales, et préfèrent garder le silence sur les violences subies car elles craignent la stigmatisation sociale pour elles et leurs familles(52).

3.4.2.3.6. *Le rôle du chirurgien-dentiste*

Les chirurgiens oraux, maxillo-faciaux et les dentistes sont souvent en première position pour détecter ces violences, il est important qu'ils puissent comprendre les mécanismes des violences, qu'ils sachent en discuter avec les patientes reçues, et qu'ils puissent offrir l'aide nécessaire à ces victimes(56). Or des études antérieures ont montré que les praticiens de santé n'ont généralement pas les connaissances requises pour identifier et gérer les victimes de violences conjugales(80–83). En effet, ils ont des difficultés à poser des questions sensibles aux victimes, ne sont pas forcément au courant des organisations qui aident à la prise en charge de ces victimes, et manquent de formations concernant des protocoles de détection de violences conjugales(53,54,84).

De plus, au travers des articles, nous avons notés que les départements accueillants et recensant les victimes pour l'étude ne comportait pas d'odontologiste légal dans l'équipe médicale, ce qui pourrait amener à des sous-estimations ou des erreurs sur les lésions de la région orale(62).

Une formation appropriée des équipes médicales devrait être mise en place pour permettre un meilleur dépistage de ces victimes(85). Comme le montre Porter *et al.*, dans leur article, parfois avoir un membre du corps médical du même genre que la victime pourrait aider les victimes à en parler plus facilement(57).

Enfin, les facultés d'odontologie devraient mettre en place des formations sur comment reconnaître une victime de violences conjugales, et comment l'accompagner et lui apporter de l'aide(63).

CONCLUSION

Grâce à cette analyse de la littérature, nous avons pu comprendre que très souvent, les victimes de violences physiques conjugales présentent très souvent des blessures et traumatismes au niveau de leur tête, de leur face et de leur cou. En effet, le visage étant le reflet de l'identité d'une personne et de son estime, frapper à cet endroit permet à l'agresseur de baisser cette estime de soi et de continuer à garder cette domination sur sa victime.

Nous avons pu également décrire les mécanismes d'attaque qui ont engendré ces blessures. La plupart du temps, l'agresseur utilise son poing pour frapper la victime au visage, entraînant majoritairement des blessures des tissus mous, mais pouvant entraîner des fractures importantes, au niveau maxillo-facial ainsi qu'au niveau dentaire.

De plus, les victimes étant souvent jeunes, nous pouvons comprendre ici qu'elles sont souvent vulnérables et dépendent très vite de leur agresseur, que ce soit sur le plan économique comme sur le plan émotionnel. Ce qui les amène à rester avec leur partenaire, même quand elles subissent régulièrement des violences. Ces victimes vivent dans la honte et la peur, il a été démontré que certaines victimes qui se séparent de leur agresseur ont plus de risques de subir des violences, qui peuvent parfois être mortelles.

Ces articles ont pu enfin accentuer le fait que les chirurgiens-dentistes ainsi que les chirurgiens oraux et maxillo-faciaux sont très souvent en première ligne pour détecter ces violences. Cependant en pratique, très peu enclenchent les protocoles nécessaires pour prendre en charge les victimes et pour leur fournir des informations. Très souvent, c'est par un manque de formations et de connaissance sur le sujet, mais aussi car ils ont peur d'offenser les victimes. Heureusement, des formations à destination des chirurgiens-dentistes se mettent de plus en plus en place en France pour permettre une meilleure prise en charge des victimes, ainsi que dans les facultés d'odontologie. Il serait judicieux que dès les premières années d'études, les étudiants soient informés quant aux procédures à mettre en place pour accompagner au mieux les victimes, pour que ce geste soit intégré et devienne plus facile au cours de leur externat et dans leur future pratique.

Malgré tout, les violences conjugales et plus globalement les violences faites aux femmes sont un problème sociétal directement lié aux rapports de genre au sein de notre société. Comme l'écrit Lauren Bastide dans son livre « Présentes », sorti en 2020, depuis toujours, la place de la femme, que ce soit dans l'espace public, au travail, ou à la maison, est

constamment remise en question, car nous vivons dans une société basée sur un système de valeur patriarcale qui laisse très peu de place à une égalité totale entre femmes et hommes. Le chemin sera long à parcourir mais il faudrait repenser ces systèmes en faveur d'une vraie égalité entre les genres.

BIBLIOGRAPHIE

1. McAndrew M, Marin MZ. Role of dental professional identification and referral of victims of domestic violence. *N Y State Dent J*. janv 2012;78(1):16-20.
2. García Moreno C, Organisation mondiale de la santé. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO; 2005.
3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 15 oct 2016;94(8):646-51.
4. Carmo R, Grams A, Magalhães T. Men as victims of intimate partner violence. *J Forensic Leg Med*. 1 nov 2011;18(8):355-9.
5. Vacher A. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. :34.
6. Hegarty K, Roberts G. How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. *Aust N Z J Public Health*. févr 1998;22(1):49-54.
7. Simon S. Les violences faites aux femmes : une implication de tous. *Wwwem-Premiumcomdatarevues12938505v63i205S1293850514003224* [Internet]. 6 nov 2014 [cité 5 nov 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/935997/resultatrecherche/8>
8. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
9. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13099.
10. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health*. oct 2005;59(10):818-21.
11. Duran S, Eraslan ST. Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. *JPMA J Pak Med Assoc*. janv 2019;69(1):53-7.
12. Falcke D, Boeckel M, Wagner A. Violência conjugal: mapeamento do fenômeno no Rio Grande do Sul. *Psico*. 22 juin 2017;48:120.
13. Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM. Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain Behav*. 2019;9(11):e01430.
14. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC* 2002. 5 sept 2014;63(8):1-18.
15. Risk and Protective Factors|Intimate Partner Violence|Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. 2020 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>
16. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 5 oct 2002;360(9339):1083-8.

17. Chang JC. Intimate partner violence: How you can help female survivors. *Cleve Clin J Med*. 1 juill 2014;81(7):439-46.
18. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 7 sept 2013;382(9895):859-65.
19. Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France. Paris: La Documentation française; 2003. (Droits des femmes).
20. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
21. Ministère de l'Intérieur M de. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
22. Schluter PJ, Paterson J, Feehan M. Prevalence and concordance of interpersonal violence reports from intimate partners: findings from the Pacific Islands Families Study. *J Epidemiol Community Health*. 1 juill 2007;61(7):625-30.
23. Muelleman RL, Burgess P. Male Victims of Domestic Violence and Their History of Perpetrating Violence. *Acad Emerg Med*. 1998;5(9):866-70.
24. Ard KL, Makadon HJ. Addressing Intimate Partner Violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *J Gen Intern Med*. 1 août 2011;26(8):930-3.
25. Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings From the National Violence Against Women Survey [Internet]. National Institute of Justice. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://nij.ojp.gov/library/publications/extent-nature-and-consequences-intimate-partner-violence-findings-national>
26. LCSW HSKP, LPC JWP, BA HFB, MA D de la B, LCSW JL. A Review of Research on Violence in Same-Gender Couples. *J Homosex*. 1 sept 2007;53(4):71-87.
27. McClennen JC. Domestic Violence Between Same-Gender Partners: Recent Findings and Future Research. *J Interpers Violence*. 1 févr 2005;20(2):149-54.
28. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med*. nov 1996;28(5):486-92.
29. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. *Am J Emerg Med*. 1 mars 1998;16(2):128-31.
30. Drossman DA. Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. *Scand J Gastroenterol*. 1 janv 1995;30(sup208):90-6.
31. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic Violence Against Women: Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. *JAMA*. 14 juin 1995;273(22):1763-7.

32. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
33. Le dispositif Téléphone grave danger (TGD) [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/le-dispositif-telephone-grave-danger-tgd-30752.html>
34. Mémo de vie - Protéger vos documents et vos témoignages [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://memo-de-vie.org/>
35. Tchat - Comment on s'aime - En avant toute(s) [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: </j-ai-besoin-d-aide/le-tchat/>
36. Allen M. Domestic Violence: The Florida Requirement [Internet]. NetCE. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=1846;scrollTo=BEGIN>
37. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int*. 10 sept 2010;201(1-3):68-73.
38. Coulthard P, Warburton AL. The role of the dental team in responding to domestic violence. *Br Dent J*. 8 déc 2007;203(11):645-8.
39. Senn DR, McDowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse, and neglect. *Dent Clin North Am*. avr 2001;45(2):343-63, ix.
40. Family Violence Prevention Fund. Enhancing Dental Professionals' Response to Domestic Violence [Internet]. <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/dental.pdf>. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/dental.pdf>
41. Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *J Am Dent Assoc* 1939. oct 2012;143(10):1087-92.
42. Abel SN, Bhoopathi V, Herzig K, Godoy MT, Kowal HC, Gerbert B. The impact of an oral health program on domestic violence survivors within community shelters. *J Am Dent Assoc* 1939. déc 2013;144(12):1372-8.
43. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 10 août 2002;325(7359):314.
44. Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/brochure-violentometre>
45. Outils de formation sur les violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#les_violences_au_sein_du_couple0
46. Les outils de communication | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-communication>
47. Violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple#ce_que_dit_la_loi2

48. Article 515-9 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039778133/2019-12-30
49. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.
50. Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 juill 1999;57(7):760-2.
51. Perciaccante VJ, Carey JW, Susarla SM, Dodson TB. Markers for Intimate Partner Violence in the Emergency Department Setting. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 juin 2010;68(6):1219-24.
52. Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B. Occurrence of domestic violence among women and its impact on oral health in Jodhpur City. *J Contemp Dent Pract.* 01 2015;16(3):227-33.
53. Dourado S de M, Noronha CV. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Cienc Saude Coletiva.* sept 2015;20(9):2911-20.
54. Petridou E. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev.* 1 sept 2002;8(3):197-201.
55. Halpern LR, Susarla SM, Dodson TB. Injury Location and Screening Questionnaires as Markers for Intimate Partner Violence. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 sept 2005;63(9):1255-61.
56. Zachariades N, Koumoura F, Konsolaki-Agouridaki E. Facial trauma in women resulting from violence by men. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 déc 1990;48(12):1250-3.
57. Porter A, Montgomery CO, Montgomery BE, Eastin C, Boyette J, Snead G. Intimate Partner Violence-Related Fractures in the United States: an 8 Year Review. *J Fam Violence.* oct 2019;34(7):601-9.
58. Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* nov 2001;59(11):1277-83; discussion 1283-1284.
59. Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1 févr 2020;58(2):185-9.
60. Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 23 mai 2010;10:268.
61. Wong JY-H, Choi AW-M, Fong DY-T, Wong JK-S, Lau C-L, Kam C-W. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health.* 10 janv 2014;14:6.
62. De Castro TL, Ribeiro Tinoco RL, Correia Lima LN, da Silveira Costa LR, Franceschini Junior L, Daruge Junior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *Violência Contra Mulher Características Lesões Cabeça E Pescoço.* avr 2017;65(2):100-8.
63. Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, Dewald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from the dental profession. *J Dent Educ.* avr 2009;73(4):490-8.
64. Beck SR, Freitag SK, Singer N. Ocular Injuries in Battered Women. *Ophthalmology.* 1 janv 1996;103(1):148-51.

65. Hashemi HM, Beshkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence--a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol.* oct 2011;27(5):385-8.
66. Arangio P, Vellone V, Torre U, Calafati V, Capriotti M, Cascone P. Maxillofacial fractures in the province of Latina, Lazio, Italy: Review of 400 injuries and 83 cases. *J Cranio-Maxillofac Surg.* juill 2014;42(5):583-7.
67. Blackhall KK, Downie IP, Ramchandani P, Kusanale A, Walsh S, Srinivasan B, et al. Provision of Emergency Maxillofacial Service During the COVID-19 Pandemic : A Collaborative Five Centre UK Study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* juill 2020;58(6):698-703.
68. Lou Z-C, Lou Z-H, Zhang Q-P. Traumatic tympanic membrane perforations: a study of etiology and factors affecting outcome. *Am J Otolaryngol.* 1 sept 2012;33(5):549-55.
69. Gerber B, Ahmad N, Parmar S. Trends in maxillofacial injuries in women, 2000–2004. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1 juill 2009;47(5):374-7.
70. Hartzell KN, Botek AA, Goldberg SH. Orbital Fractures in Women due to Sexual Assault and Domestic Violence. *Ophthalmology.* 1 juin 1996;103(6):953-7.
71. Rodrigues LG, Barbosa KGN, Silva CJ de P, Alencar GP, D'ávila S, Ferreira EF e, et al. Trends of maxillofacial injuries resulting from physical violence in Brazil. *Dent Traumatol.* févr 2020;36(1):69-75.
72. Bernardino ÍM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EFE, d'Ávila S. Interpersonal violence, circumstances of aggressions and patterns of maxillofacial injuries in the metropolitan area of Campina Grande, State of Paraíba, Brazil (2008-2011). *Cienc Saude Coletiva.* sept 2017;22(9):3033-44.
73. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira F de O, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol.* févr 2014;30(1):15-21.
74. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg.* févr 2009;11(1):48-52.
75. Gracia E. Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition. *J Epidemiol Community Health.* juill 2004;58(7):536-7.
76. Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg.* nov 2001;59(11):1277-83.
77. Logan TK, Walker R. Separation as a risk factor for victims of intimate partner violence: beyond lethality and injury: a response to Campbell. *J Interpers Violence.* déc 2004;19(12):1478-86.
78. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J Interpers Violence.* déc 2007;22(12):1495-514.
79. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health.* juill 2003;93(7):1089-97.
80. Othman S, Mat Adenan NA. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pac Fam Med.* 29 sept 2008;7(1):2.

81. Aksan HAD, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health*. 13 déc 2007;7:350.
82. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 26 sept 2006;6:238.
83. Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN Am J Matern Child Nurs*. août 2007;32(4):238-43.
84. Davis RE, Harsh KE. Confronting barriers to universal screening for domestic violence. *J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs*. déc 2001;17(6):313-20.
85. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):226-39.

ANNEXE

Annexe 1: résultats de la revue systématique de la littérature

REF	MATÉRIELS ET MÉTHODES	RÉSULTATS
(50)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 femmes de plus de 15 ans, s'étant présentées aux urgences du Grady Memorial Hospital d'Atlanta - Données récoltés entre avril 1993 et septembre 1996. <p><u>Variables enregistrées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 groupes : blessures tête face et cou / autres parties du corps - 2 causes : violences domestiques / autres - Autres : âge, type de blessure, score ISS (Injury severity score) <p>Tests statistiques menés.</p>	<p><u>% de victimes violences conjugales</u> : 34 cas de blessures dues à des violences domestiques</p> <p><u>Age</u> : 40 ans en moyenne</p> <p><u>Localisation des blessures</u> : 31 victimes sur 34 avec traumatismes tête face et cou.</p>
(51)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 300 femmes de plus de 18 ans qui se sont présentées au centre de traumatismes du Grady Memorial Hospital d'Atlanta. - Données récoltées entre avril et août 2001 <p><u>Variables enregistrées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 groupes : blessures tête face et cou / autres - 2 questionnaires : PVS et WAST - Autres : âge, score ISS <p>Tests statistiques menés.</p>	<p><u>Localisation des blessures</u> : tête face et cou présentes chez 47,7% des patientes.</p> <p><u>% de victimes de violences conjugales</u> : Parmi les patientes avec des blessures tête face et cou : 90 sur 143 étaient victimes de violences conjugales</p> <p><u>Âge</u> : 36,5ans en moyenne</p> <p>Questionnaires de détection positifs pour 43 à 52% des patientes</p>
(52)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 150 patientes de plus de 18 ans recensées à partir d'une base de données des femmes mariées et victimes de violences à Jodhpur, en Inde. - critères d'inclusion : femmes mariées de plus de 18 ans, et vivant depuis au moins 1 an avec leur conjoint - Données récoltées entre janvier et février 2014. - Questionnaires de détection distribués aux victimes 	<p><u>Localisation des blessures</u> : 82,7% des victimes présentaient des blessures à la tête, dont 17,3% au niveau de la face.</p> <p>Aucune victime n'a consulté de chirurgien-dentiste après l'agression.</p>
(53)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 326 femmes âgées d'entre 18 et 59 ans, qui se sont présentées au Special Police Department for Women au Salvador (Bahia) pour rapporter les violences subies de leur partenaire. - Données récoltées entre 2002 et 2008 <p><u>2^e partie de l'étude</u> : recueil de témoignages de ces femmes qui ont subi des violences conjugales.</p>	<p><u>Localisation des blessures</u> : 63,2% des victimes présentaient des blessures tête face et cou.</p> <p><u>Age</u> : 77,9% des victimes avaient entre 20 et 39 ans.</p> <p>Ressenti des patientes : honte, humiliation</p>
(54)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 312 cas de femmes (et 39 hommes) victimes de violences conjugales, enregistrées depuis les données de l'Emergency Department Injury Surveillance System (données récoltées dans 2 services d'urgence d'hôpitaux de Grèce), âgées de 19ans minimum 	<p><u>Age</u> : Près de 50% des femmes avaient entre 30 et 39 ans, 1/5^e de moins de 30 ans.</p> <p><u>Localisation des blessures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour 62% des femmes, blessures retrouvées au niveau de la tête face et cou, avec 72% de contusions, 18% de

	<p>- Données recueillies entre 1996 et 1998.</p> <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - genre, - nationalité, - type de blessures : type, localisation, nombre <p>Tests statistiques séparés par genre.</p>	<p>concussions, 4% de fractures et 5% de dislocations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hommes : blessures essentiellement retrouvées au niveau de la tête et la face, mais aucune fracture ni dislocation.
(55)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 200 femmes de plus de 18 ans, qui se sont présentées au service d'urgences du Massachusetts General Hospital pour des blessures sans étiologie vérifiable - Données recueillies entre novembre 2001 et juin 2003. <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - ethnie, - localisation de la blessure (tête et cou ou autre), - questionnaires de détection : <ul style="list-style-type: none"> • PVS • Short WAST <p>Tests statistiques</p>	<p><u>Localisation des blessures :</u> la proportion de femmes présentant des blessures tête face et cou, et déclarée victime de violences est plus importante que la proportion de femmes avec des blessures autres que tête face et cou.</p> <p>100 femmes avec le PVS, et 100 avec le short WAST : pas de différence significative entre les deux questionnaires.</p>
(56)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2308 femmes avec traumatismes maxillo-faciaux liées directement ou non à des violences par des hommes. - données recueillies entre juin 1986 et mai 1989 	<p><u>Age :</u> 546 étaient des femmes entre 16 et 62 ans, dont 51 cas étaient directement liés à des violences par des hommes, 6 cas indirectement liés.</p> <p><u>Relation victime-agresseur :</u> dans 26 cas, l'agresseur était le mari ou partenaire de la victime</p> <p><u>Mécanisme d'attaque :</u> dans 36 cas le coup a été porté avec les mains</p> <p><u>Localisation et types de blessures :</u> Les blessures les plus retrouvées étaient des hématomes (21,6%), des fractures de la mandibule (39%), des fractures des zygomatiques (10%), fractures de la cloison nasale (2%), un cas de fracture des procès alvéolaires, un cas de fracture Le Fort III.</p>
(57)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 millions de traumatismes d'adultes de plus de 18 ans récoltés à partir de la National Trauma Data Bank research dataset - Données récoltées entre 2007 et 2014. - 8126 cas de patients victimes de violences conjugales <p>Tests statistiques</p>	<p><u>Localisation et types de blessures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% des patients ont des fractures faciales : nasales, orbitales, mandibulaires, maxillaires - 154 patients avec fracture de la base du crâne - 88 patients avec fracture de la voûte crânienne
(58)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 236 patientes traitées dans le service de traumatologie du Legacy Emanuel Hospital à Portland pour des blessures liées à des violences conjugales. - Données récoltées entre janvier 1992 et décembre 1996 <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - type de blessure (localisation et nature), 	<p><u>Age :</u> 31,4 ans en moyenne</p> <p><u>Relation victime-agresseur :</u> 66% des victimes avaient déjà reportés des actes de violences de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. 78% étaient séparées ou divorcées.</p> <p><u>Localisation et types de blessures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Blessures des tissus mous de la région maxillo-faciale (61%)

	<ul style="list-style-type: none"> - mécanismes d'attaque, - traitements. <p>Tests statistiques : χ^2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiers moyen de la face le plus touché (69%) - 30% des patientes ont eu des fractures (nasales 40%, tiers médian 67%, tiers inférieur 32%) <p><u>Mécanismes d'attaque</u> : coup de poing (67%), objet (15%)</p> <p>Une patiente décédée à la suite de ses blessures, une autre devenue tétraplégique.</p>
(59)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 patients (14 femmes et 4 hommes) vus au service d'urgences du King's College Hospital, et identifiées comme victimes de violences conjugales. - Données recueillies entre janvier et juillet 2018. <p><u>Variables enregistrées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - sexe, - nature de la blessure, - mécanisme d'attaque. <p>Questionnaires distribués à l'équipe médicale sur leurs compétences concernant la prise en charge des patients victimes de violences conjugales.</p>	<p><u>Âge</u> : 28 ans en moyenne.</p> <p>15 patients se sont présentés le jour même de la survenue de leurs blessures, 3 se sont présentés le jour suivant.</p> <p><u>Localisation et type de blessures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lacérations chez 15 patients, - 8 avec au moins une fracture : <ul style="list-style-type: none"> • complexe alvéolo-dentaire impliqué dans 4 cas • région orbitaire dans 3 cas • complexe zygomatoco-maxillaire dans 3 cas • l'os nasal dans 3 cas • mandibule dans 2 cas <p><u>Mécanisme d'attaque</u> : coup de poing chez 13 victimes, 5 par des objets du quotidien.</p> <p><u>Relation victime-agresseur</u> : chez 15 victimes, l'agresseur était le partenaire ou ex partenaire.</p> <p>La majorité de l'équipe médicale se sentait moyennement en confiance pour prendre en charge correctement les patients, souvent par peur d'offenser le patient, ou car l'agresseur était présent.</p>
(60)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 242 cas de patientes identifiées comme étant des victimes de violences conjugales, recensées depuis les dossiers médicaux de tous les cas de violences conjugales référés au One Stop Crisis Centre en Malaisie. - Données récoltées entre janvier 2005 et décembre 2006. <p><u>Variables enregistrées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - profil de la victime, - localisation des blessures, - type de blessures, - mécanisme de l'attaque <p>Tests statistiques menés.</p>	<p><u>Âge</u> : entre 15 et 59 ans</p> <p><u>Relation victime-agresseur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans 83,5% des cas l'agresseur était le conjoint - 85,5% des victimes avaient déjà vécu un épisode de violence auparavant <p><u>Localisation et types de blessures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50,4% ont des blessures au niveau de la région maxillo-faciale, 24,4% au niveau de la tête, et 47,9% au niveau des membres - la plupart des coups sont portés au tiers médian de la face - dans 89,4% les blessures concernent les tissus mous - pas de cas de fractures reporté <p><u>Mécanisme d'attaque</u> : coup de poing, suivi du coup de pied, de la gifle, de coups avec des objets, d'étranglements</p>
(61)	<p><u>Echantillon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 223 femmes de plus de 18 ans, victimes de violences conjugales, s'étaient présentées au 	<p><u>Âge</u> : 38,6 ans en moyenne</p>

	<p>service d'urgence et d'accidents de 2 hôpitaux de Hong Kong - Données récoltées entre janvier 2010 et décembre 2011.</p> <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - région, - type de blessure, - mécanisme d'attaque, - âge, statut marital et relationnel avec l'agresseur. <p>Tests statistiques : Hosmer, Lemeshow, χ^2.</p>	<p><u>Relation victime-agresseur</u> : plus de 50% avaient déjà subi un épisode de violence</p> <p><u>Localisation et types de blessures</u> : blessures tête et cou dans 77,6% des cas, surtout au niveau des tissus mous 53,4% des femmes qui avaient des blessures à la tête et au cou souffraient aussi de blessures ailleurs.</p> <p><u>Mécanisme d'attaque</u> : coup de poing le plus fréquent, puis gifle, secousse, coup de pied, tirage de cheveux, placage contre le mur, utilisation d'objets pour donner des coups.</p>
(62)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1589 femmes entre 11 et 80 ans, dont 927 avec des blessures maxillo-faciales résultant de violences domestiques - Données recueillies entre 2004 et 2008. <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - statut marital et nature de la relation avec l'agresseur, - mécanismes d'attaque, - temps écoulé entre attaque et examen clinique, - type et localisation des blessures 	<p><u>Age :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 31,72% des victimes entre 15 et 25 ans - 33,23% entre 25 et 35 ans <p><u>Relation victime-agresseur</u> : m'agresseur était le partenaire dans 37,43% des cas, le mari dans 19,31% des cas.</p> <p><u>Localisation et types de blessures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions extra-orales surtout retrouvées au niveau de la tête face et cou (orbites 17,14%, cervicales 16,63%, région frontale 12,51%) - Lésions intra-orales dans 129 cas avec ecchymoses et abrasions surtout. 15 cas de blessures touchant une ou plusieurs dents (surtout l'incisive centrale supérieure)
(63)	<p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 112 femmes récoltées grâce à un sondage distribué dans 15 centres de violences domestiques dans le nord du Texas. - Données récoltées entre mai et juin 2006. <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - statut marital, - genre, - ethnie. <p>Tests statistiques menés : χ^2 et ANOVA.</p>	<p><u>Age</u> : 35,7 ans en moyenne/</p> <p><u>Relation victime-agresseur</u> : 42,9% de femmes seules, 33% mariées, 24,1% divorcées</p> <p><u>Localisation et type de blessures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les 112 femmes, 76 ont eu des blessures au niveau de la tête face et cou - blessures principalement retrouvées : <ul style="list-style-type: none"> • Lèvres : 29% • Face : 21% • Cou : 14% • Langue : 5% • Dents fractures 15% • Mâchoires fracturées : 7% • Dents expulsées 5%

<p>(64)</p>	<p><u>Echantillon :</u> - 79 patientes entre 15 et 90 ans, reçues au service d'urgence du Wills Eye Hospital de Philadelphie, pour des blessures liées de façon certaine ou non à des violences conjugales - Données recueillies entre juillet et décembre 1992.</p> <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, - mécanisme d'attaque, - présence d'alcool ou de drogues, - grossesse ou non 	<p><u>Age :</u> majorité de patientes entre 20 et 40 ans.</p> <p><u>Relation victime-agresseur :</u> sur 18 cas avérés de violences conjugales, 9 agresseurs étaient les partenaires de la victime, 2 étaient les maris.</p> <p><u>Localisation et types de blessures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contusion de la région périorbitaire 76% - Hémorragie subconjonctivale 68% - Micro hyphéma 28% - Fracture orbitaire 14% - Rupture du globe oculaire 4% <p><u>Mécanisme d'attaque :</u> coups de poing (86%), coups avec des objets</p>
<p>(65)</p>	<p><u>Echantillon :</u> - 257 patients (73% d'hommes, 27% de femmes) reçus au Department of Oral and Maxillofacial Surgery de l'hôpital Shariati à Tehran en Iran, pour des fractures maxillo-faciales - Données recueillies entre juin 2004 et juin 2006</p> <p><u>Variables enregistrées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Genre - Age - Cause du traumatisme - Localisation de la fracture <p>Tests statistiques Students et χ^2.</p>	<p><u>Age :</u> 33,7ans en moyenne</p> <p><u>% de violences conjugales :</u> 13% des femmes de l'échantillon. Dont 1/3 avait déjà subies des violences avec antécédents de fractures.</p> <p><u>Localisation des fractures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandibule : 38% - Dentaires : 29% - Zygomatiques : 12% Nasales : 12%

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Titre : Traumatismes maxillo-faciaux chez les femmes victimes de violences conjugales : revue systématique de la littérature

Résumé :

Les violences conjugales, réel problème de santé publique, affectent chaque année des millions de personnes. Une femme sur trois déclare avoir déjà subi des violences physiques de la part de son partenaire, impliquant généralement des traumatismes au niveau de la face et du cou. Les chirurgiens-dentistes sont donc en première ligne pour pouvoir détecter ces violences. Cependant, en pratique, seul un faible pourcentage de praticiens semble intervenir dans ces situations. Ce contexte difficile implique l'identification des victimes et également leur prise en charge. Or, les formations actuelles en chirurgie dentaire semblent insuffisantes pour assurer une prise en charge optimale des victimes de violences conjugales.

L'analyse de la littérature actuelle pourrait permettre d'identifier les différents traumatismes maxillo-faciaux retrouvés chez les victimes de violences conjugales, et permettre ainsi une meilleure prise en charge de ces victimes.

Mots clés :

Violences conjugales, Violences faites aux femmes, Traumatismes maxillo-faciaux, Odontologie légale

Title : Maxillofacial injuries in women victims of domestic violence

Abstract :

Intimate partner violence affects millions of people every year. One in three women say they have already suffered physical violence from their partner, usually involving injuries to the head, the face and the neck. Dentists and maxillofacial surgeons are therefore on the front line to be able to detect signs of physical violence. However, in practice, only a small percentage of practitioners seem to intervene in these situations. This difficult context implies the identification of victims and their care. Unfortunately, current training in dental surgery seems insufficient to ensure optimal care for victims of domestic violence.

Analysis of the current literature could identify the various maxillofacial injuries found in victims of domestic violence, and thus allow better care for these victims.

Keywords :

Domestic violence, Intimate Partner Violence, Facial injuries, Forensic dentistry