

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

GIMONNET—LOPEZ Lola

Née le 17 juillet 1993 à Tours (37)

Facteurs descriptifs des femmes victimes de violences conjugales en rapport avec l'Incapacité Totale de Travail : étude prospective multicentrique

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2021 devant un jury composé de :

Présidente du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Marc LAFFON, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence, Faculté de médecine -Tours

Docteur Victoria CARRE, Médecine d'urgence, PH - Orléans

Docteur Julien PASSERIEUX, Médecine Générale et médecine d'urgence, PH - Tours

Directeur de thèse : Docteur Julien PASSERIEUX, Médecine Générale et médecine d'urgence, PH - Tours

RESUME

Facteurs descriptifs des femmes victimes de violences conjugales en rapport avec l'Incapacité Totale de Travail : étude prospective multicentrique

Introduction : Les violences conjugales subies par les femmes sont un problème de santé publique. Elles touchent tous les milieux socio-culturels, avec plusieurs facteurs de risque identifiés. Un dépistage systématique par les professionnels de santé est recommandé pour enrayer les récidives, avec rédaction d'un certificat médical initial (CMI) mentionnant l'Incapacité Totale de Travail (ITT).

Méthode : Etude observationnelle, prospective, multicentrique dont le recueil a été effectué sur cinq mois.

L'objectif principal est la recherche de facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales selon la durée de l'Incapacité Totale de Travail fixée par le médecin.

Les objectifs secondaires sont la mise en évidence de facteurs descriptifs des patientes présentant une ITT supérieure à huit jours, et la proportion de patientes demandeuses d'un certificat médical initial de coups et blessures.

Résultats : 60 patientes ont été incluses dans l'étude.

L'établissement d'une ITT d'au moins trois jours est significativement associé à des violences subies en tout lieu ($p = 0,001$) et une volonté antérieure de consulter pour violences conjugales ($p = 0,04$).

Il y a significativement moins de demande spontanée de CMI chez les patientes n'ayant pas fait d'études supérieures ($p = 0,025$) ou sans emploi ($p = 0,05$).

Conclusion : Un meilleur dépistage permettrait de prévenir les récidives et d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patientes victimes de violences conjugales. L'établissement du CMI est l'occasion de les informer des démarches qu'elles peuvent entreprendre.

Mots-clés : violences conjugales, Incapacité Totale de Travail, certificat médical initial.

ABSTRACT

Descriptive factors of intimate partner violence on women related to “Incapacité Totale de travail” : multicenter prospective study

Introduction : domestic violence suffered by women is a public health problem. They affect all socio-cultural backgrounds, with several identified risk factors.

Routine screening by health professionals is recommended to avoid recidivism, with redaction of medical certificate mentioning l'”Incapacité Totale de Travail”.

Method : observational, prospective and multicentric study during five months.

The main outcome is to highlights descriptive factors of intimate partner violence on women according to “Incapacité Totale de Travail”. The secondary endpoints are to determine descriptive factors of intimate partner violence on women related to “Incapacité Totale de travail” for more than eight days, and the proportion of patients spontaneous requesting a medical certificate during the consultation.

Results : 60 patients were included in this study.

Patients with at least three days of ITT, significantly suffered violence anywhere ($p = 0,001$) and present a previous desire to consult for domestic violence ($p = 0,04$).

Patients with no higher education or unemployed significantly ask less spontaneous for a medical certificate (respectively $p = 0,025$, $p = 0,05$).

Conclusion : Better screening would prevent recidivism and improve the medico-social care of patients victims of domestic violence. The establishment of medical certificate is an opportunity to inform them of the steps they can take.

Keywords : intimate partner violence, Incapacité Totale de Travail, medical certificate

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Madame SAINT-MARTIN Pauline,

Merci de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre intérêt pour ce travail.

A Madame CARRE Victoria,

Tu m'as fait le plaisir d'accepter de faire partie de mon jury. Je te remercie pour les bons moments passés aux urgences, et ceux à venir.

A Monsieur LAFFON Marc,

Je vous remercie de votre présence au sein de ce jury et de ce que vous m'avez appris en anesthésie.

A Monsieur PASSERIEUX Julien,

Merci de m'avoir accompagné, d'avoir été disponible pour mener à bien ce travail, et de m'avoir fait confiance. Je suis contente de continuer à travailler avec toi par la suite.

Aux praticiens de l'unité médico-judiciaire d'Orléans et à l'équipe des urgences de Tours,
Merci d'avoir participé à la réalisation de ce travail.

A toute l'équipe des urgences et du SAMU/SMUR d'Orléans,

Qui m'ont conforté dans mon choix de spécialité, m'ont accompagné dans ma formation, et ont rendu les gardes moins dures. Je suis impatiente de travailler avec vous.

Remerciements particuliers à Annabelle et Julien qui veillent bien sur moi depuis notre rencontre, et à Matthieu pour ma première intubation au déchoc !

A Julie,

Merci pour ta relecture et ton aide bienveillante.

A ma Famille, Merci pour votre amour. Je suis chanceuse d'être si bien entourée et soutenue. Mouna, parce que tu ne te prends pas au sérieux et que ça fait du bien. J'espère devenir une femme aussi incroyable que toi.

Papou, je te dois ma rigueur et mon envie d'apprendre. Je garde de très bons souvenirs des vacances culturelles quand j'étais petite.

Mon frère Mehdi, on évolue dans deux mondes différents. Je ne comprends pas tout ce que tu fais mais je suis très admirative de ton travail.

A mes co-internes, sans qui les stages auraient été plus pénibles.

Hélène, ma plus belle et fatigante rencontre de l'internat.

Aline, mon duo de choc de pédiatrie.

Charlotte, Mathilde, Yan-Min et Camille, la team de nanas qui a survécu à la réa covid.

Solène, ma première amie de médecine. J'aurais adoré partager un stage avec toi.

A Juliette, mon petit robocop, toujours présente depuis de nombreuses années malgré la distance.

A Paul,

Le meilleur pour la fin. Mon petit enquiquineur professionnel que j'aime tant. Merci d'être toi.

Table des matières

I. Introduction	12
II. Matériel et méthodes	15
1. Schéma de l'étude	15
2. Population étudiée	15
3. Recueil de données.....	15
4. Critères de jugement	16
5. Analyse statistique	17
III. Résultats	18
IV. Discussion	28
V. Conclusion.....	32
VI. Bibliographie.....	33
VII. Annexes.....	36
Annexe 1. Questionnaire	36
Annexe 1. Questionnaire (suite)	37
Annexe 2. Note d'information	38
Annexe 3. Tableaux avec données manquantes	40

Abréviations

CMI : Certificat médical initial

ITT : Incapacité Totale de Travail

HAS : Haute autorité de santé

SAU : Service d'accueil des urgences

UMJ : Unité médico-judiciaire

I. Introduction

Les violences conjugales, dont la majorité des victimes sont des femmes, sont un véritable problème de santé publique et ont pris place dans le débat public.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les violences conjugales sont définies par tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font parties de cette relation.

Les violences conjugales se traduisent donc par des agressions physiques, sexuelles, psychologiques, verbales, économiques, ainsi que par des comportements tyranniques ou dominateurs (isolement de la famille et des amis, surveillance des faits et gestes...).

Ce rapport de domination de l'un des partenaires sur l'autre évolue par cycle avec une phase de tension, suivie d'une phase d'agression, et enfin une phase de repentir (justification puis réconciliation aussi appelée « lune de miel »)¹. Au cours du cycle, les victimes sont plus aptes à rechercher un soutien lors des phases de tension et d'agression contrairement aux phases de repentir où elles envisagent moins d'aide extérieure.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), sans intervention, les cycles se succèdent en augmentant en intensité et en fréquence dans le temps.

En 2013, le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé rapportait que 30% des femmes à l'échelle mondiale avaient subi des violences, dont la forme la plus courante était la violence du partenaire intime².

En France, le Grenelle des violences conjugales de septembre 2019 rapporte qu'en 2018, sur 213000 femmes victimes de violences physico-sexuelles, 121 sont décédées (1 décès tous les 3 jours). Dans 88% des cas, les victimes sont des femmes connues des services de police. Cependant, un dépôt de plainte est réalisé dans moins de 25% des cas.

Les violences conjugales touchent tous les milieux socio-culturels³. Il n'existe pas de profil type de victime mais plusieurs caractéristiques ont été mises en évidence. Selon la HAS, les facteurs de risque associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence sont le jeune âge, un faible niveau d'instruction, une exposition à la violence conjugale ou à la maltraitance dans l'enfance, l'acceptation de la violence, la grossesse et la période périnatale, les handicaps physiques ou mentaux, la dépendance financière et les addictions.

Se déroulant fréquemment au sein du foyer, les violences conjugales se présentent sous différents aspects. Les manifestations les plus courantes sont les violences verbales, viennent ensuite les violences psychologiques, puis les violences physiques, enfin les violences sexuelles⁴.

Il a été noté que les violences conjugales entraînent plus de consultation aux urgences⁵. Les victimes ne consultent pas uniquement lors des épisodes de violence, mais également pour des plaintes psychosomatiques et symptômes divers pouvant être causés par la chronicité des violences subies.

La prise en charge initiale des patientes victimes de violence conjugale est entre autres réalisée dans les services d'accueil des urgences (SAU), et chez le médecin généraliste.

Devant l'absence de signe pathognomonique, un dépistage systématique par les professionnels de santé est recommandé par la HAS, même en l'absence de signes d'alerte car les victimes ne parlent pas spontanément des actes de violences qu'elles subissent par sentiment de honte et de culpabilité⁶. Néanmoins, les médecins manifestent un manque de formation sur ce thème⁷, alors que les patientes acceptent d'être questionnées⁸.

Ainsi, plusieurs obstacles s'opposent à l'identification des cas de violences conjugales. L'absence de dépistage systématique entraîne un risque de récurrence. En Espagne, elle survient dans les six mois suivant la première agression et est souvent commise par des ex-partenaires⁹. L'arrestation précoce de l'auteur de l'agression diminue la récurrence de violence physique et permet d'allonger la période de répit pour la victime même après le retour de l'agresseur¹⁰.

En 2019, l'étude de Choi et al.¹¹ montre que les femmes victimes de récurrence subissent des épisodes plus violents et entraînant plus de lésion que des femmes victime d'un premier épisode.

Une meilleure connaissance des caractéristiques des victimes de violences conjugales chroniques permettrait un meilleur dépistage en consultation afin de prévenir de nouvelles récurrences.

La rédaction d'un certificat médical initial recommandée par la HAS, doit mentionner les éléments aidant à déterminer l'Incapacité Totale de Travail (ITT). Fixée par le médecin, l'ITT correspond à la durée de la gêne notable (retentissement physique et psychique) dans les activités de la vie quotidienne de la victime. Cette notion juridique permet à la juridiction compétente de statuer sur la responsabilité de l'auteur présumé des violences et d'estimer les violences subies. Les violences conjugales constituent un délit même en l'absence d'ITT pour la victime. La peine est aggravée si les violences entraînent une ITT de plus de 8 jours¹².

Il existe une grande hétérogénéité d'évaluation de l'ITT entre médecins urgentistes et légistes, et entre médecins urgentistes eux-mêmes. En particulier, les médecins légistes attribuent des durées d'ITT plus longues pour des violences comparables¹³. Des barèmes d'évaluation existent¹⁴ pour aider les médecins à déterminer l'ITT mais aucune échelle objective n'a pour l'instant été créée.

Au vu de la littérature, nous supposons que les traumatismes des femmes victimes de violences conjugales s'aggravent avec les récidives. De plus, nous supposons que la durée de l'ITT peut être un indicateur de la sévérité des violences subies.

Nous supposons que la libération de la parole sur les violences conjugales entraîne une majorité de victimes à initier une démarche judiciaire par la demande d'un certificat médical initial.

A notre connaissance, il n'y a pas d'étude abordant le thème de l'Incapacité Totale de Travail dans le cadre des violences conjugales.

L'objectif principal de cette étude est la recherche de facteurs descriptifs des femmes victimes de violences conjugales selon la durée de l'Incapacité Totale de Travail fixée par le médecin.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales présentant une ITT supérieure à 8 jours, et de déterminer la proportion de patientes demandeuses d'un certificat médical initial de coups et blessures.

II. Matériel et méthodes

1. Schéma de l'étude

Notre étude est observationnelle, prospective, multicentrique (urgences CHU Tours et CHRO, SOS médecin Tours, UMJ CHRO), portant sur les femmes consultant pour violences conjugales, et s'est déroulée du lundi 8 mars 2021 au vendredi 23 juillet 2021.

L'étude a reçu l'avis favorable du CPP de Bordeaux le 24 février 2021.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion sont les femmes majeures consultant au SAU ou chez SOS médecin ou à l'UMJ pour violences conjugales, et ne s'opposant pas à leur inclusion.

Les critères de non-inclusion sont les consultations pour violences non conjugales, les patientes mineures, les patientes sous tutelle ou curatelle, les patientes non francophones, les patientes présentant un état clinique leur empêchant d'exprimer leur non-opposition, ainsi que les patientes ayant participé préalablement à l'étude dans un autre centre.

3. Recueil de données

Les patientes sont recrutées de façon prospective dans les services participant à l'étude, et les données recueillies via un questionnaire créé pour l'étude (Annexe 1).

Après recueil du motif de consultation pour violences conjugales, le médecin en charge fournit à la patiente un questionnaire et une note d'information (Annexe 2).

La participation à l'étude est intégrée dans la consultation. La prise en charge est similaire à celle effectuée habituellement avec un examen médical et la rédaction d'un certificat médical initial de coups et blessures. Lors de la consultation, la patiente peut demander des précisions sur l'étude et s'opposer à sa participation à tout moment.

Les deux premières parties du questionnaire sont remplies par la patiente.

Premièrement, nous recueillons des données sociodémographiques sur la victime des violences : âge, situation socio-professionnelle, relation avec l'auteur des violences, antécédents de violences conjugales et de violences dans l'enfance, parité et grossesse éventuelle, consommation de toxiques. Ces critères font partis de ceux énoncés par la HAS comme étant des facteurs de risque d'être une femme victime de violences.

Deuxièmement, nous recueillons des informations concernant les caractéristiques des violences subies (nombre d'épisode, type de violence, fréquence, lieu), et la démarche de la patiente (médicale, sociale, judiciaire).

La dernière partie du questionnaire, complétée par le médecin, concerne la prise en charge médicale effectuée. Le médecin doit renseigner le nombre de jours d'ITT attribué, préciser si la consultation entre dans le cadre d'une réquisition et si la patiente demande spontanément un certificat médical.

Dans le cadre de l'étude nous décidons de ne pas recontacter ultérieurement les patientes. Le reste de la consultation est laissée à l'appréciation du médecin.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de notre étude est l'évaluation des facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales (caractéristiques socio-démographiques et des violences subies) en rapport avec l'Incapacité Totale de Travail.

Les critères de jugement secondaire sont l'évaluation des facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales (caractéristiques socio-démographiques et des violences subies) en rapport avec une Incapacité Totale de Travail supérieure à 8 jours, et la proportion de patientes demandeuses de certificat médical initial de coups et blessures.

5. Analyse statistique

Après les avoir intégrées dans un tableur Excel, les données pseudonymisées ont été incorporées pour les analyses statistiques dans le logiciel STATA 12 (StataCorp, USA).

Nous avons d'abord effectué une analyse descriptive des caractéristiques de notre population selon le lieu d'inclusion, représentée par la moyenne et écart-type pour les variables continues et par le pourcentage pour les données catégorielles. Pour un meilleur ajustement sur les analyses, nous avons combiné certains items dans les catégories « études » et « situation professionnelle ».

Ensuite, nous avons regardé la distribution de l'ITT par quartiles et avons effectué une analyse univariée des facteurs de risques descriptifs des femmes victimes de violences conjugales sur les tranches d'ITT les plus cohérentes.

Un risque alpha inférieur à 5% ($p < 0,05$) est considéré comme statistiquement significatif pour l'évaluation du critère de jugement principal.

Enfin, nous avons réalisé une analyse univariée des facteurs de risque descriptifs des femmes victimes de violences conjugales selon la demande ou non de CMI.

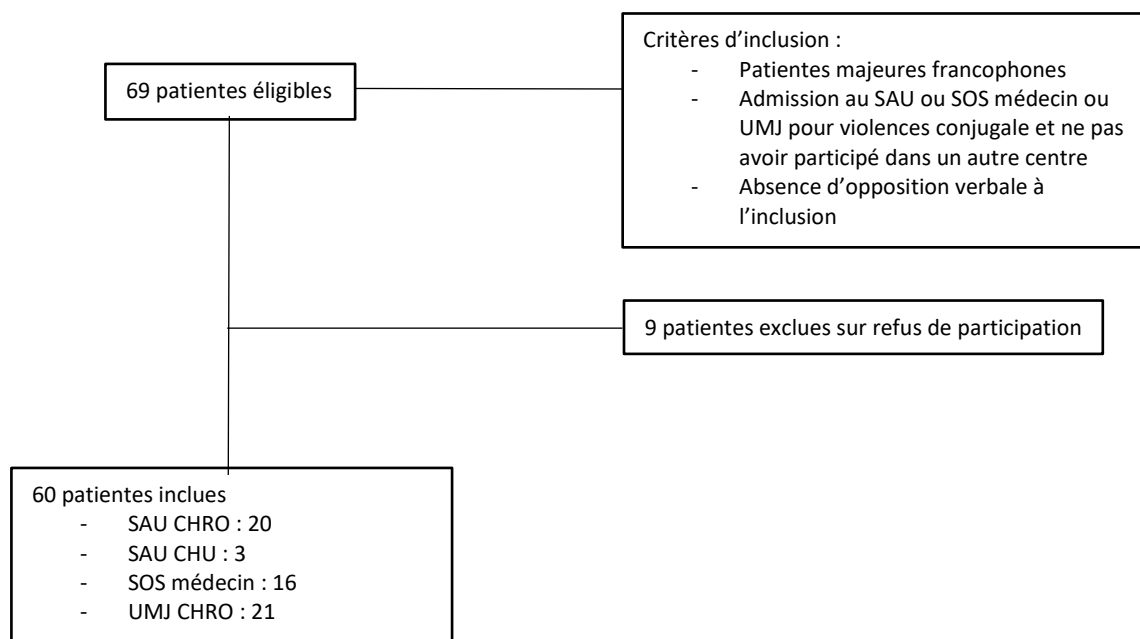
Pour l'analyse univariée des variables catégorielles, nous avons employé le test de Chi 2. Pour l'analyse des variables continues, le test t de Student a été utilisé.

Les données manquantes ne sont pas remplacées si elles constituent moins de 5% de l'ensemble des variables indépendantes testées lors de l'analyse univariée.

III. Résultats

En cinq mois, le recueil a permis l'inclusion de 60 patientes consultant pour violences conjugales. Leur répartition dans les différents centres d'inclusion est présentée dans le diagramme de flux (figure 1).

Figure 1. Diagramme de flux



Notre population d'étude est composée de femmes d'âge moyen de 31ans (écart-type de 11ans). On observe qu'un tiers d'entre elles avait déjà subi des violences conjugales par le passé.

Une majorité de patiente présente une union avec l'auteur des violences (65%), mais on constate une vie commune dans seulement 38,3% des cas. On note que seulement 11,8% de notre population d'étude n'avait pas subi d'épisode antérieur de violence par l'agresseur actuel.

Les caractéristiques épidémiologiques de la population d'étude sont présentées dans le tableau 1.

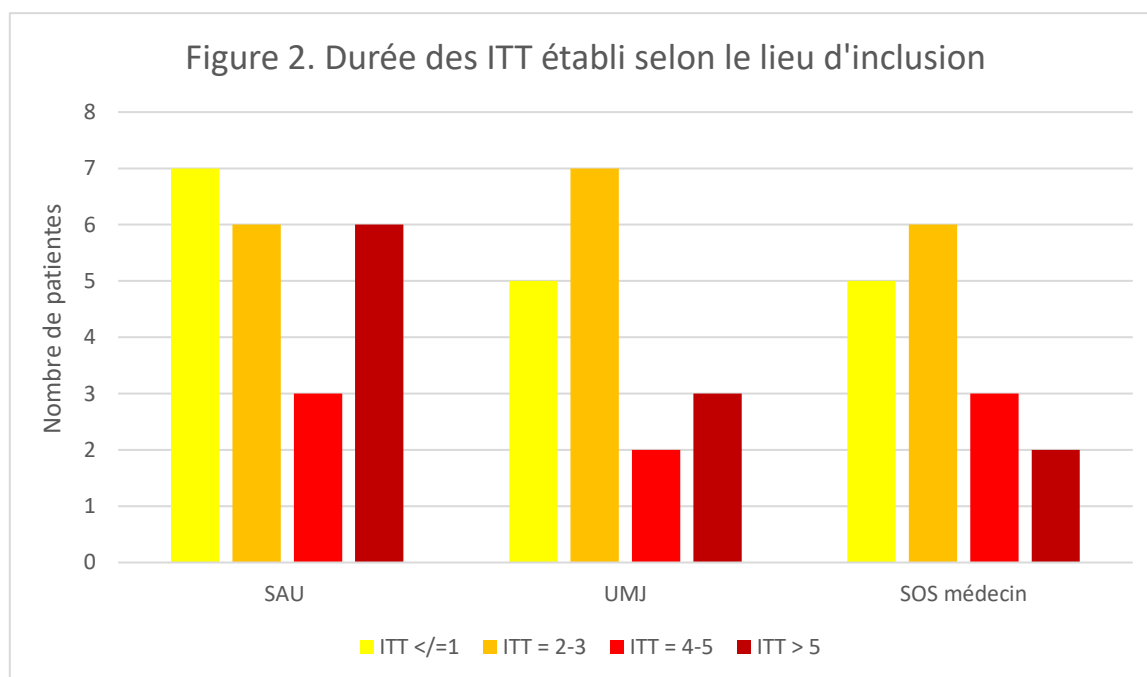
Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques de la population d'étude (n = 60)

Lieu d'inclusion		SAU n=23 (38%)	UMJ n=21 (35%)	SOS n=16 (27%)
Caractéristiques socio-démographiques	Age (moyenne ans +/- écart-type)	31 (+/- 11)		
	Relation actuelle avec l'auteur des violences			
	Union (mariage/PACS/concubinage)	16 (70%)	13 (62%)	10 (63%)
	Séparation ou autre	7 (30%)	8 (38%)	6 (37%)
	Durée de la relation actuelle (années)			
	< 1,5	9 (39%)	3 (14%)	5 (31%)
	1,5-6	9 (39%)	12 (57%)	8 (50%)
	> 6	5 (22%)	6 (29%)	3 (19%)
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	8 (35%)	8 (38%)	4 (25%)
	Niveau d'étude			
	Secondaire sans diplôme	9 (39%)	7 (33%)	4 (25%)
	Diplôme qualifiant	8 (35%)	7 (33%)	6 (37,5%)
	Etudes supérieures	6 (26%)	7 (33%)	6 (37,5%)
	Situation professionnelle			
	Sans emploi	10 (43%)	9 (45%)	6 (43%)
	Etudiante	4 (17%)	1 (5%)	3 (21%)
	Avec emploi	9 (39%)	10 (50%)	5 (35%)
	Patiente enceinte	0	0	2 (12%)
	Patiente ayant des enfants	12 (52%)	16 (76%)	6 (37%)
Caractéristiques des violences subies	Antécédents de violences dans l'enfance			
	Verbales	5 (23%)	5 (24%)	4 (25%)
	Physiques	7 (32%)	3 (14%)	3 (19%)
	Sexuelles	5 (23%)	2 (10%)	1 (6%)
	Consommation excessive d'alcool	2 (9%)	3 (14%)	0
	Consommation excessive de drogue	1 (4%)	1 (5%)	1 (6%)
	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur			
	0	3 (13%)	1 (5%)	3 (20%)
	1 à 3	7 (30%)	5 (24%)	3 (20%)
	> 3	13 (56%)	15 (71%)	9 (60%)
	Type de violence subie			
	Verbale	18 (78%)	19 (90%)	13 (81%)
	Psychique	17 (74%)	16 (76%)	12 (75%)
	Physique	23 (100%)	17 (81%)	14 (87%)
	Sexuelle	5 (22%)	8 (38%)	2 (13%)
	Lieu des violences			
	Domicile	19 (82%)	19 (90%)	10 (67%)
	Autre lieu	2 (9%)	0	0
	En tous lieux	2 (9%)	2 (10%)	5 (33%)
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales			
	Oui	6 (26%)	10 (50%)	5 (36%)
	Non car peur/honte/culpabilité	10 (44%)	7 (35%)	3 (21%)
	Non car non jugé nécessaire	7 (30%)	3 (15%)	6 (43%)
Prise en charge	Vie commune avec l'auteur des violences	12 (53%)	8 (38%)	3 (19%)
	Démarche judiciaire débutée	8 (35%)	16 (76%)	5 (31%)
	Date du dernier épisode de violence			
	Quelques jours	19 (83%)	6 (29%)	15 (94%)
	Quelques semaines	1 (4%)	8 (38%)	1 (6%)
	Quelques mois	3 (13%)	7 (33%)	0
	Fréquence des violences subies			
	Quotidienne	5 (23%)	3 (18%)	4 (25%)
	Hebdomadaire	6 (27%)	7 (41%)	3 (19%)
	Mensuelle	7 (32%)	5 (29%)	5 (31%)
	Annuelle	4 (18%)	2 (12%)	4 (25%)
	Motivation actuelle de la consultation			
	Médicale	13 (56%)	4 (19%)	6 (38%)
	Sociale	2 (9%)	6 (29%)	2 (12%)
	Autre	8 (35%)	11 (52%)	8 (50%)
	Moteur de la décision de consulter			
	Patiente elle-même	11 (48%)	7 (35%)	7 (44%)
	Autre (tiers, campagne d'information...)	12 (52%)	13 (65%)	9 (56%)
	Patiente sous réquisition	2 (9%)	21 (100%)	0
	Demande de CMI	14 (61%)	2 (10%)	12 (75%)
	Valeur d'ITT attribuée			
	≤ 3jours	13 (59%)	12 (70%)	11 (68,5%)
	> 3jours	9 (41%)	5 (30%)	5 (31,5%)

On remarque des différences significatives concernant les patientes incluses à l'UMJ.

En effet, toutes ces patientes étaient sous réquisition contrairement à celles consultant au SAU (seulement 9%) ou chez SOS médecin (aucune patiente sous réquisition) ($p < 10^{-4}$). Ainsi, nous retrouvons davantage de patientes incluses à l'UMJ entamant une démarche judiciaire que dans les autres centres ($p = 0,006$). Cependant, ces patientes demandaient moins de CMI ($p < 10^{-4}$). Les patientes consultant à l'UMJ étaient vues plus à distance du dernier épisode de violence ($p < 10^{-4}$), alors que dans les autres centres les patientes consultaient pour la plupart le jour même de la violence subie (83% des patientes au SAU et 94% des patientes chez SOS médecin).

On peut également noter dans le tableau 1 qu'il n'y avait pas de différence significative sur l'évaluation de l'ITT par les médecins urgentistes, généralistes et légistes. Les durées d'ITT attribuées sont représentées dans la figure 2 ci-après.



L'analyse des facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de travail est représentée dans le tableau 2. Nous avons 5 données manquantes pour le critère de jugement principal (Annexe 3).

Sur les 60 patientes incluses dans l'étude, il n'a été constaté qu'une seule ITT supérieure à 8 jours. Par conséquent, avec une médiane à 3 jours nous avons opté pour une analyse univariée sur des ITT inférieures ou supérieures/égales à 3 jours.

Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de Travail

		ITT<3J n=36	ITT≥3J n=19	p
Caractéristiques socio-démographiques	Lieu d'inclusion			0,72
	SAU	13 (36%)	9 (47%)	
	UMJ	12 (33%)	5 (26%)	
	SOS médecin	11 (31%)	5 (26%)	
	Age (années)			0,26
	≤22	11 (31%)	5 (28%)	
	23-29	12 (33%)	2 (11%)	
	30-38	7 (19%)	6 (33%)	
	>38	6 (17%)	5 (28%)	
	Relation actuelle avec l'auteur des violences			0,52
	Union (mariage / PACS / concubinage)	24 (67%)	11 (58%)	
	Séparation ou autre	12 (33%)	8 (42%)	
	Durée de la relation actuelle (années)			0,98
	< 1,5	11 (31%)	5 (26%)	
	1,5-6	17 (48%)	9 (48%)	
	> 6	8 (22%)	5 (26%)	
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	13 (36%)	6 (32%)	0,73
	Niveau d'étude			0,7
	Secondaire sans diplôme	11 (31%)	8 (42%)	
	Diplôme qualifiant	14 (39%)	6 (32%)	
	Etudes supérieures	11 (31%)	5 (26%)	
	Situation professionnelle			0,08
	Sans emploi	14 (41%)	10 (56%)	
	Etudiante	8 (24%)	0	
	Avec emploi	12 (35%)	8 (44%)	
	Patiente enceinte	1 (3%)	1 (5%)	0,89
	Patiente ayant des enfants	18 (50%)	12 (63%)	0,43
	Antécédents de violences dans l'enfance			
	Verbales	8 (23%)	4 (21%)	0,88
	Physiques	7 (20%)	5 (26%)	0,59
	Sexuelles	2 (6%)	5 (26%)	0,03*
	Consommation excessive d'alcool	1 (3%)	3 (16%)	0,08
	Consommation excessive de drogue	1 (3%)	1 (5%)	0,64

Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de Travail (suite)

		ITT<3J n=36	ITT≥3J n=19	P
Caractéristiques des violences subies	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur			0,25
	0	6 (17%)	1 (5%)	
	1 à 3	8 (23%)	7 (37%)	
	> 3	21 (60%)	11 (58%)	
	Type de violence subie			
	Verbale	28 (78%)	18 (95%)	0,1
	Psychique	24 (67%)	16 (84%)	0,17
	Physique	31 (86%)	19 (100%)	0,09
	Sexuelle	8 (22%)	4 (21%)	0,9
	Lieu des violences			0,001*
	Domicile	32 (91%)	11 (58%)	
	Autre lieu	2 (6%)	0	
	En tous lieux	1 (3%)	8 (42%)	
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales			0,04*
	Oui	11 (32%)	8 (44%)	
	Non car peur/honte/culpabilité	10 (29%)	9 (50%)	
	Non car non jugé nécessaire	13 (38%)	1 (6%)	
	Vie commune avec l'auteur des violences	15 (42%)	6 (32%)	0,46
	Démarche judiciaire débutée	13 (36%)	11 (58%)	0,12
	Date du dernier épisode de violence			0,76
	Quelques jours	26 (72%)	14 (74%)	
	Quelques semaines	6 (17%)	2 (11%)	
	Quelques mois	4 (11%)	3 (16%)	
	Fréquence des violences subies			0,77
	Quotidienne	8 (26%)	3 (16%)	
	Hebdomadaire	8 (26%)	7 (37%)	
	Mensuelle	9 (29%)	6 (32%)	
	Annuelle	6 (19%)	3 (16%)	
	Motivation actuelle de la consultation			0,009*
	Médicale	16 (44%)	6 (32%)	
	Sociale	9 (25%)	0	
	Autre	11 (31%)	13 (68%)	
	Moteur de la décision de consulter			0,16
	Patiente elle-même	18 (51%)	6 (32%)	
	Autre (tiers, campagne d'information...)	17 (49%)	13 (68%)	
Prise en charge	Patiente sous réquisition	14 (39%)	5 (26%)	0,35
	Demande de CMI	17 (47%)	10 (53%)	0,7

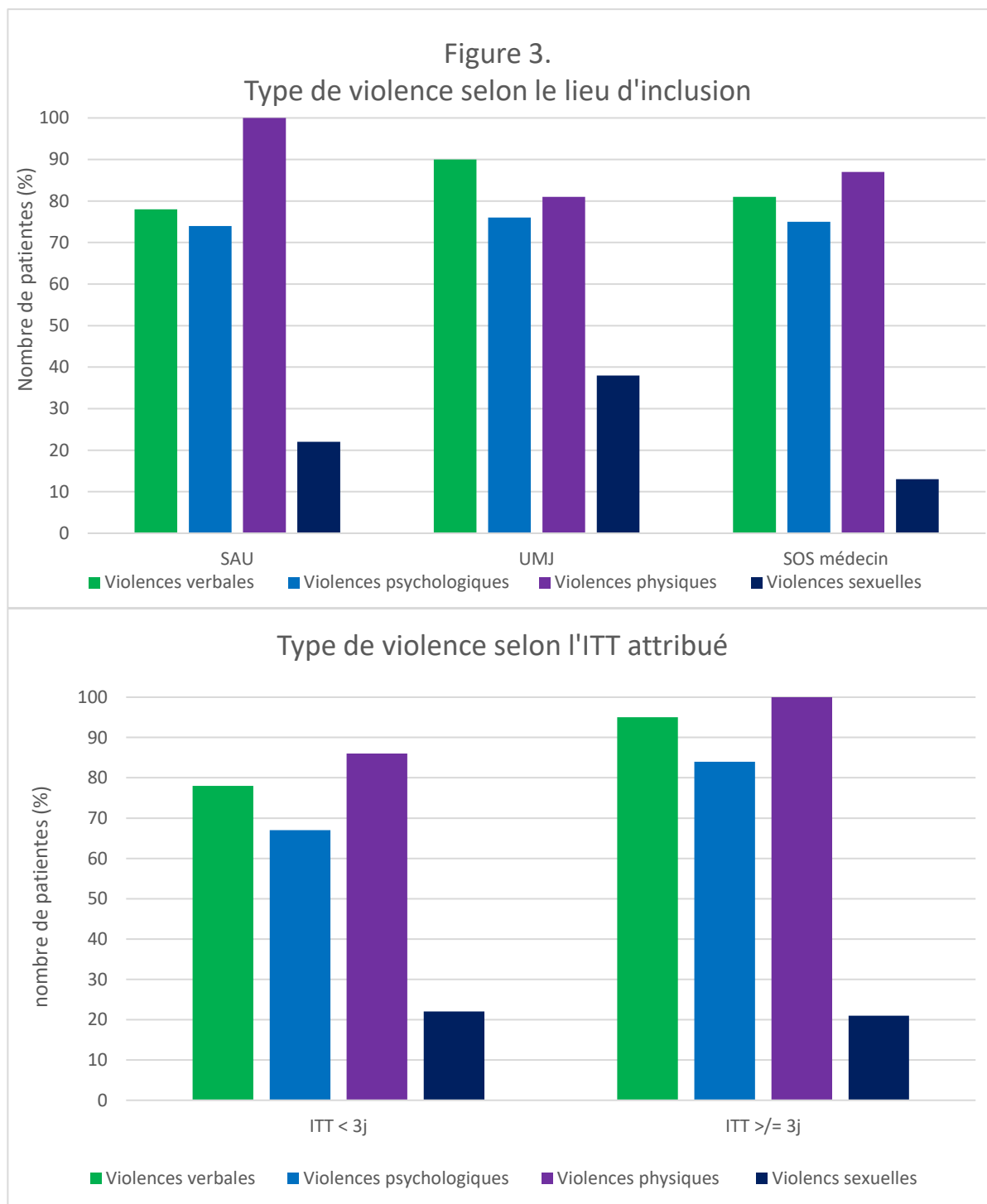
Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les caractéristiques socio-démographiques des patientes selon l'ITT attribuée.

L'analyse met en évidence une différence concernant le lieu des violences subies. En effet, on observe que les patientes pour lesquelles une ITT d'au minimum 3 jours a été établie subissent des violences aussi bien au sein qu'à l'extérieur du domicile (42% en tous lieux), de manière statistiquement significative ($p = 0,001$).

Il existe également des différences significatives pour la consultation d'un professionnel de santé. De façon significative ($p = 0,04$), les patientes présentant une ITT d'au moins 3 jours avaient déjà pensé consulter pour des faits de violences conjugales (44%) ou expriment des freins psychologiques à consulter (50%), contrairement à celles ayant une ITT inférieure à 3 jours qui étaient plus nombreuses à ne pas juger nécessaire de consulter avant cet épisode de violence (38% vs 6% dans le groupe $ITT \geq 3j$).

On observe également des motivations à consulter différentes selon l'ITT établie. En effet, lors d'une ITT d'au minimum 3 jours, les patientes présentent à 68% des motivations autres que médicale ou sociale de façon significative ($p = 0,009$).

Cependant, il n'y a pas de différence significative sur les ITT attribuées selon le type ou la fréquence des violences subies. En effet, on remarque une répartition homogène du type de violence selon le lieu d'inclusion et l'ITT attribuée, comme représenté en figure 3.



L'analyse des facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales selon la demande spontanée de CMI est représentée dans le tableau 3.

Tableau 3. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon la demande de Certificat Médical Initial

		CMI + n=28	CMI - n=32	P
Caractéristiques socio-démographiques	Lieu d'inclusion			<10 ⁻⁴ *
	SAU	14 (50%)	9 (28%)	
	UMJ	2 (7%)	19 (59%)	
	SOS médecin	12 (43%)	4 (13%)	
	Age (années)			0,32
	≤22	10 (35%)	6 (19%)	
	23-29	7 (25%)	7 (23%)	
	30-38	7 (25%)	8 (26%)	
	>38	4 (14%)	10 (32%)	
	Relation actuelle avec l'auteur des violences			0,05*
	Mariage	7 (25%)	7 (22%)	
	PACS	1 (4%)	0	
	Concubinage	10 (36%)	14 (44%)	
	Séparation	2 (7%)	9 (28%)	
	Autre	8 (29%)	2 (6%)	
	Durée de la relation actuelle (années)			0,59
	< 1,5	9 (32%)	8 (25%)	
	1,5-6	12 (42%)	17 (54%)	
	> 6	7 (25%)	7 (22%)	
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	10 (36%)	10 (31%)	0,71
	Niveau d'étude			0,025*
	Secondaire sans diplôme	5 (18%)	15 (47%)	
	Diplôme qualifiant	10 (36%)	11 (34%)	
	Etudes supérieures	13 (46%)	6 (19%)	
	Situation professionnelle			0,05*
	Sans emploi	9 (33%)	16 (53%)	
	Etudiante	8 (30%)	0	
	Avec emploi	10 (37%)	14 (47%)	
	Patiente enceinte	1 (4%)	1 (3%)	0,77
	Patiente ayant des enfants	13 (46%)	21 (66%)	0,08
	Antécédents de violences dans l'enfance			
	Verbales	6 (21%)	8 (26%)	0,69
	Physiques	5 (18%)	8 (26%)	0,46
	Sexuelles	5 (18%)	3 (10%)	0,36
	Consommation excessive d'alcool	0	5 (16%)	0,03*
	Consommation excessive de drogue	2 (7%)	1 (3%)	0,48

Tableau 3. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon la demande de Certificat Médical Initial (suite)

		CMI + n=28	CMI - n=32	P
Caractéristiques des violences subies	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur			0,26
	0	2 (7%)	5 (16%)	
	1 à 3	10 (38%)	5 (15%)	
	> 3	15 (56%)	22 (69%)	
	Type de violence subie			
	Verbale	24 (86%)	26 (81%)	0,64
	Psychique	23 (82%)	22 (69%)	0,23
	Physique	27 (96%)	27 (84%)	0,12
	Sexuelle	3 (11%)	12 (38%)	0,02*
	Lieu des violences			0,26
	Domicile	21 (75%)	27 (87%)	
	Autre lieu	2 (7%)	0	
	En tous lieux	5 (18%)	4 (13%)	
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales			0,13
	Oui	11 (41%)	10 (33%)	
	Non car peur/honte/culpabilité	6 (22%)	14 (47%)	
	Non car non jugé nécessaire	10 (37%)	6 (20%)	
	Vie commune avec l'auteur des violences	9 (32%)	14 (44%)	0,36
	Démarche judiciaire débutée	13 (46%)	16 (50%)	0,78
	Date du dernier épisode de violence			0,053
	Quelques jours	23 (82%)	17 (53%)	
	Quelques semaines	2 (7%)	8 (25%)	
	Quelques mois	3 (11%)	7 (22%)	
	Fréquence des violences subies			0,06
	Quotidienne	6 (21%)	6 (22%)	
	Hebdomadaire	4 (14%)	12 (44%)	
	Mensuelle	12 (43%)	5 (19%)	
	Annuelle	6 (21%)	4 (15%)	
	Motivation actuelle de la consultation			0,4
	Médicale	13 (46%)	10 (31%)	
	Sociale	3 (11%)	7 (22%)	
	Autre	12 (43%)	15 (47%)	
	Moteur de la décision de consulter			0,55
	Patiente elle-même	13 (46%)	12 (39%)	
	Autre (tiers, campagne d'information...)	15 (54%)	19 (61%)	
Prise en charge	Patiente sous réquisition	2 (7%)	21 (65%)	< 10 ⁻⁴ *
	ITT			0,98
	≤ 3jours	17 (63%)	19 (68%)	
	> 3jours	10 (37%)	9 (32%)	

Parmi les patientes n'ayant pas spontanément demandé un CMI, 59% ont été incluses à l'UMJ ($p < 10^{-4}$), sous réquisition.

De façon significative ($p = 0,025$), les patientes demandant spontanément un CMI sont les patientes diplômées ou ayant fait des études supérieures (respectivement 36% et 46%), contrairement aux patientes sans diplômes qui représentent 47% des patientes ne demandant pas de CMI.

De plus, on observe que sur 8 patientes étudiantes toutes ont demandé un CMI. Au contraire, parmi les patientes ne demandant pas de CMI, 53% sont sans emploi ($p = 0,05$).

On peut remarquer que les patientes séparées de l'auteur des violences demandent moins de CMI (dans 81,8%), ainsi que les patientes en concubinage hors PACS et mariage ($p = 0,05$).

Concernant les addictions, parmi les quelques patientes admettant une consommation excessive d'alcool, aucune n'a demandé de CMI ($p = 0,03$).

Enfin, parmi les patientes victimes de violences sexuelles, 80% d'entre elles ne demandent pas de CMI ($p = 0,02$). Les autres types de violence subie n'aboutissent pas à une différence significative sur la demande de CMI.

IV. Discussion

Dans cette étude observationnelle, prospective et multicentrique, nous cherchions à mettre en évidence des facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de Travail établi par le médecin.

Notre étude n'a pas retrouvé de facteur descriptif socio-démographique significativement pertinent selon l'ITT attribuée. Cependant, certaines caractéristiques des violences subies sont davantage retrouvées lors de l'établissement d'une ITT supérieure à 3 jours, telles que le lieu où se déroule les violences (non restreint au domicile) et les modalités de consultation d'un professionnel de santé (réflexion antérieure sur les possibilités de consulter, consultation entrant dans le cadre d'une démarche judiciaire). Cependant, le type de violence et la fréquence des violences subies n'entraînent pas de différence significative sur les ITT attribuées.

De plus, il semble qu'un certain type de patiente (non diplômée, sans emploi, séparée de l'auteur des violences) ne demande pas de CMI.

Il est admis que les violences conjugales touchent l'ensemble des catégories socio-culturelles¹⁵. Plusieurs études, principalement rétrospectives¹⁶, se sont intéressées à ce sujet, sans retrouver de caractéristique spécifique des victimes. Notre étude prospective corrobore les résultats précédemment retrouvés puisque nous ne retrouvons pas de profil type de femme victime de violences conjugales. De plus, comme décrit récemment¹⁷, nous ne retrouvons pas de lien entre la sévérité des lésions subies et les caractéristiques socio-démographiques des patientes.

Nous nous sommes concentrés sur les femmes subissant des violences conjugales mais il faut rappeler que les hommes aussi peuvent en être victimes¹⁸.

Dans notre étude, les patientes incluses à l'UMJ étaient vues plus tardivement après le dernier épisode de violence contrairement aux femmes consultant dans les autres centres. Il faut mettre ce résultat en parallèle avec les modalités organisationnelles de chaque centre. En effet, les consultations de l'UMJ sont effectuées sur rendez-vous, parfois plusieurs jours après les faits. Ceci peut expliquer la différence retrouvée. De plus, les patientes consultant à l'UMJ entamaient davantage de démarche judiciaire à l'encontre de l'auteur présumé des violences. Il faut se rappeler que l'ensemble des patientes de ce centre étaient sous réquisition, et ont donc pu être informées par les forces de l'ordre des recours judiciaires qu'elles pouvaient entreprendre.

Dans notre étude, une démarche judiciaire a été initiée dans la moitié des cas. D'après la littérature¹⁹, les violences conjugales sont peu fréquemment suivies de plainte avec en moyenne 18% des victimes franchissant le pas chaque année.

On constate ici que moins de la moitié des victimes envisage initialement de consulter bien qu'un grand nombre ait déjà subi des violences par le passé. Bien que les campagnes d'information et les pouvoirs publics mettent en œuvre des stratégies pour lutter contre les violences conjugales, le principal problème reste de dépister les patientes. Pour comprendre cette difficulté, plusieurs points doivent être retenus.

L'un des obstacles incombe au personnel médical. En effet, comme décrit dans la littérature²⁰, plusieurs barrières empêchent les professionnels de santé de réaliser un dépistage systématique comme le refus d'intrusion dans la sphère privée de la patiente de peur de l'offenser et de voir la relation patient-médecin se dégrader, ou encore la délégation de responsabilité pour prendre en charge un problème social. La prise en charge des femmes dépistées doit également intégrer les comorbidités et le contexte social dans lequel les patientes évoluent, sinon la réponse apportée ne peut pas être appropriée²¹.

On sait aussi que les femmes qui consultent peuvent présenter des symptômes autres que les lésions corporelles²². De plus, les violences conjugales restent souvent invisibles car non rapportées par les victimes²³. Outre les freins psychologiques, certaines patientes conservent une vision idéalisée de leur couple malgré les épisodes violents et mettent en place des stratégies pour préserver leur idéal²⁴. Il faut également noter que la majorité des violences a lieu au domicile, et, avec les restrictions de mobilité depuis la crise sanitaire, on note une augmentation des cas de violences conjugales²⁵. La recherche d'aide par les victimes peut donc également être freinée par le caractère intimiste dans lequel les violences ont lieu, sans témoin direct.

Par ailleurs, il a été décrit dans certains cas des réactions sociales négatives à l'annonce des violences conjugales²⁶, et, d'après Hui et al.²⁷, les victimes de violences conjugales sont plus susceptibles de se sentir moins soutenues sur le plan émotionnel.

On comprend ainsi les difficultés pour repérer les femmes victimes de violences conjugales.

Cependant, on peut espérer un changement des pratiques, aussi bien dans la formation médicale au vu de la prise de conscience générale du problème posé par les violences conjugales, mais également dans la démarche des victimes puisqu'en plus de consulter pour des raisons médicales, une majorité de nos patientes avaient indiqué en écriture libre « porter plainte » et « gendarmerie » concernant leur motivation actuelle à consulter.

Notre étude présente plusieurs limites et biais.

Premièrement, nous avons une cohorte de petite taille avec des données manquantes sur le critère de jugement principal. Ceci peut entraîner un manque de puissance pour l'interprétation des résultats.

Deuxièmement, il existe dans notre étude un biais de sélection avec un effet-centre par la spécificité de recrutement de l'Unité Médico-Judiciaire (patientes uniquement sous réquisition). Bien qu'il s'agisse d'une étude multicentrique, ce biais n'est probablement pas entièrement corrigé au vu de notre faible effectif. De plus, on constate dans notre population une faible proportion de femmes victimes de violences sexuelles. Ce résultat est retrouvé dans la littérature⁴ où il apparaît que plus de la moitié des femmes victimes de violences sexuelles ne consultent pas de professionnel de santé. Cependant, il existe probablement une sous-estimation de leur nombre dans notre étude. Ainsi, pour avoir une population totalement représentative, il aurait été intéressant d'effectuer un recrutement aux urgences gynécologiques afin de ne pas méconnaître les femmes victimes de violences sexuelles.

Troisièmement, le questionnaire que nous avons créé n'a pas été évalué scientifiquement. Nous l'avons conçu en s'inspirant de critères retrouvés dans la littérature^{3,23}. Il comportait peu de questions fermées et certaines pouvaient entraîner un biais de mémorisation. De plus, en remplissant le questionnaire seules avant qu'il soit complété par le médecin, les patientes ont pu lire les derniers items concernant la prise en charge médicale et s'interroger sur leur volonté de demander un CMI avant même d'en parler avec le praticien. Ainsi, notre recueil du critère de jugement secondaire a pu être faussé.

Quatrièmement, il existe un biais de classement. En effet, telle que défini aujourd'hui, l'Incapacité Totale de Travail n'a pas de reproductibilité inter-observateur puisque que le médecin doit prendre en compte le retentissement psychologique de la victime. Ainsi, notre échelle d'évaluation principale reste subjective. Néanmoins, une étude récente montre une homogénéité de détermination de l'ITT par les médecins légistes d'une même unité²⁸.

Cinquièmement, nous avons conscience qu'il aurait été plus pertinent d'effectuer l'analyse du critère de jugement secondaire sur des ITT supérieures à 8 jours comme souhaité initialement, mais au vu du faible nombre d'ITT élevée nous avons décidé de ne pas procéder ainsi.

Cependant, l'une des forces de notre étude est qu'elle est la première à associer l'évaluation de l'ITT dans le cadre de violences conjugales. En effet, nous n'avons pas retrouvé de sources littéraires sur ce thème.

Dans notre étude, nous constatons cependant des ITT globalement faibles. Certaines violences (verbales, psychologiques) ne laissent pas de trace ou de déficit fonctionnel et entraînent peut-être des ITT moins élevées que lors de violences physiques avec lésions. De plus, le retentissement psychologique des victimes de violences conjugales, largement décrit dans la littérature, reste à l'appréciation du médecin et peut être difficile à évaluer sans échelle objective. Ainsi il se peut que le faible nombre d'ITT élevée retrouvé dans notre étude soit en accord avec les pratiques habituelles.

Les ITT établies n'excèdent généralement pas quelques jours. Cependant, il ne faut pas associer cela à une faible gravité. En effet, les violences graves sont complexes à caractériser et dépendent entre autres de la nature et localisation de la lésion, et du type de violence subie. L'ITT permet aux instances juridiques de qualifier les faits de violences et, dans certains cas d'ITT élevée d'évaluer la gravité des violences subies. La violence n'a pas d'intensité minimale et nous constatons que les femmes consultent après plusieurs épisodes. Les violences conjugales sont souvent chroniques, et l'évaluation d'un épisode aigu ne reflète pas l'ampleur d'une situation plus complexe.

Nous avons décidé de ne pas recontacter ultérieurement les patientes incluses. Ainsi, nous ne savons pas combien ont entamé une démarche judiciaire. Il faut bien intégrer que la détermination de l'ITT peut être par la suite utile à une procédure judiciaire. Cet aspect peut parfois être inconsciemment omis par les médecins urgentistes et généralistes, moins en lien avec les instances juridiques que les médecins légistes. Ainsi, afin qu'il soit un outil reproductible fiable, on pourrait imaginer une homogénéisation de l'évaluation de l'ITT au moins à l'échelle locale entre tous les acteurs de la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Comme il n'existe pas de caractéristique spécifique afin de repérer facilement les femmes victimes de violences conjugales, il est intéressant pour les praticiens de connaître leur fonctionnement afin de les accompagner au mieux.

De plus, nous comprenons ici que malgré une problématique mise en lumière, il n'est pas facile pour les victimes de consulter même après des récidives de violences. On peut également supposer que certaines patientes ne savent pas ce qu'est un certificat médical initial et son utilité. Devant ces situations difficiles, soigner les blessures physiques ne suffit pas. Ecouter et informer les patientes doit faire partie intégrante de la consultation.

V. Conclusion

En conclusion, au vu de l'absence de critère spécifique des femmes victimes de violences conjugales, il est nécessaire d'améliorer le dépistage par les professionnels de santé afin qu'il soit réalisé de manière systématique. En effet, malgré plusieurs épisodes de violences les patientes ne consultent pas forcément pour ce motif. En allant les questionner sur ce sujet, on peut donc imaginer prévenir les récurrences et améliorer la prise en charge médico-sociale de ces patientes.

De plus, il serait intéressant d'envisager une harmonisation des pratiques entre médecins urgentistes, généralistes et légistes concernant l'évaluation des victimes de violences conjugales afin d'homogénéiser les prises en charge.

Enfin, la remise d'un certificat médical initial ne doit pas être seulement automatique mais peut être un temps d'information sur les démarches judiciaires possibles.

VI. Bibliographie

1. ALI P. A., NAYLOR, P. B. Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 2013, vol 18, p.611-619.
2. OMS. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève, 2013.
3. HAS. Repérage des femmes victimes de violence au sein du couple. Recommandations pour la pratique clinique, 2019.
4. DIEU E, HIRSCHMANN A. Intervenir dès les signalements : analyses victimologiques du protocole interpartenarial de lutte contre les situations de violence conjugale (France). *Annales Medico-Psychologiques*, 2017, vol 176, p.327-336.
5. KOTHARI C. L, et al. Emergency department visits and injury hospitalizations for female and male victims and perpetrators of intimate partner violence. *Advances in Emergency Medicine*. 2015, vol 2015.
6. LEPPÄKOSKI T, et al. Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 2011, vol 19, p.27-36.
7. KOVALSKI D, et al. Violence against woman and the family physician approach : integrative Literature Review. *International Journal of Development Research*, 2017, vol. 07, p.17131-17138.
8. SABERI E, et al. Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2017, vol 374.
9. LOPEZ-OSSORIO J.J, et al. Risk factors related to intimate partner violence police recidivism in Spain, *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017, vol 17, p.107-119.

10. LYONS V.H, et al. Use of multiple failure models in injury epidemiology: a case study of arrest and intimate partner violence recidivism in Seattle, WA. *Injury Epidemiology*, 2019.
11. CHOI A W-M, et al. Clinical Features of Heterosexual Intimate Partner Violence Victims With Escalating Injury Severity, *Journal of Interpersonal Violence*, 2019.
12. Code pénal. Articles 222-11, 222-12 et 222-13.
13. FRATICELLI L, et al. Comparaison des durées d'incapacité totale de travail attribuées par médecins légistes et urgentistes, *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*, 2021.
14. GRILL S, et al. Incapacité totale de travail : Au vu des conséquences juridiques, la prudence est de mise. *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2008
15. FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL D. Violence against women in France: the context, findings and impact of the Enveff survey?. *Statistical Journal of the United Nations*, 2005, vol 22, p.289-300.
16. KEBEDE, et al. Wealth Inequality and Intimate Partner Violence : An Individual and Ecological Level Analysis Across 20 Countries. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021.
17. CLESSENS, et al. Analyse médico-légale du profil socio-économique de victimes féminines de violences conjugales en région liégeoise selon la gravité des blessures subies. *Revue Médicale de Liège*, 2021, vol.76, p.173-178.
18. EBOUAT, et al. Étude rétrospective descriptive relative aux hommes victimes de violences intrafamiliales. *La revue de médecine légale*, 2016.
19. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité », Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2019.
20. TARZIA L, et al. Personal barriers to addressing intimate partner abuse : a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioners' expériences. *BMC Health Services Research*, 2021.

21. GARCIA-MORENO, et al. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 2014, vol 385, p.1567-1579.
22. VICARD-OLAGNE, et al. Signs and symptoms of intimate partner violence in women attending primary care in Europe, North America and Australia : a systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 2021.
23. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France : occultation des violences par les femmes qui les subissent. 2000.
24. LELAURAIN, et al. When "the Dream Dies" But the Ideal Persists: Representations of the Couple Relationship and Its Connection To Intimate Partner Violence Expériences. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021.
25. BRINK, et al. Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic in Western and Southern European countries. *European Journal of Public Health*, 2021.
26. ULLMAN. Correlates of Social Reactions to Victims' Disclosures of Sexual Assault and Intimate Partner Violence : A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 2021.
27. HUI, et al. The association between life satisfaction, emotional support, and perceived health among women who experienced intimate Partner violence. *BMC Public Health*, 2021.
28. SCANVION, et al. Homogénéité de détermination de l'incapacité totale de travail par les médecins légistes : une étude prospective monocentrique. *La revue de médecine légale*, 2021.

VII. Annexes

Annexe 1. Questionnaire

QUESTIONNAIRE des PATIENTES MAJEURES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	
REPONSE OBLIGATOIRE A TOUTES LES QUESTIONS	
LIEU DE L'INCLUSION	SAU 45 ☐ SAU 37 ☐ UMJ 45 ☐ UMJ 37 ☐ SOS MEDECINS ☐
N° d'identification	1 ^{ère} lettre NOM et Prénom + date de naissance :
VICTIME DES VIOLENCES	
Age en années	 ans
Relation actuelle avec l'auteur des violences (1 réponse)	☐ Mariage ☐ PACS ☐ Concubinage ☐ Séparation ☐ Autre
Durée de la relation actuelle avec l'auteur des violences	 mois ou années
Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	☐ OUI ☐ NON
Niveau d'études (1 réponse)	☐ Jamais scolarisée ☐ Secondaire sans diplôme ☐ Diplôme qualifiant (bac ou équivalent) ☐ Etudes supérieures
Situation socioprofessionnelle actuelle (1 réponse)	☐ Sans emploi ☐ Etudiants ☐ Exploitants agricoles ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ☐ Employés et ouvriers ☐ Professions intermédiaires (entre cadre et ouvrier/employé) ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
Etes-vous enceinte ?	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas
Avez-vous des enfants à votre charge actuellement ?	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥ 3
Avez-vous subi des violences dans votre enfance ?	☐ NON ☐ OUI, des violences verbales ☐ OUI, des violences physiques (coup) ☐ OUI, des violences sexuelles
Consommez-vous de l'alcool en forte quantité ou avez-vous augmenté votre consommation depuis le début des violences ?	☐ OUI ☐ NON
Consommez-vous de la drogue en forte quantité ou avez-vous augmenté votre consommation depuis le début des violences ?	☐ OUI ☐ NON

Annexe 1. Questionnaire (suite)

AGRESSION SUBIE	
Nombre d'épisodes antérieurs par l'auteur actuel	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 - 3 ☐ > 3
Type de violences subies <i>plusieurs réponses possibles</i>	☐ Violences verbales (insultes, cris...) ☐ Violences psychologiques (propos humiliants, restriction des sorties...) ☐ Violences physiques (coups, agrippement, poussée...) ☐ Rapports sexuels <u>non consentis</u>
Lieu	☐ Domicile ☐ Lieu public ☐ Autre
Avez-vous déjà pensé consulter pour ce motif ?	☐ OUI ☐ NON car Peur/Honte/Culpabilité... ☐ NON car aucune nécessité jugée de voir un médecin
Vivez-vous toujours avec l'auteur des violences ?	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous débuté une démarche judiciaire pour les violences subies ?	☐ OUI ☐ NON
De quand date le dernier épisode de violences ?	 jour(s) ou semaine(s) ou mois
A quelle fréquence subissez-vous des violences	☐ Plusieurs fois par jour ☐ ... par semaine ☐ ... par mois ☐ ... par an
Motivation de la consultation actuelle <i>plusieurs réponses possibles</i>	☐ Médicale (soins des blessures, radiologie, biologie) ☐ Sociale (besoin de parler/d'être écoutée, souhait d'une protection...) ☐ Autre :
Moteur de la décision de consulter	☐ Patiente elle-même ☐ Tiers (proche, famille, voisin...) ☐ Campagne d'information/numéro ☐ Autre :
PRISE EN CHARGE (à remplir par le médecin)	
Consultation entrant dans le cadre d'une réquisition ?	☐ OUI ☐ NON
Volonté SPONTANEE de rédaction d'un certificat médical avant éventuelle incitation par le médecin	☐ OUI ☐ NON
Valeur de l'ITT	 JOURS

Annexe 2. Note d'information

Recherche non interventionnelle (catégorie 3 du L1121-1) **Facteurs descriptifs des femmes victimes de violences conjugales selon la durée de l'Incapacité Totale de Travail : étude prospective multicentrique**

Madame,

Votre médecin vous propose de participer à une étude ayant pour objectif de mettre en évidence les facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales en rapport avec l'ITT.

Les violences conjugales sont définies par tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font parties de cette relation. Elles sont un véritable problème de santé publique et touchent tous les milieux socio-culturels.

Un dépistage systématique par les professionnels de santé est recommandé, car, sans intervention, les cycles se succèdent en augmentant en intensité et en fréquence dans le temps.

C'est pourquoi, nous souhaitons préciser certains facteurs de risque afin de mieux dépister et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. L'exploitation des données recueillies aura pour but une action préventive, en recherchant des facteurs descriptifs de violence grave.

Cette étude, initiée par le Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Orléans, sera conduite sur les hôpitaux d'ORLEANS et de TOURS, ainsi que chez SOS médecin Tours, et concernera environ 500 patients.

Si vous acceptez de participer, lors de votre consultation, le médecin remplira avec vous le questionnaire fourni:

- La première partie recueille des données sociodémographiques et sur le mode de vie vous concernant (âge, origine principale, situation socio-professionnelle...).
- La deuxième partie porte sur les caractéristiques des violences subies.
- La troisième partie porte sur la prise en charge médicale des violences subies.

Votre participation est entièrement volontaire, et au cas où vous ne souhaiteriez pas participer, cela n'influencera en aucune façon la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Aucune visite ou examens supplémentaires ne sont liés à l'étude.

Le protocole de l'étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes le 24/02/2021.

Vous pouvez vous opposer à tout moment à participer à cette étude. Soit vous le ferez immédiatement au moment de la remise de ce formulaire en l'exprimant auprès du médecin lors de votre consultation, soit vous le ferez plus tard par courrier au Dr PASSERIEUX. Cette décision n'altèrera en aucune façon la qualité de la prise en charge par l'équipe médicale.

Quels sont vos droits ?

Pour cette recherche d'intérêt public, un traitement de vos données personnelles (informations qui vous concernent et qu'il est possible de relier à votre identité) va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif présenté ci-dessus.

Ces données seront identifiées par vos initiales. **Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.** Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées par le responsable scientifique de la recherche et éventuellement par des représentants des autorités sanitaires et judiciaires habilitées.

Le CHR d'ORLEANS, dans le cadre de collaborations futures, pourra également transférer ces données codées à des équipes scientifiques institutionnelles ou industrielles en France afin de poursuivre les recherches sur le sujet ou à des fins de recherche scientifique conformément aux alinéas i et j de l'article 9.2 du RGPD.

Votre identité ne sera révélée dans aucun rapport ou publication résultant de cette étude. Le traitement informatisé des données nominatives est conforme aux dispositions réglementaires permettant à un établissement de santé de traiter des données à des fins de recherche scientifique (art. 9.2 RGPD). Le responsable de ce traitement est le CHR d'ORLEANS, promoteur de la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée), et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous pouvez exercer les droits suivants sur les données qui vous concernent :

- Le droit de demander des informations sur le traitement de vos données et en demander une copie (droit d'accès).
- Le droit de demander la rectification des données qui vous concernent si celles-ci sont inexactes ou incomplètes ; pendant que nous examinons votre demande, vous avez le droit de limiter le traitement de vos données.
- Le droit de vous opposer au traitement de vos données à des fins de recherche scientifique, à tout moment et sans en avoir à justifier votre décision.
- Si vous vous opposez au traitement de vos données, vous pouvez demander l'effacement de vos données déjà collectées lorsque ces données ne sont plus nécessaires. Cependant, certaines données préalablement collectées ne pourront pas être effacées si leur suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation de l'objectif de l'étude ou de satisfaire une obligation légale.

En cas d'absence de réponse dans un délai d'un mois ou de contestation de celle-ci, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, CNIL – 3 place de Fontenay – TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 – Tél : 01.53.73.22.22 – www.cnil.fr).

Vous disposez également à tout moment d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Ces droits s'exercent auprès du responsable de traitement des données, ou par l'intermédiaire du médecin qui vous suit dans le centre dans lequel vous avez été pris en charge et qui connaît votre identité. Au cours ou à l'issue de la recherche, si vous souhaitez exercer votre droit d'accès sur vos données à caractère personnel, nous vous invitons à adresser votre demande auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Le Délégué à la Protection des Données, représentant le promoteur, peut être contacté pour toutes questions relatives à la protection des données par mail, à l'adresse dpo@chr-orleans.fr, ou par voie postale, à l'adresse du CHR d'ORLEANS.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée conforme aux dispositions réglementaires (minimum 15 ans), puis détruites.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez. Après un délai de réflexion, si vous vous opposez à participer à cette recherche, il vous suffit d'en informer l'équipe médicale. Un exemplaire du document complet vous sera remis.

Dr. PASSERIEUX

Annexe 3. Tableaux avec données manquantes

Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques de la population d'étude (n = 60)

	Lieu d'inclusion	SAU n=23 (38%)	UMJ n=21 (35%)	SOS n=16 (27%)	p	Données manquantes
Caractéristiques socio- démographiques	Age (moyenne ans +/- écart-type)		31 (+/- 11)		0,054	1
	Relation actuelle avec l'auteur des violences				0,84	0
	Union (mariage/PACS/concubinage)	16 (70%)	13 (62%)	10 (63%)		
	Séparation ou autre	7 (30%)	8 (38%)	6 (37%)		
	Durée de la relation actuelle (années)				0,55	0
	< 1,5	9 (39%)	3 (14%)	5 (31%)		
	1,5-6	9 (39%)	12 (57%)	8 (50%)		
	> 6	5 (22%)	6 (29%)	3 (19%)		
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	8 (35%)	8 (38%)	4 (25%)	0,69	0
	Niveau d'étude				0,9	0
	Secondaire sans diplôme	9 (39%)	7 (33%)	4 (25%)		
	Diplôme qualifiant	8 (35%)	7 (33%)	6 (37,5%)		
	Etudes supérieures	6 (26%)	7 (33%)	6 (37,5%)		
	Situation professionnelle				0,61	3
	Sans emploi	10 (43%)	9 (45%)	6 (43%)		
	Etudiante	4 (17%)	1 (5%)	3 (21%)		
	Avec emploi	9 (39%)	10 (50%)	5 (35%)		
	Patiente enceinte	0	0	2 (12%)	0,14	0
	Patiente ayant des enfants	12 (52%)	16 (76%)	6 (37%)	0,096	0
	Antécédents de violences dans l'enfance					
Caractéristiques des violences subies	Verbales	5 (23%)	5 (24%)	4 (25%)	0,98	1
	Physiques	7 (32%)	3 (14%)	3 (19%)	0,34	1
	Sexuelles	5 (23%)	2 (10%)	1 (6%)	0,27	1
	Consommation excessive d'alcool	2 (9%)	3 (14%)	0	0,3	0
	Consommation excessive de drogue	1 (4%)	1 (5%)	1 (6%)	0,96	0
	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur				0,78	1
	0	3 (13%)	1 (5%)	3 (20%)		
	1 à 3	7 (30%)	5 (24%)	3 (20%)		
	> 3	13 (56%)	15 (71%)	9 (60%)		
	Type de violence subie	18 (78%)				
	Verbale	17 (74%)	19 (90%)	13 (81%)	0,54	0
	Psychique	23	16 (76%)	12 (75%)	0,98	0
	Physique	(100%)	17 (81%)	14 (87%)	0,1	0
	Sexuelle	5 (22%)	8 (38%)	2 (13%)	0,18	0
	Lieu des violences				0,09	1
	Domicile	19 (83%)	19 (91%)	10 (67%)		
	Autre lieu	2 (9%)	0	0		
	En tous lieux	2 (9%)	2 (10%)	5 (33%)		
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales				0,27	3
	Oui	6 (26%)	10 (50%)	5 (36%)		
	Non car peur/honte/culpabilité	10 (44%)	7 (35%)	3 (21%)		
	Non car non jugé nécessaire	7 (30%)	3 (15%)	6 (43%)		
	Vie commune avec l'auteur des violences	12 (53%)	8 (38%)	3 (19%)	0,1	0
	Démarche judiciaire débutée	8 (35%)	16 (76%)	5 (31%)	0,006*	0
	Date du dernier épisode de violence				< 10 ⁴	0
	Quelques jours	19 (83%)	6 (29%)	15 (94%)		
	Quelques semaines	1 (4%)	8 (38%)	1 (6%)		
	Quelques mois	3 (13%)	7 (33%)	0		
	Fréquence des violences subies				0,66	5
	Quotidienne	5 (23%)	3 (18%)	4 (25%)		
	Hebdomadaire	6 (27%)	7 (41%)	3 (19%)		
	Mensuelle	7 (32%)	5 (29%)	5 (31%)		
	Annuelle	4 (18%)	2 (12%)	4 (25%)		
	Motivation actuelle de la consultation				0,1	0
	Médicale	13 (56%)	4 (19%)	6 (38%)		
	Sociale	2 (9%)	6 (29%)	2 (12%)		
	Autre	8 (35%)	11 (52%)	8 (50%)		
	Moteur de la décision de consulter				0,69	0
	Patiente elle-même	11 (48%)	7 (35%)	7 (44%)		
	Autre (tiers, campagne d'information...)	12 (52%)	13 (65%)	9 (56%)		
Prise en charge			21		< 10 ⁴	0
	Patiente sous réquisition	2 (9%)	(100%)	0		
	Demande de CMI	14 (61%)	2 (10%)	12 (75%)	< 10 ⁴	0
	Valeur d'ITT attribuée			11	0,92	5
	≤ 3jours	13 (59%)	12 (70%)	(68,5%)		
	> 3jours	9 (41%)	5 (30%)	5 (31,5%)		

Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de Travail

		ITT<3J n=36	ITT≥3J n=19	P	Données manquantes
Caractéristiques socio-démographiques	Lieu d'inclusion			0,72	0
	SAU	13 (36%)	9 (47%)		
	UMJ	12 (33%)	5 (26%)		
	SOS médecin	11 (31%)	5 (26%)		
	Age (années)			0,26	1
	≤22	11 (31%)	5 (28%)		
	23-29	12 (33%)	2 (11%)		
	30-38	7 (19%)	6 (33%)		
	>38	6 (17%)	5 (28%)		
	Relation actuelle avec l'auteur des violences			0,52	0
	Union (mariage / PACS / concubinage)	24 (67%)	11 (58%)		
	Séparation ou autre	12 (33%)	8 (42%)		
	Durée de la relation actuelle (années)			0,98	0
	< 1,5	11 (31%)	5 (26%)		
	1,5-6	17 (48%)	9 (48%)		
	> 6	8 (22%)	5 (26%)		
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	13 (36%)	6 (32%)	0,73	0
	Niveau d'étude			0,7	0
	Secondaire sans diplôme	11 (31%)	8 (42%)		
	Diplôme qualifiant	14 (39%)	6 (32%)		
	Etudes supérieures	11 (31%)	5 (26%)		
	Situation professionnelle			0,08	3
	Sans emploi	14 (41%)	10 (56%)		
	Etudiante	8 (24%)	0		
	Avec emploi	12 (35%)	8 (44%)		
	Patiente enceinte	1 (3%)	1 (5%)	0,89	0
	Patiente ayant des enfants	18 (50%)	12 (63%)	0,43	0
	Antécédents de violences dans l'enfance			0,88	
	Verbales	8 (23%)	4 (21%)	0,59	1
	Physiques	7 (20%)	5 (26%)		1
	Sexuelles	2 (6%)	5 (26%)	0,03*	1
	Consommation excessive d'alcool	1 (3%)	3 (16%)	0,08	0
	Consommation excessive de drogue	1 (3%)	1 (5%)	0,64	0

Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon l'Incapacité Totale de Travail (suite)

		ITT<3J n=36	ITT≥3J n=19	p	Données manquantes
Caractéristiques des violences subies	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur			0,25	1
	0	6 (17%)	1 (5%)		
	1 à 3	8 (23%)	7 (37%)		
	> 3	21 (60%)	11 (58%)		
	Type de violence subie				
	Verbale	28 (78%)	18 (95%)	0,1	0
	Psychique	24 (67%)	16 (84%)	0,17	0
	Physique	31 (86%)	19 (100%)	0,09	0
	Sexuelle	8 (22%)	4 (21%)	0,9	0
	Lieu des violences			0,001*	1
	Domicile	32 (91%)	11 (58%)		
	Autre lieu	2 (6%)	0		
	En tous lieux	1 (3%)	8 (42%)		
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales			0,04*	3
	Oui	11 (32%)	8 (44%)		
	Non car peur/honte/culpabilité	10 (29%)	9 (50%)		
	Non car non jugé nécessaire	13 (38%)	1 (6%)		
	Vie commune avec l'auteur des violences	15 (42%)	6 (32%)	0,46	0
	Démarche judiciaire débutée	13 (36%)	11 (58%)	0,12	0
	Date du dernier épisode de violence			0,76	0
	Quelques jours	26 (72%)	14 (74%)		
	Quelques semaines	6 (17%)	2 (11%)		
	Quelques mois	4 (11%)	3 (16%)		
	Fréquence des violences subies			0,77	5
	Quotidienne	8 (26%)	3 (16%)		
	Hebdomadaire	8 (26%)	7 (37%)		
	Mensuelle	9 (29%)	6 (32%)		
	Annuelle	6 (19%)	3 (16%)		
	Motivation actuelle de la consultation			0,009*	0
	Médicale	16 (44%)	6 (32%)		
	Sociale	9 (25%)	0		
	Autre	11 (31%)	13 (68%)		
	Moteur de la décision de consulter			0,16	1
	Patiente elle-même	18 (51%)	6 (32%)		
	Autre (tiers, campagne d'information...)	17 (49%)	13 (68%)		
Prise en charge	Patiente sous réquisition	14 (39%)	5 (26%)	0,35	0
	Demande de CMI	17 (47%)	10 (53%)	0,7	0

Tableau 3. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon la demande de Certificat Médical Initial

		CMI + n=28	CMI - n=32	P	Données manquantes
Caractéristiques socio- démographiques	Lieu d'inclusion			<10 ⁻⁴ *	0
	SAU	14 (50%)	9 (28%)		
	UMJ	2 (7%)	19 (59%)		
	SOS médecin	12 (43%)	4 (13%)		
	Age (années)			0,32	1
	≤22	10 (35%)	6 (19%)		
	23-29	7 (25%)	7 (23%)		
	30-38	7 (25%)	8 (26%)		
	>38	4 (14%)	10 (32%)		
	Relation actuelle avec l'auteur des violences			0,05*	0
	Mariage	7 (25%)	7 (22%)		
	PACS	1 (4%)	0		
	Concubinage	10 (36%)	14 (44%)		
	Séparation	2 (7%)	9 (28%)		
	Autre	8 (29%)	2 (6%)		
	Durée de la relation actuelle (années)			0,59	0
	< 1,5	9 (32%)	8 (25%)		
	1,5-6	12 (42%)	17 (54%)		
	> 6	7 (25%)	7 (22%)		
	Antécédents de violences conjugales par un autre auteur	10 (36%)	10 (31%)	0,71	0
	Niveau d'étude			0,025*	0
	Secondaire sans diplôme	5 (18%)	15 (47%)		
	Diplôme qualifiant	10 (36%)	11(34%)		
	Etudes supérieures	13 (46%)	6(19%)		
	Situation professionnelle			0,05*	3
	Sans emploi	9 (33%)	16 (53%)		
	Etudiante	8 (30%)	0		
	Avec emploi	10 (37%)	14 (47%)		
	Patiente enceinte	1 (4%)	1 (3%)	0,77	0
	Patiente ayant des enfants	13 (46%)	21 (66%)	0,08	0
	Antécédents de violences dans l'enfance				
	Verbales	6 (21%)	8 (26%)	0,69	1
	Physiques	5 (18%)	8 (26%)	0,46	1
	Sexuelles	5 (18%)	3 (10%)	0,36	1
	Consommation excessive d'alcool	0	5 (16%)	0,03*	0
	Consommation excessive de drogue	2 (7%)	1 (3%)	0,48	0

Tableau 3. Caractéristiques épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales selon la demande de Certificat Médical Initial (suite)

		CMI + n=28	CMI - n=32	p	Données manquantes
Caractéristiques des violences subies	Nombre d'épisodes antérieurs par le même auteur			0,26	1
	0	2 (7%)	5 (16%)		
	1 à 3	10 (38%)	5 (15%)		
	> 3	15 (56%)	22 (69%)		
	Type de violence subie				
	Verbale	24 (86%)	26 (81%)	0,64	0
	Psychique	23 (82%)	22 (69%)	0,23	0
	Physique	27 (96%)	27 (84%)	0,12	0
	Sexuelle	3 (11%)	12 (38%)	0,02*	0
	Lieu des violences			0,26	1
	Domicile	21 (75%)	27 (87%)		
	Autre lieu	2 (7%)	0		
	En tous lieux	5 (18%)	4 (13%)		
	Patiente ayant déjà pensé consulter pour violences conjugales			0,13	3
	Oui	11 (41%)	10 (33%)		
	Non car peur/honte/culpabilité	6 (22%)	14 (47%)		
	Non car non jugé nécessaire	10 (37%)	6 (20%)		
	Vie commune avec l'auteur des violences	9 (32%)	14 (44%)	0,36	0
	Démarche judiciaire débutée	13 (46%)	16 (50%)	0,78	0
	Date du dernier épisode de violence			0,053	
	Quelques jours	23 (82%)	17 (53%)		
	Quelques semaines	2 (7%)	8 (25%)		
	Quelques mois	3 (11%)	7 (22%)		
	Fréquence des violences subies			0,06	5
	Quotidienne	6 (21%)	6 (22%)		
	Hebdomadaire	4 (14%)	12 (44%)		
	Mensuelle	12 (43%)	5 (19%)		
	Annuelle	6 (21%)	4 (15%)		
	Motivation actuelle de la consultation			0,4	0
	Médicale	13 (46%)	10 (31%)		
	Sociale	3 (11%)	7 (22%)		
	Autre	12 (43%)	15 (47%)		
	Moteur de la décision de consulter			0,55	1
	Patiente elle-même	13 (46%)	12 (39%)		
	Autre (tiers, campagne d'information...)	15 (54%)	19 (61%)		
Prise en charge	Patiente sous réquisition	2 (7%)	21 (65%)	< 10 ⁻⁴ *	0
	ITT			0,98	5
	≤ 3 jours	17 (63%)	19 (68%)		
	> 3 jours	10 (37%)	9 (32%)		

Vu, le Directeur de Thèse



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

GIMONNET—LOPEZ Lola

47 Pages – 3 Tableaux – 3 Figures – 3 Annexes

Facteurs descriptifs des femmes victimes de violences conjugales en rapport avec l'Incapacité Totale de Travail : étude prospective multicentrique

Introduction : Les violences conjugales subies par les femmes sont un problème de santé publique. Elles touchent tous les milieux socio-culturels, avec plusieurs facteurs de risque identifiés. Un dépistage systématique par les professionnels de santé est recommandé pour enrayer les récidives, avec rédaction d'un certificat médical initial (CMI) mentionnant l'Incapacité Totale de Travail (ITT).

Méthode : Etude observationnelle, prospective, multicentrique dont le recueil a été effectué sur cinq mois.

L'objectif principal est la recherche de facteurs descriptifs des patientes victimes de violences conjugales selon la durée de l'Incapacité Totale de Travail fixée par le médecin.

Les objectifs secondaires sont la mise en évidence de facteurs descriptifs des patientes présentant une ITT supérieure à huit jours, et la proportion de patientes demandeuses d'un certificat médical initial de coups et blessures.

Résultats : 60 patientes ont été incluses dans l'étude.

L'établissement d'une ITT d'au moins trois jours est significativement associé à des violences subies en tout lieu ($p = 0,001$) et une volonté antérieure de consulter pour violences conjugales ($p = 0,04$).

Il y a significativement moins de demande spontanée de CMI chez les patientes n'ayant pas fait d'études supérieures ($p = 0,025$) ou sans emploi ($p = 0,05$).

Conclusion : Un meilleur dépistage permettrait de prévenir les récidives et d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patientes victimes de violences conjugales. L'établissement du CMI est l'occasion de les informer des démarches qu'elles peuvent entreprendre.

Mots-clés : violences conjugales, Incapacité Totale de Travail, certificat médical initial.

Jury :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Julien PASSERIEUX

Membres du Jury : Professeur Marc LAFFON
Docteur Victoria CARRE

Date de soutenance : lundi 4 octobre 2021