

TRACER, REPÉRER ET ACCOMPAGNER AU MOYEN D'UN QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LES HÔPITAUX DE L'EST FRANCILIEN LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (TRAQUE-VFF) : MÉTHODOLOGIE ET PREMIERS RÉSULTATS

*DRAW, SPOT AND ACCOMPANY BY MEANS OF
A QUESTIONNAIRE USED IN EASTERN PARIS SUBURB
HOSPITALS. Violence against women (TRAQUE-VFF):
methodology and first results*

B. MARC*, I. HANAFY*, M. LECLÈRE*, A. ABAZA**, E. WAFO*** & J. REBOUL-MARTY****

RÉSUMÉ

Les violences au sein du couple sont un problème majeur avec des implications sociales, économiques et

des conséquences sur la morbidité et la mortalité. Elles constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche. Le repérage des violences faites aux femmes doit être un outil diagnostique donné aux soignants

* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France

** Fédération de la recherche clinique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Meaux, France)

*** Service de gynécologie-obstétrique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

**** Département d'information médicale Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

Dr B. MARC, Chef de service UMJ, référent VFF, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF), Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire, 77600 Jossigny, France, bmarc@ghef.fr

hospitaliers, en particulier dans les services comme le service de gynécologie-obstétrique, avant de leur permettre une action pénale, judiciaire ou sociale et d'envisager la protection des femmes et des enfants. Raccourcir le délai entre le premier fait de violences commis et la première plainte est un moyen de prévention et de protection efficace largement développé par la Convention signée par le Conseil de l'Europe. Le protocole TRAQUE-VFF du Grand Hôpital de l'Est Francilien (Seine-et-Marne, France) se décline en trois points :

- a) former les professionnels soignants (médicaux et non-médicaux) pour le repérage, la prise en charge, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences ;
- b) faciliter le repérage des victimes de violences faites aux femmes par l'utilisation d'un questionnaire comportant cinq questions portant sur les violences psychologiques, le contrôle par le partenaire, la peur générée par lui, les menaces et violences physiques, les abus sexuels ;
- c) apporter aux femmes victimes de violences faites aux femmes une réponse sanitaire, sociale et juridique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec l'unité médico-judiciaire, le service social, et les associations d'aide aux victimes.

Les 303 premiers questionnaires recueillis l'ont été facilement avec une réponse presque toujours dès la première fois (97,7%). Parmi les 296 questionnaires remplis, 34 femmes ont donné au moins une réponse positive soit 11,5%. Parmi les femmes interrogées, 7,26% avaient subi violences psychologiques, 3,96% le contrôle par le partenaire, 5,94% la peur générée par lui, 3,96% les menaces et violences physiques et 1,65% des abus sexuels. Pour presque la moitié des femmes ayant été victimes de violences, celles-ci étaient multiples. Suite à ce repérage et au suivi, 9 femmes sur 30 (30%) ont débuté des actions, souvent multiples (psychologue et juriste, plainte et consultation par un médecin légiste, consultation du service social et recours à un juge pour une action civile.

MOTS-CLÉS

Violences faites aux femmes, Grossesse, Service de gynécologie-obstétrique, Unité médico-judiciaire, TRAQUE-VFF, Prévention, Protection judiciaire et sociale.

ABSTRACT

Domestic violence is a major problem with social and economic impact as well as consequences on morbidity and mortality. They constitute a danger for maternal

and perinatal health, increasing by 1.9 the risk of miscarriage. Tracking violence against women must be a diagnosis tool given to hospital staff, especially in gynaecology and obstetrics services, before allowing either a penal, judicial or social action and envisaging women and children protection.

Shortening the delay between the first committed act of violence and the first complaint offers an effective prevention and protection tool widely developed by the Convention signed by European Council.

The so-called TRAQUE-VFF protocol from the Grand Hôpital de l'Est Francilien (Seine-et-Marne, France) acts on three levels:

- i) Train the nursing professionals (medical and not medical) for the location, the care, the information and the orientation of the women victims of violence;*
- ii) Facilitate the location of the victims of violence against women by the use of a questionnaire containing five questions concerning the psychological violence, the control by the partner, the fear generated by him, the threats and the physical violence, the sexual abuses;*
- iii) Bring to the women victims of violence against women a sanitary, social and legal answer within the framework of a coordinated coverage.*

The first 303 collected questionnaires were it easily with an answer almost always from the first time (97,7%). Among 296 filled questionnaires, 34 women gave at least a positive answer that is 11.5%. Among the questioned women, 7.26% had undergone psychological violence, 3.96% controls by the partner, 5.94% the fear generated by him, 3.96% the threats and the physical violence and 1.65% the sexual abuses. For almost half of the women having been victims of violence, these were multiple. Further to this tracking and to the follow-up, 9 women on 30 (30%) began actions, often multiple (psychologist and jurist, complaint and consultation by a medical examiner, a consultation of the social services department and resort to a judge for a civil action).

KEYWORDS

Violence against women, Pregnancy, gynaecology and obstetrics, Forensic medicine unit, TRAQUE-VFF, Prevention, Social and judicial protection.

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. [1] Les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génésique des victimes jusqu'à la dépres-

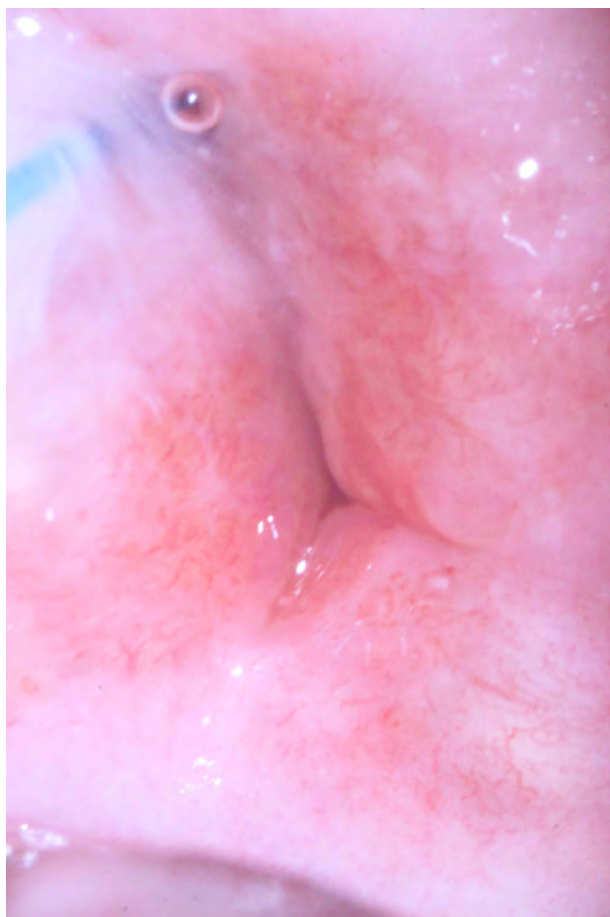


Photo 1 : Aspect tuméfié col utérin suite AS.

sion (symptômes anxio-dépressifs), la psycho-somatization (maladies chroniques) et le syndrome de stress post-traumatique (PTSD). [2] Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17% celui d'une naissance prématurée. [3]

Travaillant depuis un certain temps sur le sujet des violences conjugales, nous intervenons tant auprès des auteurs que des victimes, dans la prise en soins, mais également dans la prévention (souvent secondaire) dont on sait qu'elle est beaucoup plus difficile d'atteinte pour les femmes victimes. Les associations sont présentes, les brochures distribuées, les affiches placardées, mais aucune ne suffit à permettre d'engager les démarches aisément. Le système de santé est en France le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences. [3] A partir de ces constatations, il est apparu que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles) [4], doit être un outil diagnostique donné aux soignants hospitaliers, en particulier dans les services comme le service de gynécologie-obstétrique dans lequel les femmes sont suivies pour leur grossesse, avant de leur permettre une action pénale,

judiciaire ou sociale et d'envisager la protection des femmes et des enfants.

Les unités médico-judiciaires, tout comme les services judiciaires savent bien le délai entre le premier fait de violences commis et la première plainte, seule à même de déclencher tout le dispositif judiciaire et social de protection, largement développé par la Convention d'Istanbul récemment signée par le Conseil de l'Europe [5]. Ce délai peut avoir des conséquences fatidiques, bien répertoriées par un bilan médico-légal annuel [6] mais aussi des conséquences sur la santé physique, psychique et génitale des victimes [2,3].

À force d'études, de lectures, de constats professionnels (d'un point de vue médico-psycho-légal), nous nous sommes aperçus qu'il fallait une incitation toujours plus directe pour espérer des résultats. Dans le but de repérer vite pour agir plus tôt, un simple questionnaire portant sur différents types de violences pouvant justifier d'un repérage a été proposé aux femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien (site de Marne-la-Vallée). Le questionnaire proposé est concis (5 questions), simple (réponses par oui ou non) et direct (phrases courtes, mais ciblées sur les cinq types de violences que l'on rencontre dans la maltraitance conjugale : verbales [insultes, cris], socio-économiques [relations, finances], psychologiques [intimidations, humiliations], physiques [coups, matériel] et / ou sexuelles [rapports forcés]). Il est accompagné simultanément d'une information aux patientes victimes, dans le cadre de cette étude, menée dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016). [7] Le but est que, si un questionnaire posé à l'occasion d'une consultation au long d'un suivi de grossesse contient une ou des réponses positives, la patiente soit recontactée, un mois plus tard, au numéro qu'elle aura donné, pour juger du suivi et des effets sur la protection de la femme enceinte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. Elles touchent tous les milieux socio-culturels, religieux, économiques, ruraux ou urbains. On estime que 30% de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38% des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en France, au cours de l'année 2015, 136 personnes sont décédées, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé ou bien « ex » dans les trois catégories) [6].

Le système de santé est le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences : en France, un quart des femmes victimes en parlent premièrement à un

médecin (alors que 18% seulement se rendent au commissariat de police).

A partir de ces constatations, il apparaît que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles – Cf. questionnaire infra), doit être un outil diagnostique donné aux soignants dans le monde hospitalier, en particulier dans les services ciblés : services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de chirurgie et de psychiatrie.

Cet état des lieux est dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) [7] et dans celui de la circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. [8]

DÉROULEMENT DU PROTOCOLE

Le protocole Tracer, Repérer et Accompagner au moyen d'un Questionnaire Utilisé dans les hôpitaux de l'Est Francilien les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF) est une étude observationnelle de l'efficacité du repérage des situations de violences faites aux femmes, par des professionnels de santé hospitaliers formés, mesurée sur les critères de mise en route d'actions personnalisées de santé publique et/ou de protection.

Le protocole TRAQUE-VFF est une Formation / Action qu'il est possible de décliner en trois points :

A) former les professionnels soignants (médicaux et non-médicaux) pour le repérage, la prise en charge, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences au moyen de formations régulières (par les intervenants de l'UMJ, des associations, du service social) avec utilisation des outils pédagogiques mis à disposition par la MIPROF et explication de l'entretien spécifique et de l'emploi du questionnaire de repérage dans leur pratique de soins.

B) faciliter le repérage des victimes de violences faites aux femmes par l'utilisation d'un questionnaire comportant cinq questions (dont l'utilisation est expliquée aux professionnels) dont la réponse demandée est binaire OUI ou NON :

- 1° Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaisée, insultée, humiliée ?
- 2° A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ?
- 3° Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ?
- 4° Vous a-t-il déjà menacé physiquement ou a-t-il déjà été violent ?

5° Vous a-t-il déjà imposé des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ?

C) apporter aux femmes victimes de violences faites aux femmes une réponse sanitaire, sociale et juridique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des femmes victimes par tous les acteurs concernés (notamment par les services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie et de psychiatrie, par les psychologues, médecins légistes, le service social, et les associations d'aide aux victimes). Cette réponse fait appel aux partenaires utiles au sein de l'établissement hospitalier (en particulier l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) et les services sociaux) ainsi que les autres acteurs locaux institutionnels et associatifs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes.

Selon les réponses au premier questionnaire, un contact est repris avec les victimes, téléphoniquement, selon des modalités de discrétion pré-définies. L'action de prévention est vérifiée chez les femmes dont le questionnaire s'est avéré positif (sur au moins une question) et qui ont reçu une réponse adéquate, par un questionnaire de suivi à un mois (effectué par un rappel téléphonique) pour savoir quelles ont été les suites données par la personne (plainte, consultation d'un juriste, prise en charge sanitaire et social).

Ce rappel évalue les effets à un mois de la prise en charge et de l'information donnée en relevant les éléments suivants :

« Avez-vous consulté un médecin au sujet des VFF ? »

« Avez-vous consulté un psychologue ? »

« Avez-vous consulté un juriste des associations d'aide aux victimes (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ? »

« Avez-vous eu recours au service social (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ? »

« Avez-vous bénéficié d'une consultation auprès de l'UMJ (hors réquisition – médicale et/ou psychologue) ? »

« Avez-vous déposé plainte ? »

« Avez-vous bénéficié d'un examen sur réquisition à l'UMJ (médical et/ou psychologique), après plainte judiciaire ? »

« Avez-vous intenté une action judiciaire autre (civile, affaires familiales, juge des enfants) ? »

« Sur une échelle de 1 à 5, à combien estimeriez-vous l'intérêt du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans les démarches que vous avez effectuées ? »

« Sur une échelle de 1 à 5, à combien vous trouvez satisfaite du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans lors d'un accueil pour un autre motif ? »



Photo 2 : Lésions palmaires de défense contre arme blanche.

© Dr Bernard Marc

CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Peuvent être incluses les femmes adultes enceintes suivies par le service gynécologie- obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (et bénéficiant d'une dizaine de rendez-vous en neuf mois) ayant accepté l'entrée dans l'étude observationnelle respectant strictement les conditions du secret professionnel (passation du questionnaire et acceptation d'un rappel téléphonique à un mois de distance).

Les motifs de non-inclusion comprennent le refus des patientes, la minorité des femmes enceintes, les femmes enceintes privées de liberté ou hospitalisées sous contrainte, les femmes pour lesquelles le barrage de la langue rend impossible la compréhension du questionnaire et de ses annexes.

ANALYSE STATISTIQUE

Suivant les règles éthiques de la recherche, celles de la clinique hospitalière et la déontologie médicale et psychologique, les données sont recueillies pour analyse de façon anonyme grâce à un système de codage. La confidentialité la plus stricte est respectée à chaque étape du déroulement de ce protocole, du premier questionnaire posé à l'occasion d'une des consultations au long du suivi de la grossesse et lors de l'entretien à un mois, si les réponses ont été positives. Les résultats obtenus de chaque participante font ensuite l'objet d'un traitement statistique anonymisé avant de faire l'objet de synthèses et présentations.

Les femmes sollicitées qui ne voudront explicitement pas participer à cette étude, envisageant la possibilité qu'une crainte les fasse prendre cette décision, reçoivent des éléments simples et rapides quant à la possibilité d'être entendues si elles étaient victimes de violences conjugales. À celles qui répondent, si au moins une réponse positive est donnée, sont donnés conseils et orientation, avant que celles qui auront donné au moins une réponse positive ne soient rappelées un mois plus tard afin de répondre à un second questionnaire téléphonique visant à évaluer les démarches médico-socio-psycho-judiciaires et l'impact de l'intervention primaire.

Deux objectifs primaires ont été définis :

- ✓ Repérage des violences faites aux femmes (dépistage, aide à la révélation, orientation et prévention) ;
- ✓ Effet du repérage sur une prise en charge sanitaire, sociale, judiciaire.

Les critères d'observation du repérage comportent :

- 1) Le taux d'exhaustivité jugé par le rapport entre le nombre de femmes vues pour le suivi de leur grossesse et le nombre de femmes ayant accepté de participer ;
- 2) Le taux de réponses jugé par rapport au nombre de questionnaires positifs par rapport au nombre d'entrées enregistrées dans le service cible et au nombre de réponses positives par questionnaire (de 1 à 5 possibles) par rapport au nombre total de passations ;
- 3) Le nombre (mensuel) de questionnaires correctement remplis.

Les critères d'observation des effets du repérage comportent le nombre de rappels possibles, le nombre

d'acceptations du questionnaire à un mois, les effets sur la prise en charge sanitaire, sociale et judiciaire des questionnaires remplis par le professionnel.

Un objectif secondaire a également été défini, celui de la validation de la formation des professionnels selon le nombre et la qualité de questionnaires remplis et leurs effets.

Ses critères d'observation sont :

- 1) Le nombre de questionnaires remplis par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique au fil des mois et à distance de la formation initiale) ;
- 2) La qualité de la passation des questionnaires (de une à cinq questions posées et de zéro à cinq réponses positives) par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique des soignants au fil des mois et à distance de la formation initiale).

MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE

Le nombre d'inclusions a été défini, sur une période d'un an, en estimant que 75% des femmes suivies pour leur grossesse dans le service de gynécologie-obstétrique du site hospitalier de Marne-la-Vallée (3 600 accouchements/an) accepteraient de répondre au questionnaire 1 donc un nombre d'inclusion de 2 400 à 2 880 en fonction des fourchettes d'estimation. Comme dans la population générale, le taux de femmes ayant subi, au moins une fois au cours de leur vie, une violence conjugale est de 30%, l'hypothèse était que le taux de questionnaire positif serait identique (oui à au moins 1 des 5 questions) donc, sur 2 400 à 2 880 inclusions (questionnaires « passés »), le nombre de réponses positives serait compris entre 720 à 860. Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20% pourraient enclencher une action sanitaire sociale ou judiciaire soit de 140 à 170 procédures diverses.

Analyse statistique (efficacité selon les critères primaires et secondaires) : Les analyses statistiques seront faites avec le logiciel SAS version 9.3.

Une analyse uni-variée descriptive finale reposera sur des items qualitatifs décrits par des pourcentages et un intervalle de confiance à 5% (par exemple : les taux de réponse positive au questionnaire initial) et sur des items quantitatifs (par exemple l'âge) décrits par leur moyenne et leur écart-type.

Une analyse uni-variée comparative finale sera établie par rapport aux réponses au second questionnaire, avec 2 groupes de femmes identifiés : « Action + » : celles ayant enclenché une action suite à la détection de la violence conjugale et « Action - » celles qui ne l'ont pas fait (lui-même composé de deux sous-groupes : celles qui ne veulent pas le faire et celles qui

vont le faire, i.e. ayant eu besoin d'un délai de réflexion plus grand ou de la deuxième incitation que constitue ce second questionnaire) Le test du Chi2 comparera le taux de réponse positive à chaque question du questionnaire 1 entre les groupes « Action + » et « Action - », permettant ainsi de déterminer lesquelles permettent de prédire l'enclenchement de l'action ; ce seront les variables prédictives de l'action. Le test du Chi2 le taux de satisfaction et le taux d'efficacité estimé par la participante elle-même entre les groupes « Action + » et « Action - ».

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

L'étude a pu débuter en avril 2017, après des formations des différents professionnels du service de gynécologie-obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (Dr E. Wafo) avec des difficultés de mise en place de formations complètes, au vu de la charge de travail des différents professionnels impliqués, formés et formateurs.

Plus de 1 100 femmes ont été suivies pour leur grossesse de début avril 2017 à fin juillet 2017, mais seulement 303 questionnaires d'inclusion ont été réceptionnés par la psychologue de l'UMJ chargée de recontacter les femmes à un mois, selon les modalités définies.

Les femmes interrogées étaient le plus souvent au second ou bien au troisième trimestre de leur grossesse (moyenne : 2,56).

Lorsque les questionnaires ont été proposés, la réponse a été très majoritaire (97,7%, 7 refus de participation) et le questionnaire a été presque toujours été rempli dès sa première présentation (293/303 ; moyenne 1,02), demandant rarement une seconde (9/303) ou troisième présentation (1/303).

Parmi les 296 questionnaires remplis, 34 femmes ont donné au moins une réponse positive soit 11,5%, pourcentage relativement faible sans doute par sous-estimation de certaines violences ou par la courte vie en couple.

En effet, la population concernée par ces questionnaires était jeune, au moins dans la vie génésique, car le nombre moyen d'enfants à charge était de 1 (moyenne : 0,99), avec un grand nombre de primigestes parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, ceci confirmant l'existence des violences conjugales dès les premiers temps des vies de couple, et souvent leur renforcement lors, ou autour, d'une grossesse.

La réponse positive à la question : « Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaissée, insultée, humiliée ? » concerne 22/34 (7,26% de la totalité des 303 réponses) des femmes ayant répondu positivement, celle à la question « A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ? » 12/34 (3,96% de la totalité des réponses), celle à la question

« Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ? » 18/34 (5,94% de la totalité) et 12/34 (3,96% de la totalité des réponses) d'entre elles ont répondu positivement à « Vous a-t-il déjà menacé physiquement ou a-t-il déjà été violent ? ».

Enfin 5/34 des femmes ayant répondu positivement (1,65% de la totalité des réponses) ont indiqué que leur partenaire leur avait imposé des rapports sexuels qu'elles ne voulaient pas.

Pour 15 des 34 femmes ayant signalé avoir été victimes de violences, celles-ci étaient multiples, de trois ou quatre formes pour 10 de ces 34 femmes.

En ce qui concerne l'évaluation secondaire, parmi les 34 femmes ayant répondu positivement à une des propositions du questionnaire de dépistage, 30 ont été rappelées, 3 sont en attente de rappel (délai d'un mois non écolé mois entre le questionnaire d'inclusion et la date théorique d'appel) et une n'a pas souhaité être rappelée.

Parmi les 30 femmes rappelées, 11 échecs d'appel sont survenus, deux femmes ont refusé de répondre à ce second questionnaire, une autre réfutant ses réponses au questionnaire d'inclusion.

Seize réponses au questionnaire de suivi ont été données, indiquant quelles suites avaient été données par les femmes enceintes au repérage des violences qu'elles subissaient et à l'information qui leur avait été donnée. Les femmes ayant répondu ont indiqué, concernant les actions de prévention qu'elles avaient enclenché :

- ✓ avoir consulté leur médecin à ce sujet (1/16 : 6,2%) mais ne pas avoir eu recours à une consultation sans réquisition à l'UMJ ;
- ✓ 3 sur 16 avoir consulté un psychologue (18,7%) ;
- ✓ 2 un service juridique (12,5%) et 3 un service social (18,7%).

Concernant les actions judiciaires, on note :

- ✓ 2 dépôts de plaintes (1 faite et 1 intention de le faire) (12,5%) ;
- ✓ 2 dépôts de mains courantes, ce qui peut sembler surprenant pour les délits qu'elles révèlent mais qui indiquent encore des freinages dans la procédure pénale (12,5%) ;
- ✓ 1 consultation sur réquisition judiciaire à l'UMJ (6,2%) ;
- ✓ 2 sollicitations d'un juge des affaires familiales (12,5%).

Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20% pourraient enclencher une action sanitaire, sociale ou judiciaire. Sur les 30 femmes repérées et qui ont pu être ré-interrogées, dans cette première partie de l'étude, on note 16 actions de ce type, soit 53%, ce qui semble nettement supérieur à l'hypothèse retenue. Mais en fait, seules 9 femmes sur les 30 ont enclenché ces 16 actions, souvent multiples (psychologue et juriste, plainte et consultation sur réquisition à l'UMJ, consultation du service social et recours à un

juge civil), donc un pourcentage de 30%, néanmoins supérieur à l'hypothèse émise.

CONCLUSION

Les violences au sein du couple sont un problème majeur avec des implications multiples, socialement et économiquement impactantes [3, 4]. Leur nature est plurielle et les impacts de ces différentes violences sont profonds [9], avec des conséquences sur la morbidité et la mortalité [2, 6]. Repérer ces violences pour agir plus tôt, en utilisant un simple questionnaire portant sur différents types de violences, proposé par des professionnels formés à son utilisation, a été utilisé pour les femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien, recontactées ensuite par les psychologues du service médico-judiciaire pour évaluer les actions de protection entreprises. La facilité de réponse à ce questionnaire (97,7% de réponses), dont 96% à la première présentation a été la première évidence de cette enquête, avec une adhésion facilitée de professionnels de santé à cette méthodologie simple et bien acceptée. Les premiers résultats intermédiaires montrent aussi que 30% des femmes ainsi repérées ont entrepris au moins une action de protection, chiffre supérieur à l'hypothèse de départ de l'étude, encourageante pour la mener à bout et analyser à son issue les données obtenues, avant de proposer plus largement ce protocole de repérage aux nombreux services concernés par les violences faites aux femmes, ouvrant la possibilité d'une véritable prévention. ■

RÉFÉRENCES

- [1] OMS. La violence à l'encontre des femmes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [2] Etude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes (2005) <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [3] ONVFF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVFF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf (consulté le 31 août 2017).
- [4] ONVFF. Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données. La lettre de

- l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014.
http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf (consulté le 31 août 2017).
- [5] CONSEIL DE L'EUROPE. Traité n°210. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.
<http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210> Consulté le 6 août 2017.
- [6] MINISTÈRE DE L'INTERIEUR. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple (annee 2015).
<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/parution-du-rapport-annuel-concernant-les-morts-violentes-au-sein-du-couple/> Consulté le 31 août 2017.
- [7] MINISTÈRE DES DROITS DES FEMMES. Quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016).
http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf Consulté le 31 août 2017.
- [8] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir_40284.pdf. Consulté le 31 août 2017.
- [9] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Editions In Press, Paris, 2017.