



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dépistage et prise en charge des
violences faites aux femmes en parcours d'IVG :
analyse d'une sensibilisation des professionnels de santé.**

Présentée et soutenue publiquement le 19/09/2023 à 16h
au Pôle Formation

par Alexia DUPREZ

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Madame Sylvie CROMER

Madame la Docteure Ghada HATEM

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Constance DEVEMY

AVERTISSEMENTS

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	11
RÉSUMÉ	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIELS ET METHODES.....	17
I. Design de l'étude	17
A. Population.....	17
B. Sensibilisation	17
C. Questionnaire aux professionnels de santé	18
D. Inclusion.....	18
1. Étude de la population de patientes en orthogénie	18
2. Questionnaires des professionnels de santé en orthogénie.....	19
3. Définition des violences	19
II. Recueil de données et variables analysées	20
III. Analyses statistiques.....	21
RESULTATS.....	23
I. Données recueillies.....	23
A. Patientes pré-sensibilisation (pré-test)	23
B. Sensibilisation et questionnaires	23
C. Patientes post-sensibilisation (post-test).....	23
II. Prévalence des violences déclarées	24
III. Analyse descriptive des violences déclarées en post-test.....	25
A. Violences au cours de la vie : passées et récentes	25
B. Violences récentes	26
C. Premier professionnel à qui les violences sont révélées	28
D. Nommer et décrire les violences	30
E. Qualifier et condamner les violences auprès des patientes	31
F. Orientation des patientes et évaluation de la dangerosité.....	31
IV. Analyse comparative des patientes post-test	32
A. Caractéristiques socio-démographiques et antécédents médicaux	34
B. Contexte de l'IVG et entretien pré-IVG.....	34
C. IVG	35
D. Violences au cours de la vie	35
V. Questionnaires.....	36
A. Caractéristiques des professionnels.....	36
B. Pratiques et freins.....	36

DISCUSSION	40
I. Effet d'une sensibilisation sur le repérage des violences et sur les habitudes des professionnels de santé	40
II. Prévalence des violences et IVG – comparaison avec la population générale et les données de la littérature.....	42
A. Violences déclarées	42
B. Cumul des violences au cours de la vie	43
III. À qui les violences sont-elles révélées ?	44
IV. Variables associées aux violences – corrélation à la littérature	45
A. Absence d'emploi	45
B. Antécédents psychiatriques	46
C. Séparation conjugale récente ou en cours	46
D. Circonstances de la grossesse	47
E. Des IVG plus tardives	48
F. Violences au cours de la vie	48
V. Identification, orientation et danger	49
VI. Forces et limites de l'étude	50
A. Forces	50
B. Limites	51
VII. Perspectives	52
A. Futurs sujets d'études	52
B. Vers un acte de cotation spécifique aux VFF ?.....	53
 CONCLUSION	 55
 BIBLIOGRAPHIE.....	 56
 ANNEXES	 59

ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VC : Violences Conjugales

VFF : Violences Faites aux Femmes

VIF : Violences IntraFamiliales

VIRAGE : Violences et RApports de GEnre

INFORMATIONS

Cette étude est rédigée en langue française académique et n'utilise pas l'écriture inclusive. Le masculin est utilisé sans aucune discrimination, sans volonté de renforcer les stéréotypes de genre, dans le seul but de faciliter la lecture.

Les dossiers analysés ne concernaient ici que des femmes cisgenres.

RÉSUMÉ

CONTEXTE : Le dépistage systématique des violences faites aux femmes (VFF) est désormais recommandé par la plupart des sociétés savantes. La fréquence de ces violences, leurs conséquences sur la santé mentale et physique ainsi que leurs répercussions économiques font de la lutte contre les VFF un enjeu de santé publique majeur. L'objectif de cette étude était de déterminer l'évolution du taux de violences déclarées lors d'un parcours d'IVG après sensibilisation des professionnels de santé.

MÉTHODE : Il s'agit d'une analyse rétrospective de type avant-après, monocentrique, réalisée dans le service d'orthogénie du CHU de Lille entre mai 2021 et mai 2023. Une sensibilisation aux VFF a été proposée à tous les professionnels ayant un rôle dans le service d'orthogénie. Deux groupes de patientes ont été constitués : un groupe de patientes reçues en pré-sensibilisation, l'autre groupe en post-sensibilisation.

RÉSULTATS : 500 patientes ont été analysées en pré-test, et 358 en post-test. 32 professionnels ont assisté à la sensibilisation. Il existait une augmentation significative du taux de violences déclarées en post-test, avec 15,1% de VFF récentes ($p < 0,001$), et 36% de violences sur la vie entière ($p < 0,001$). Les freins au dépistage évoqués par les soignants avant sensibilisation étaient principalement le manque de connaissance, de temps et d'aisance face aux situations de VFF. Il a été observé une prévalence de violences déclarées plus élevée chez les psychologues (15,1%) et les internes (11,3%) que chez les médecins sénior (4,2%). Des facteurs significativement associés aux violences récentes ont été mis en évidence et peuvent constituer des signes d'alerte dans le dépistage de ces violences : la séparation conjugale récente ou en cours, une demande d'IVG pour une grossesse initialement désirée, une IVG à un terme ≥ 12 SA ou ≥ 14 SA, une IVG annulée ou reportée, un co-responsable de la grossesse non informé de l'état gravidique.

CONCLUSION : Une sensibilisation des professionnels de santé a permis une augmentation significative du taux de dépistage des VFF en parcours d'IVG. La valorisation des actes de repérage et de prise en charge des violences faites aux femmes semble indispensable pour inciter les soignants à l'intégration de ces derniers dans leur pratique clinique.

INTRODUCTION

Les Nations Unies définissent les violences à l'égard des femmes comme « tous actes de violence dirigés contre les femmes en tant que telles et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». Le Conseil de l'Europe, basé sur la Convention d'Istanbul, propose le terme « violence à l'égard des femmes fondée sur le genre » qu'il définit comme « tout type d'acte préjudiciable perpétré contre une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe, de leur genre, de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre, réels ou perçus ».

Le dépistage systématique des violences par tous les professionnels de santé fait partie des recommandations émises par de nombreuses sociétés savantes, telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 (1), ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui affirme que le système de santé doit « repérer les victimes d'actes de violence et leur fournir des services de santé complets, à tous les niveaux ».

Ces recommandations sont justifiées par la **fréquence** élevée des violences envers les femmes, une réalité bien exposée par les grandes enquêtes françaises telles que ENVEFF (2) en 2000 et VIRAGE (3) en 2015. De plus, elles sont appuyées par l'ampleur de leur **impact sur la santé** physique et mentale (2,4,5), et par leurs **répercussions économiques** considérables. Le coût annuel des violences conjugales est estimé à 3,6 milliards d'euros par an en France (6), et près de 10

milliards d'euros par an pour les violences sexuelles sur mineurs (7). Tous ces éléments expliquent que la lutte contre les VFF soit aujourd'hui considérée comme un enjeu de santé publique majeur.

Dans le rapport Henrion de 2001, la première des 10 actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement était de sensibiliser les médecins et les professionnels de santé au dépistage des violences conjugales (VC), à l'évaluation du danger, à la prise en charge et à l'orientation des victimes. Vingt ans plus tard, les études révèlent un faible repérage des Violences Faites aux Femmes (VFF) par les professionnels de santé (8-11). La dernière enquête BVA-HAS publiée en novembre 2022 (11) montre que seules 3% des femmes ayant consulté en médecine générale dans les 18 derniers mois ont été questionnées sur les VC. Ces faibles taux s'expliquent par différents freins, parmi lesquels le manque de formation, de temps et le sentiment d'impuissance sont les plus fréquemment cités (8-10, 12-15). À l'inverse, les femmes semblent accueillir favorablement le dépistage systématique des violences, qu'elles soient victimes ou non (8,10,11).

Une méta-analyse de la Cochrane publiée en 2021, basée sur 19 études randomisées, a montré les effets positifs des programmes de formation auprès de professionnels de santé concernant les VC : amélioration des attitudes et des connaissances des professionnels. Cependant, les critères de jugement principaux de ces études étaient souvent perçus ou auto-déclarés par les professionnels. Par ailleurs, il existe peu d'études françaises sur la formation des soignants. La plupart concernent uniquement les VC et aucune n'a évalué l'impact direct d'une sensibilisation sur le taux de dépistage des violences (14,16).

D'autre part, il semblerait que la prévalence des VFF en soins primaires, en gynécologie-obstétrique, et dans les services d'urgences soit plus élevée qu'en population générale (4). De plus, plusieurs études ont suggéré que le taux de VFF était particulièrement élevé chez les femmes ayant recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (12,17-20). Selon l'étude menée par Sarafis (18), 23% des demandes d'IVG seraient la conséquence directe de situations de violences. La probabilité d'avoir été victime de violences dans l'année précédente serait trois à quatre fois plus élevée chez les femmes consultant pour une IVG que pour une consultation pré-natale (21), et deux fois plus élevée que chez les femmes consultant pour une demande de contraception (22).

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une sensibilisation aux violences faites aux femmes sur les taux de VFF déclarées et sur la prise en charge de ces violences au sein d'un parcours d'IVG. Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation du vécu des professionnels et l'étude comparative des caractéristiques des patientes déclarant des faits de violences à celles n'en déclarant pas.

MATERIELS ET METHODES

Cette étude est une analyse rétrospective de type avant-après, monocentrique, menée dans le service d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille entre mai 2021 et mai 2023.

I. Design de l'étude

A. Population

Deux groupes de patientes ayant consulté dans le service d'orthogénie du CHU de Lille ont été constitués, l'un comportant 500 patientes reçues en 2021 avant sensibilisation des professionnels, l'autre groupe comportant 358 patientes reçues après sensibilisation entre décembre 2022 et mai 2023.

B. Sensibilisation

La sensibilisation au dépistage et à la prise en charge des VFF était proposée à tous les membres de l'équipe ayant un rôle dans le service d'orthogénie. Elle a été réalisée par une personne unique, formée aux VFF, au moyen d'une présentation orale interactive et basée sur un support type diaporama. La durée de présentation était d'environ 1 h 30. Sept sessions identiques ont été réalisées. Les points abordés ont été les suivants :

- Justification du dépistage systématique : fréquences des violences de genre, impact sur la santé, recommandations.

- Mécanismes des violences : cycle de la violence, stratégies des agresseurs.
- Dépistage : questions types, évaluation du danger, évaluation du psychotraumatisme et outils de dépistage.
- Orientation : réponses types, coordonnées de structures et d'associations, signalement et conservation de produit de curetage.

En parallèle de la sensibilisation, une révision de la trame du dossier de consultation a été effectuée, avec mention de la présence ou de l'absence de violences rapportées à l'interrogatoire. Cette modification de la trame ne faisait initialement pas partie de l'étude, mais s'est faite de manière contemporaine.

C. Questionnaire aux professionnels de santé

L'évaluation du vécu des professionnels concernant le dépistage et la prise en charge des VFF a été réalisée au moyen de questionnaires écrits non anonymes. Un questionnaire était proposé avant sensibilisation en pré-test (Annexe 1), de même qu'un questionnaire en post-test à distance de la sensibilisation, soit à 4 mois de celle-ci (Annexe 2).

D. Inclusion

1. Étude de la population de patientes en post-sensibilisation

Considérant que le moment le plus opportun au dépistage des VFF soit en consultation pré-IVG ou en entretien avec les psychologues, ont été incluses en post-sensibilisation toutes les patientes ayant été reçues par un médecin sensibilisé ou par un médecin ne l'ayant pas été, mais ayant eu un entretien avec les psychologues. À noter que les deux psychologues du service d'orthogénie avaient assisté à la

sensibilisation. Ont donc été exclues toutes les patientes reçues avant sensibilisation ou par des professionnels non sensibilisés et n'ayant pas eu d'entretien psychologique.

2. Questionnaires des professionnels de santé en orthogénie

Ont été inclus dans l'analyse tous les professionnels de santé ayant répondu aux deux questionnaires et ayant assisté à la sensibilisation.

3. Définition des violences

Pouvaient être définies comme victimes ou ayant été victimes de VFF, des patientes pour lesquelles étaient rapportés dans les dossiers :

- Des faits de violences dont les termes sont inscrits au Code Pénal
- Une note décrivant explicitement des actes violents inscrits au Code Pénal, mais pour lesquels la violence n'était pas nommée

Étaient prises en compte toutes formes de violences psychologiques ou verbales, physiques, sexuelles, économiques, administratives. Ont été recueillies les violences passées et les violences récentes. Les violences récentes étaient définies par les violences actuelles et/ou contemporaines à la survenue de la grossesse en cours. Les violences passées correspondaient aux violences antérieures à cette grossesse.

II. Recueil de données et variables analysées

Les données concernant les patientes ont été recueillies à partir de listings de consultation, sur dossier papier, au sein des archives de l'hôpital Jeanne de Flandre. Les dossiers analysés en pré-sensibilisation ont été ceux des mois de mai, août, septembre, novembre et décembre 2021. Les dossiers ouverts en post-sensibilisation étaient ceux des mois de décembre 2022 à mai 2023. Toutes les données ont été anonymisées et collectées dans un fichier Excel.

Concernant les dossiers, les données suivantes ont été recueillies pour les patientes post-test :

- les données socio-démographiques : âge, profession, statut conjugal
- les antécédents médicaux et obstétricaux : indice de masse corporelle (IMC), gestité, parité, nombre d'IVG et de fausses couches antérieures, tabagisme, antécédents psychiatriques, dépistage du cancer du col de l'utérus, résultats du dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)
- les données liées à la consultation pré-IVG : accompagnant, entretien psychologique et médecin consultant. Lorsqu'un interne était en consultation avec le sénior, il était considéré que la personne ayant mené l'interrogatoire avait réalisé la consultation. Le nom de ce soignant était tracé dans le dossier.
- le contexte de l'IVG : contraception, information ou non du statut gravidique au co-responsable de la grossesse, terme de consultation et d'IVG, méthode choisie, report ou annulation de l'avortement.

L'ensemble de ces données a été recueilli de manière anonymisée et rassemblé dans un fichier sécurisé.

Concernant les questionnaires destinés aux professionnels du service d'orthogénie, les données suivantes ont été recueillies :

- socio-démographiques : âge, profession, durée d'exercice
- sur les habitudes des professionnels face aux VFF : fréquence, dépistage, orientation et limites

L'ensemble de ces données a été recueilli de façon anonymisée et rassemblé dans un fichier sécurisé.

III. Analyses statistiques

Le critère de jugement principal était la comparaison du nombre de patientes déclarant des violences en pré- et en post-sensibilisation. Les critères de jugement secondaires étaient l'analyse des types de violences déclarées en post-test, l'étude du vécu et des habitudes des professionnels face aux VFF et l'analyse des professionnels à qui étaient déclarées les violences. De plus, a été réalisée une analyse comparative des patientes post-test déclarant des violences récentes à celles n'en déclarant pas. Il a été décidé de concentrer cette analyse sur les patientes déclarant des faits de violences récents, car elles sont celles pour lesquelles la mise en évidence des violences et de potentiels facteurs associés semble fondamentale. En effet, leur identification peut permettre une prise de conscience des faits par la patiente, mais également entraîner une évaluation de la dangerosité de la situation par le soignant qui peut fournir avec orientation adaptée, une possible mise en sécurité, voire un signalement. À également été réalisée une étude comparative des patientes déclarant des violences au cours de la vie à celles ne déclarant aucun fait de violences. L'analyse du professionnel à qui étaient révélées les violences s'est concentrée sur

les VFF récentes, car les violences passées pouvaient être multiples et révélées partiellement à plusieurs soignants. Pour cette analyse, ont été exclues les patientes reçues en consultation pré-IVG par un médecin non sensibilisé. En effet, bien que ces patientes aient été reçues ensuite par les psychologues (tous sensibilisés) tels que définis dans les critères d'inclusion, la non-exclusion des patientes reçues en pré-IVG par un médecin non sensibilisé aurait constitué un biais dans l'analyse du premier professionnel à qui étaient révélées les violences récentes.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de l'interface pvalue.io (Medistica., pvalue.io, une interface graphique au logiciel de statistique R pour les publications scientifiques médicales., 2019-22.). Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de médiane et d'intervalle interquartile. Les caractéristiques ont été comparées entre les deux groupes à l'aide d'un test du Chi-2 ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-2 n'étaient pas vérifiées) pour les variables qualitatives, et à l'aide d'un test U de Mann-Whitney pour les variables continues non gaussiennes. Une comparaison avant-après sur des variables binaires a été réalisée en utilisant le test de McNemar pour les réponses aux questionnaires.

RESULTATS

I. Données recueillies

A. Patientes pré-sensibilisation (pré-test)

Durant la période pré-sensibilisation, les dossiers de 500 patientes ont été analysés, correspondant à 4 mois ½ de consultations de demande d'IVG. Les mois concernés étaient ceux de mai, août, septembre, novembre et décembre 2021.

B. Sensibilisation et questionnaires

La sensibilisation a été proposée à 34 professionnels travaillant dans le service d'orthogénie. Un total de 32 professionnels y a assisté. Deux médecins n'ont pas participé. Parmi les 32 soignants ayant participé à la sensibilisation, 26 professionnels ont répondu aux questionnaires pré-test et post-test.

C. Patientes post-sensibilisation (post-test)

Durant la période post-sensibilisation, 466 dossiers ont été consultés, correspondant à la période de fin décembre 2022 à mai 2023. Secondairement à des problématiques d'accès aux dossiers, le recueil de cette période n'a pas été exhaustif. 108 dossiers ont été exclus selon les critères définis. Parmi ces dossiers, 32 ont été exclus car la consultation pré-IVG avait été réalisée avant sensibilisation des professionnels ; 76 l'ont également été car la consultation avait été réalisée par un

médecin n'ayant pas assisté à la sensibilisation et que la patiente n'avait pas demandé d'entretien avec un psychologue (sensibilisé).

Au total, 358 dossiers ont été inclus dans l'analyse post-test. (Figure 1)

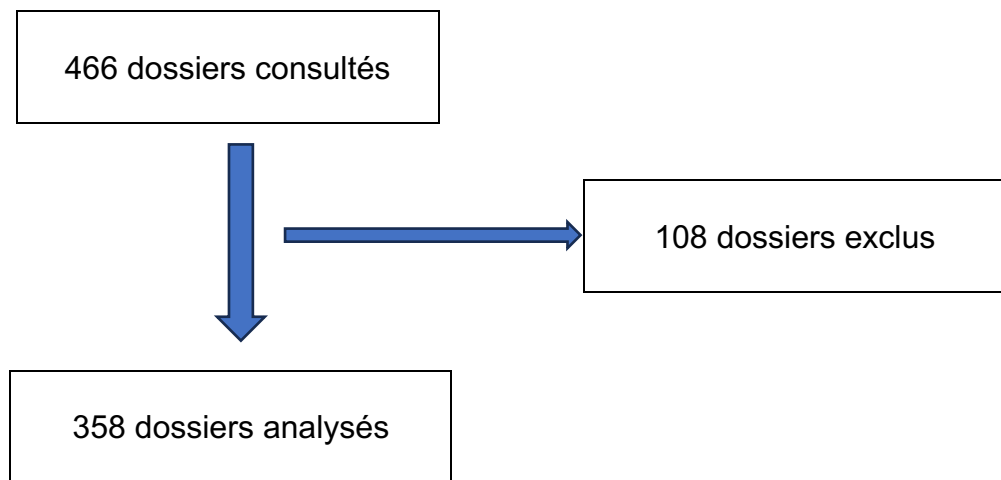


Figure 1 : Flow-chart du groupe post-test

À noter que pour au moins 13 patientes (3,6%), il n'a pas été retrouvé de notes rapportant les éléments de l'entretien psychologique.

II. Prévalence des violences déclarées

Parmi les 500 dossiers consultés en pré-test, 17 (3,4%) patientes rapportaient des faits de violences récentes et 5 (1%) des violences passées. Au total, la prévalence de VFF rapportées en pré-tests était de 4,4% (22 patientes). Dans les 358 dossiers consultés en post-test, 54 (15,1%) patientes rapportaient des faits de violences

récentes et 82 (22,9%) des violences passées. 7 (2%) rapportaient à la fois des violences récentes et passées. Au total, la prévalence de VFF rapportées en post-test était de 36% (129 patientes).

L'analyse comparative des prévalences pré- et post- tests montre une augmentation significative du nombre de violences dépistées en post-test, quelle que soit l'ancienneté de celles-ci ($p < 0,001$). (Figure 2)

	Pré-test N= 500	Post-test N= 358	p	Test
VFF récentes	17 (3,4%)	54 (15,1%)	<0,001	Chi 2
VFF passées	5 (1%)	82 (22,9%)	<0,001	Chi 2
VFF vie entière	22 (4,4%)	129 (36%)	<0,001	Chi 2

Figure 2 : Analyse comparative des prévalences pré- et post-test

III. Analyse descriptive des violences déclarées en post-test

A. Violences au cours de la vie : passées et récentes

81 patientes étaient ou avaient été victimes de VC de tous types, ce qui représente 22,6% de l'ensemble de la population (Figure 3). Les VC psychologiques et physiques représentaient respectivement 14% et 14,2% de l'ensemble des patientes. Des violences sexuelles hors-conjugales étaient rapportées dans 6,4% des cas et l'inceste dans 2,2 %.

7 patientes déclaraient à la fois des violences récentes et passées, ce qui correspond à 2% de l'ensemble de la population.

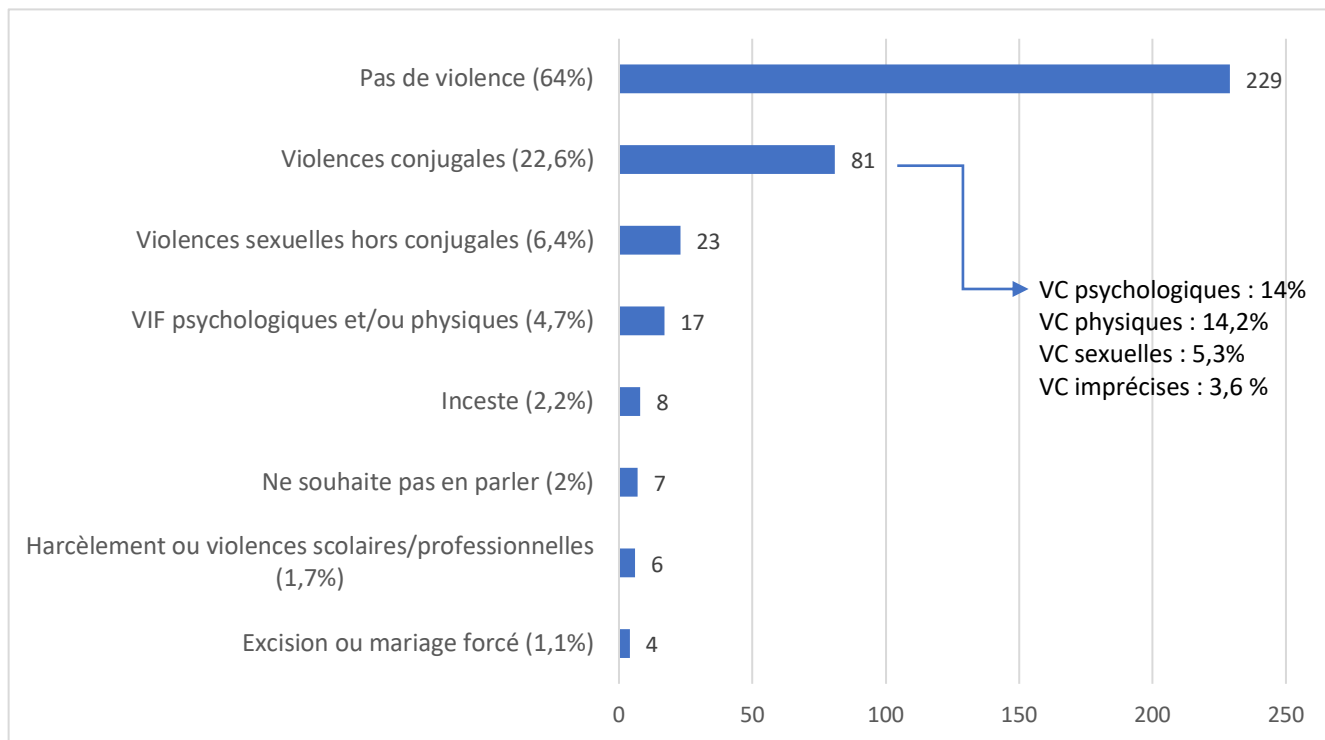


Figure 3 : Répartition des violences au cours de la vie

B. Violences récentes

La figure 4 montre que la grande majorité des violences récentes étaient conjugales (82%), suivies des violences intra-familiales (VIF) (11%) (qui étaient physiques pour 3 patientes et psychologiques pour 3 autres), puis des viols hors contexte conjugal et familial (7%). Au sein des violences récentes, 23 patientes (42,6%) déclaraient subir plusieurs formes de violences : souvent psychologiques, physiques et/ou sexuelles.

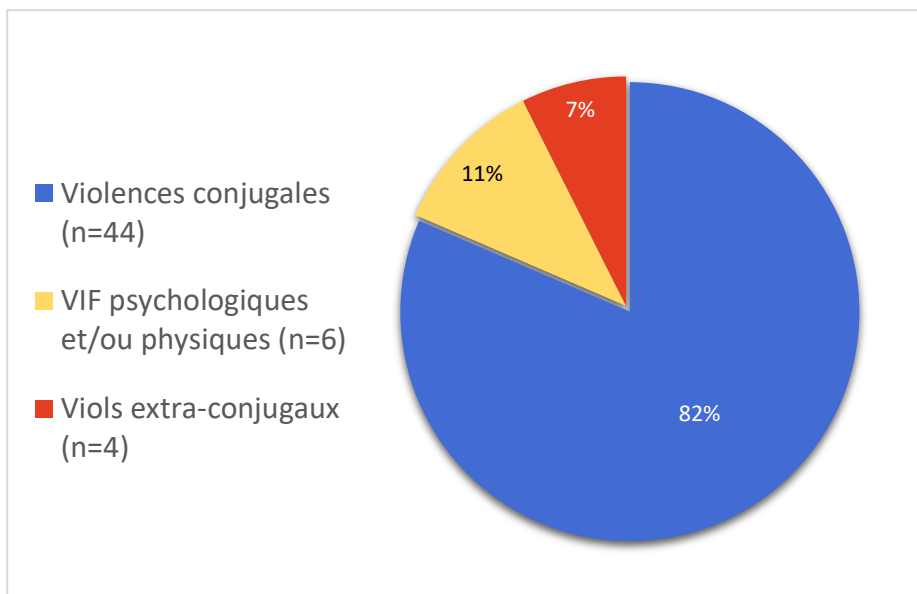


Figure 4 : Répartition des types de violences récentes

Au sein des VC récentes, les principales violences déclarées étaient psychologiques (61%) et physiques (48%). (Figure 5)

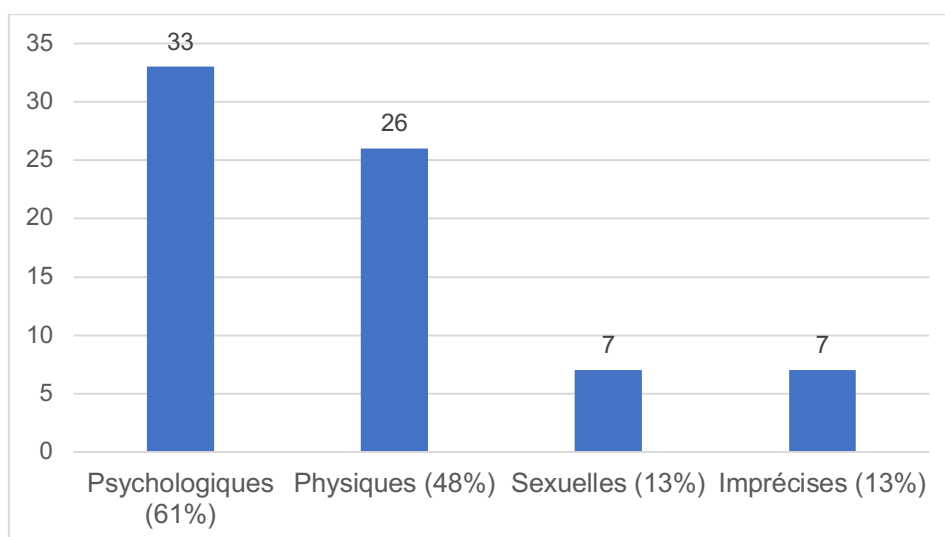


Figure 5 : Description des formes de violences conjugales récentes

Sur l'ensemble de la population étudiée, les VC contemporaines à la grossesse en cours représentaient 12,3% des patientes, avec 9,2% de VC psychologiques, 7,3% de violences physiques et 2% de violences sexuelles (Figure 6). Les violences sexuelles récentes représentaient quant à elles 3,1%, avec 4 patientes déclarant des viols extra-conjugaux (1,1%) et 7 des violences sexuelles conjugales (2%). Les VIF récentes étaient physiques dans 3 cas, et psychologiques dans 3 autres. Il n'a pas été déclaré de violences sexuelles familiales récentes.

Types de violences récentes (n=54)	Ensemble de la population (n=358) (%)
Violences conjugales (n=44)	12,3
VC psychologiques (n=33)	9,2
VC physiques (n=26)	7,3
VC sexuelles (n= 7)	2
VC imprécises (n=7)	2
Viols extra-conjugaux (n=4)	1,1
VIF (n=6)	1,7

Figure 6 : Répartition des violences récentes sur la population entière

C. Premier professionnel à qui les violences sont révélées

80% des patientes déclarant des violences récentes ont rencontré les psychologues suite à la consultation pré-IVG, contre 34% des patientes ne déclarant pas ces faits.

Deux médecins séniors n'avaient pas assisté à la sensibilisation et avaient réalisé 16 consultations pré-IVG qui ont été suivies d'un entretien psychologique (telles que les conditions d'inclusion établies initialement). Parmi ces 16 patientes, 7

déclaraient des violences récentes. Pour ces 7 dossiers, les faits de violences récentes ont été révélés à un psychologue. L'analyse des professionnels à qui les VFF étaient révélées a donc été effectuée en excluant ces 16 patientes (Figure 7).

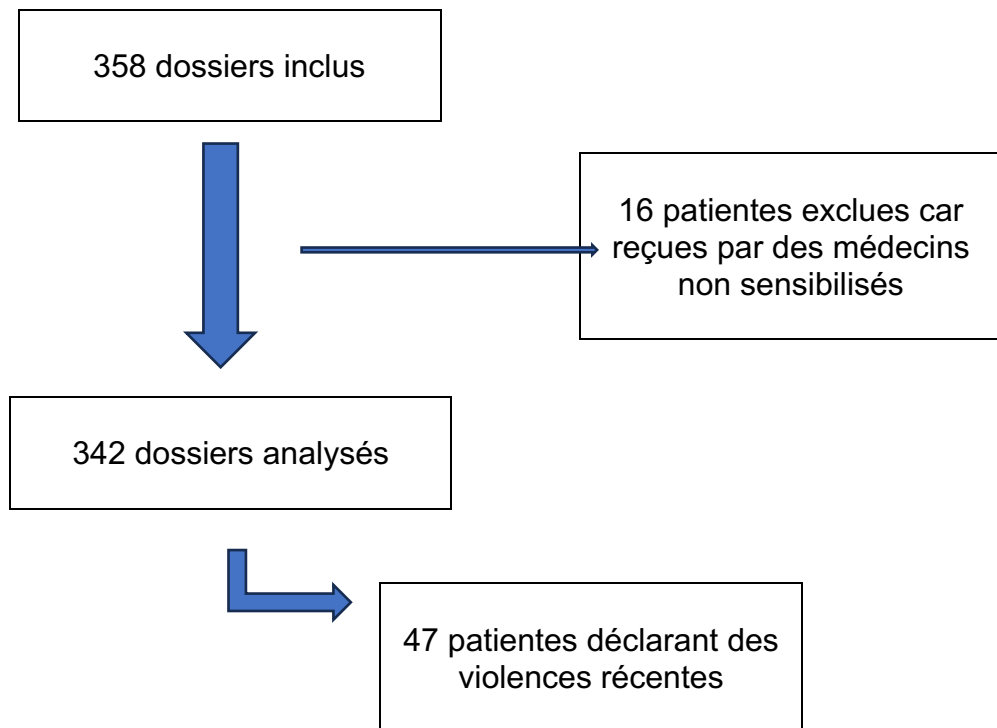


Figure 7 : Professionnels à qui sont révélées les violences récentes : population analysée

Si l'on évalue uniquement les patientes reçues par des médecins sensibilisés, on recense 47 cas de violences récentes sur 342 patientes étudiées. Parmi ces 47 patientes déclarant des VFF récentes, 44,7% (21 patientes) ont révélé les faits au psychologue, 36,2% (17 patientes) les ont abordés lors d'une consultation pré-IVG réalisée par les internes et 17% (8 patientes) lorsqu'elle l'était par les séniors. Dans un cas, les faits ont été révélés à une aide-soignante le jour de l'hospitalisation pour l'IVG.

Sur les 342 consultations pré-IVG, 151 ont été réalisées par des internes, et 189 par des séniors. Pour deux cas, l'information était manquante. La prévalence de dépistage des violences récentes révélées était majoritaire chez les psychologues : 15,1% (N=21/139). Dans un cas, l'entretien psychologique a été demandé par une infirmière de consultation suite à une ambivalence dans la prise de décision de l'IVG. La prévalence des violences récentes dépistées par les internes était de 11,3% (N=17/151) et de 4,2% par les séniors (N=8/189).

D. Nommer et décrire les violences

En pré-test, la violence n'était pas identifiée ni nommée dans 29,4% des cas, soit 5 dossiers parmi les 17 rapportant des faits de violences récentes. Les éléments suivants ont été notés dans les dossiers :

- « *problèmes de couple (suivie au foyer Louise Michel)* » (Le foyer Louise Michel était une association locale de prise en charge des femmes victimes de violences)
- « *relation toxique, difficulté à y mettre un terme (...)* (*emprise et manipulation*) »
- « *relation de couple toxique : séparée récemment. Ex-conjoint la culpabilise par rapport à l'IVG* »
- « *agression par le progéniteur que connaît peu (nuit du 29-30/10)* »
- « *en couple avec pervers narcissique, ne peut assumer grossesse dans ces conditions.* » « *Séparée, relation toxique* »

En post-sensibilisation, la violence n'a pas été identifiée par le professionnel rapportant les faits dans 7,4% des cas, soit 4 dossiers parmi les 54 rapportant des faits de violences récentes. Les extraits suivants ont été relevés dans les dossiers :

- « conjoint jaloux et contrôlant, voudrait qu'elle arrête de travailler et reste au domicile, pas de violence »
- « crises de déréalisation, conflit avec sa mère qui la traite de folle »
- « il veut qu'elle garde la grossesse, lui met la pression et essaie de la faire changer d'avis »
- « monsieur parti du domicile pour mettre mme au pied du mur pour faire IVG »

E. Qualifier et condamner les violences auprès des patientes

A l'inverse, en post-test, dans 4 dossiers, les faits rapportés par les patientes ont été reformulés lors de la consultation ou de l'entretien psychologique et la violence a été nommée ou condamnée :

- « une claque, jette des objets, cris [...] périodes de 2-3 mois où il est gentil puis souvent jet objets/une gifle → violences info que ce ne sont 'pas que' des disputes »
- « monsieur considéré comme « nerveux » « me gueule dessus », pas considérées comme des violences par la patiente, info »
- « info caractère illégal »

Dans un dossier, une patiente a été sensibilisée aux mécanismes des violences : « Mr fait du chantage au suicide, explication du cycle de la violence + violentomètre ».

F. Orientation des patientes et évaluation de la dangerosité

L'évaluation de l'orientation des patientes n'a pas pu être réalisée de manière exhaustive, car le manque de données écrites sur ces informations était important en pré-test comme en post-test. En pré-test, on relève que 3 patientes ont été orientées

vers une Centre-Médico-Psychologique (CMP) et/ou vers une association de ville et qu'une conservation de produit de curetage a été effectuée dans un contexte de viol extra-conjugal. En post-test, 9 patientes ont été orientées vers le CMP, vers les psychologues du service ou vers les associations de ville, et certaines avaient signalé avoir effectué un dépôt de plainte. 3 conservations de produit de curetage en vue d'une éventuelle future judiciarisation pour viols ont été proposées, 2 ont été souhaitées et réalisées. Un signalement a été réalisé pour une patiente mineure.

En post-test, pour 3 dossiers, des éléments de dangerosité ont été relevés :

- « *VC graves coups de poings, coup de ceinture, fille qui aurait aussi subi des violences physiques* »
- « *antécédents de strangulation, a appelé la police hier car monsieur l'a trainée en tirant au sol mais police n'a pas pris la plainte* »
- « *pas de violences physiques ou sexuelles, monsieur a séquestré Mme pour l'empêcher de faire IVG* »

Dans la première situation, un dépôt de plainte avait été initié avant la consultation pré-IVG. Dans ces 3 dossiers, il n'a pas été retrouvé d'informations au sujet des violences lors de la consultation post-IVG, et dans un cas la patiente n'a pas eu de rendez-vous en post-IVG.

IV. Analyse comparative des patientes post-test

La figure 8 illustre les résultats de l'analyse comparative des patientes déclarant des faits de VFF à celles n'en déclarant pas.

Figure 8 : Analyse comparative des patientes déclarant des violences récentes à celles n'en déclarant pas

		Population globale n / N (%)	Pas de violences ou passées (N=304) (%)	Violences récentes (N=54) (%)	p
Age, années. Médiane [5 ^e -95 ^e percentile]		358	26 [18 - 41]	27 [15 - 40]	0,8 ^a
IMC	<18	35/358 (9,8)	25 (8,2)	10 (18,5)	0,06 ^b
	Normal	232/358 (64,8)	200 (65,8)	32 (59,3)	
	≥ 25	91/358 (25,4)	79 (26)	12 (22,2)	
Sans profession ou mère au foyer		100/354 (28,2)	78 (25,9)	22 (41,5)	0,02^b
Séparation conjugale récente ou en cours		42/357 (11,8)	16 (5,3)	26 (49,1)	<0,001^b
Tabagisme actif		134/358 (37,4)	112 (36,8)	22 (40,7)	0,59 ^b
Tabagisme important ≥ 15 cigarettes/j		42/358 (11,7)	32 (10,5)	10 (18,5)	0,09 ^b
Gestité > 3		89/357 (24,9)	74 (24,3)	15 (28,3)	0,54 ^b
Parité ≥ 1		170/358 (47,5)	145 (47,7)	25 (46,2)	0,85 ^b
IVG antérieur(e)s		249/358 (69,6)	216 (71,1)	33 (61,1)	0,14 ^b
Fausse(s) couche(s) antérieure(s)		42/358 (11,7)	35 (11,5)	7 (13)	0,76 ^b
ATCD psychiatriques ou traitement antidépresseur		42/358 (11,7)	29 (9,5)	13 (24,1)	<0,01^b
Frottis ou HPV à jour		134/207 (64,7)	115 (67)	19 (54)	0,16 ^b
Résultat positif PV CT-NG		22/352 (6,25)	16 (5,4)	6 (11,1)	0,09 ^c
Accompagnant : Conjoint ou co-responsable		69/208 (33,2)	67 (37,4)	2 (6,9)	<0,01^b
Co-responsable informé de la grossesse		179/218 (82,1)	169 (85,8)	10 (47,6)	<0,001^c
Médecin consultation pré-IVG	Interne	151/356 (42,4)	126 (41,7)	25 (46,3)	0,53 ^b
	Sénior	205/356 (57,6)	176 (58,3)	29 (53,7)	
Entretien avec un psychologue		146/357 (40,9)	103 (34)	43 (79,6)	<0,001^c
Contraception en cours lors de la conception		135/341 (39,6)	120 (41,4)	15 (29,4)	0,11 ^b
Grossesse initialement désirée		21/358 (5,9)	13 (4,3)	8 (14,8)	<0,01^c
Méthode IVG initialement choisie	Médicamenteuse	175/349 (50,1)	156 (52,5)	19 (36,5)	0,03^b
	Aspiration	174/349 (49,9)	141 (47,5)	32 (61,5)	
Terme consultation pré-IVG ≥ 12 SA		46/358 (12,8)	31 (10,2)	15 (27,8)	<0,001^b
Terme IVG	<12 SA	271/326 (83,1)	241 (87)	30 (62)	<0,001^c
	12-13+6 SA	25/326 (7,7)	18 (6,5)	7 (15)	
	≥14SA	30/326 (9,2)	19 (6,8)	11 (23)	
IVG annulée ou reportée ≥ 1 fois		28/358 (7,8)	18 (5,9)	10 (18,6)	<0,01^c

a : Test de Mann-Whitney ; b : Test Chi 2; c : Test de Fisher; ATCD : antécédent

A. Caractéristiques socio-démographiques et antécédents médicaux

L'analyse de l'IMC n'a pas révélé de différence significative bien qu'il semblait exister une tendance à un IMC faible (<18) dans le groupe VFF récentes (18,5% vs 8,2% $p=0,06$). Aucune différence significative entre les groupes n'a été retrouvée concernant l'âge, le tabagisme, les antécédents de grossesse ou de fausse couche.

Les patientes rapportant des violences récentes étaient significativement plus souvent sans emploi (41,5% vs 25,9% $p=0,02$), et traitées ou suivies pour des pathologies psychiatriques (24,1% vs 9,5% $p<0,01$) que les patientes ne rapportant pas de faits de violences récentes.

B. Contexte de l'IVG et entretien pré-IVG

La séparation conjugale récente ou en cours était plus fréquemment associée à des violences récentes (49,1% vs 5,3% $p<0,001$) et le co-responsable était significativement moins informé de l'état gravidique (47,6% vs 85,8% $p<0,001$). La grossesse actuelle était initialement plus souvent désirée dans le groupe victimes de VFF récentes (14,8% vs 4,3% $p<0,01$).

Les patientes étaient significativement moins accompagnées de leur conjoint ou du co-responsable de la grossesse lors de la consultation pré-IVG (6,9% vs 37,4%, $p<0,01$) et avaient davantage rencontré les psychologues (79,6% vs 34%, $p<0,001$) dans le groupe VFF récentes. Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant l'ancienneté du médecin ayant réalisé la consultation pré-IVG.

Le terme de la grossesse au moment de la consultation pré-IVG était significativement plus élevé dans le groupe VFF récentes (≥ 12 SA : 27,8% vs 10,2%, $p < 0,001$).

C. IVG

Les femmes du groupe VFF récentes réalisaient significativement plus d'IVG tardives que les patientes de l'autre groupe (≥ 12 SA : 15% vs 6,5% et ≥ 14 SA : 23% vs 6,8% $p < 0,001$). Elles annulaient ou reportaient significativement plus leur IVG (18,6% vs 5,9%, $p < 0,01$).

D. Violences au cours de la vie

La même analyse comparative a été réalisée entre les patientes ne déclarant aucun antécédent de violences à celles ayant signalé des violences récentes et/ou passées. Il n'a pas été possible de comparer les patientes signalant des violences passées seules, car certaines (7 patientes) présentaient à la fois des violences passées et des violences récentes. On retrouve les mêmes facteurs associés aux violences que pour les VFF récentes seules. D'autres variables se sont révélées significativement associées aux violences au cours de la vie entière : la réalisation d'au moins une IVG antérieure (38% contre 26,2%, $p = 0,02$), le tabagisme actif (46,5% contre 32,3%, $p < 0,01$) ainsi que le tabagisme important (> 15 cigarettes par jour) (20,2% contre 7%, $p < 0,001$).

V. Questionnaires

A. Caractéristiques des professionnels

L'âge et la profession des professionnels étaient répartis selon la figure 9.

Age des professionnels (années)	24-29	5 (19,2%)	Répartition des professions	Psychologues	1 (4%)
	30-39	7 (26,9%)		Médecins séniors	6 (23%)
	40-49	8 (30,8%)		Médecins internes	5 (19%)
	> 49	6 (23,1%)		IDE consultation	7 (27%)
				Aides-soignantes	3 (12%)
		IDE hospitalisation	4 (15%)		

Figure 9 : Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé

La durée médiane d'exercice en orthogénie était de 4ans [Q25-75 : 2,5-12], et de 12 ans d'activité professionnelle [Q25-75 : 5,25-20]. La figure 10 montre que la majorité des professionnels n'avait jamais eu de formation sur les VFF.

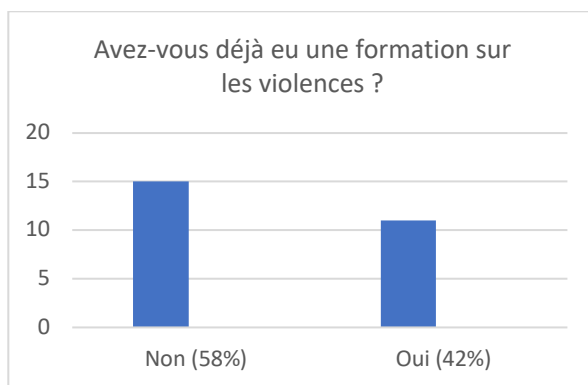


Figure 10 : Taux de soignants déjà formés aux VFF

B. Pratiques et freins

Une étude descriptive de type comparaison avant-après au sujet des habitudes et des limites rencontrées par les professionnels a été réalisée. Celle-ci retrouvait une augmentation significative de la sortie systématique de l'accompagnant lors de

l'entretien ($p < 0,001$), du dépistage systématique des VFF ($p < 0,001$) et du questionnement systématique du consentement au(x) rapport(s) sexuels ayant conduit(s) à la grossesse ($p = 0,02$). Les professionnels déclaraient recevoir significativement davantage de patientes victimes de VFF ($p = 0,04$), et traçaient davantage ces faits dans les dossiers ($p = 0,02$). Les résultats sont résumés dans la figure 11.

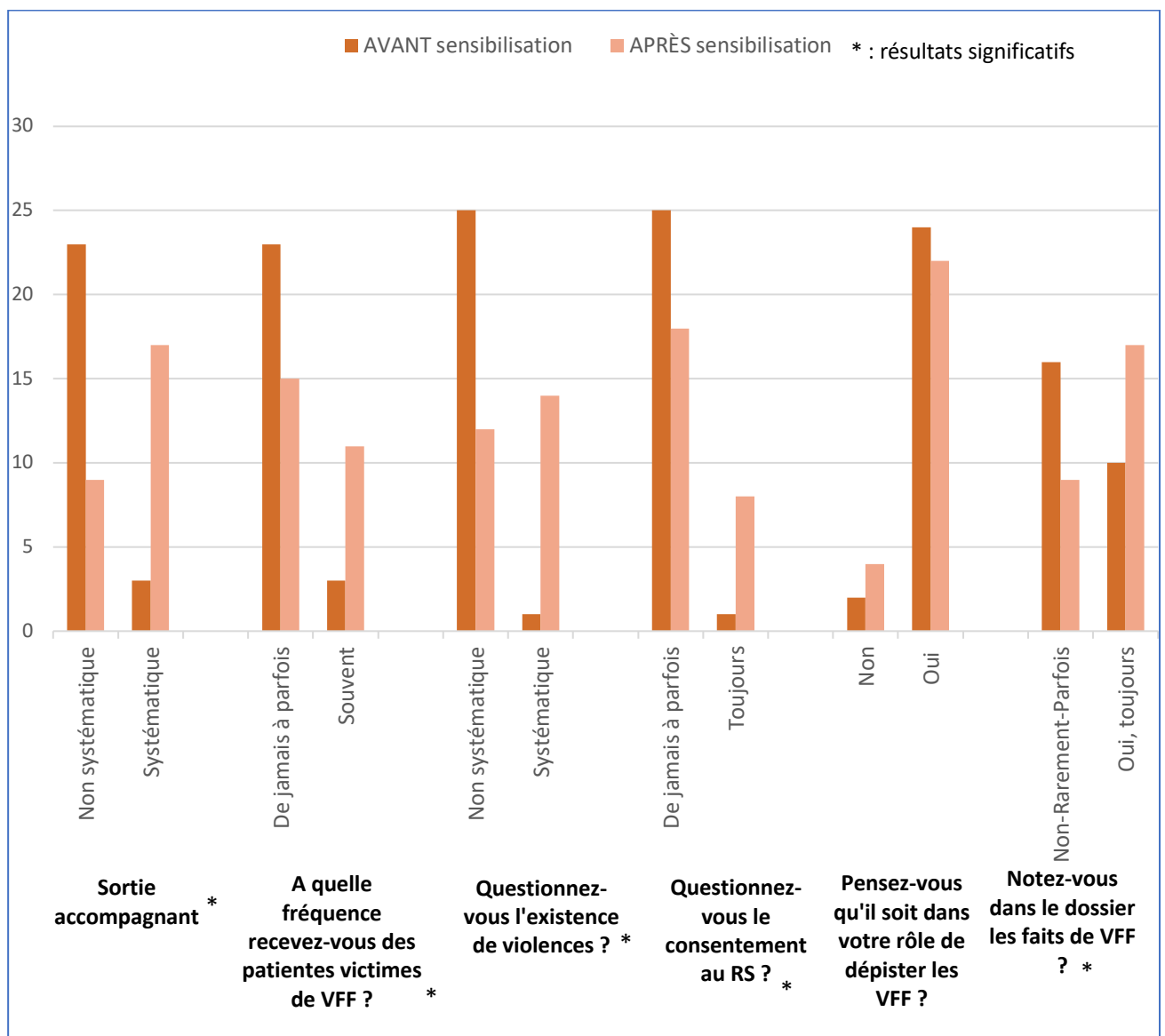


Figure 11 : Étude comparative pré- et post-test des habitudes déclarées dans le questionnaire par les professionnels

Les professionnels déclaraient avoir connaissance des faits de violences par différents biais. En pré-test, le mode de révélation le plus fréquent était l'évocation spontanée par la patiente (58%, soit 15 cas), alors qu'après la sensibilisation, les deux modes les plus fréquents étaient le dépistage systématique (42% soit 11 cas) et la transmission orale ou écrite au sein de l'équipe (42% soit 11 cas).

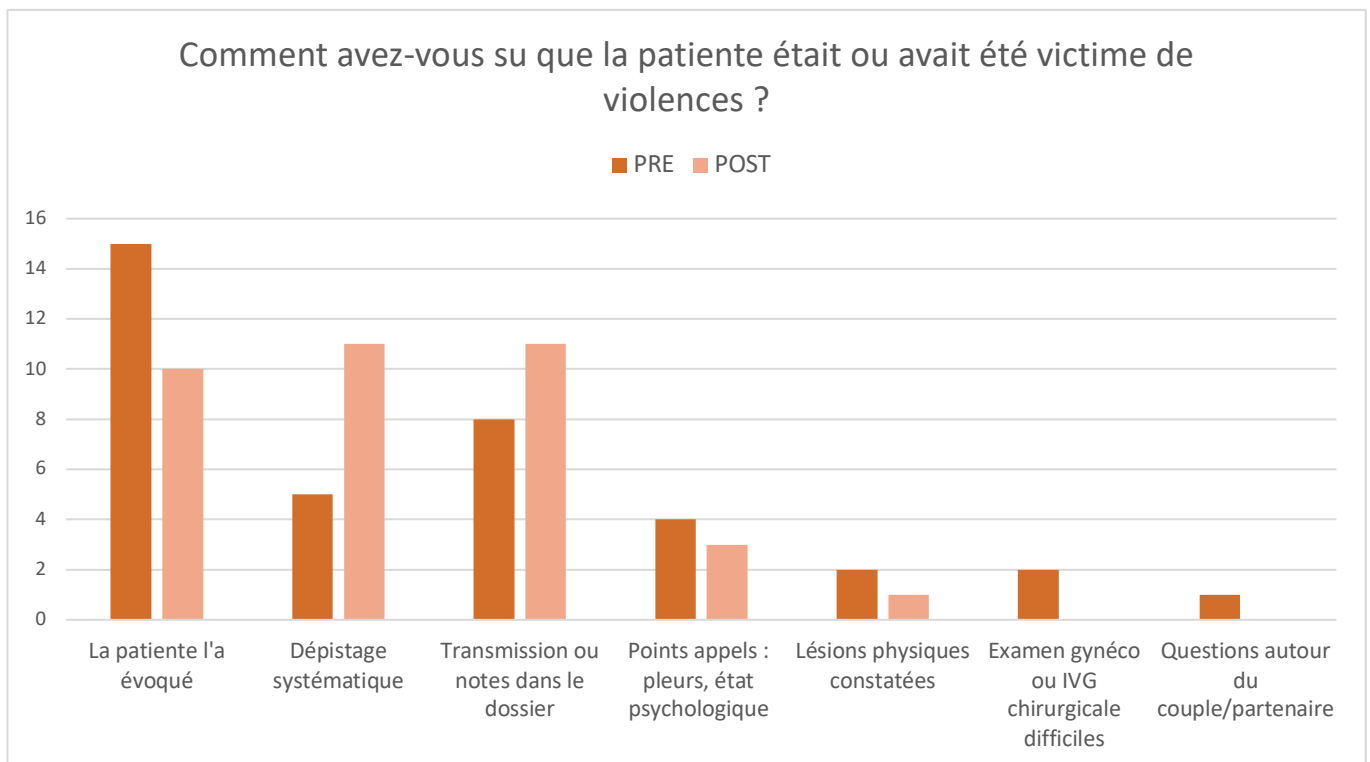


Figure 12 : Modes de révélation des violences d'après les professionnels

Les limites au dépistage ont également évolué en pré et post test : les professionnels déclaraient moins manquer de temps et de connaissance sur le sujet, et manifestaient moins d'impuissance face aux déclarations de faits de violences. Une nouvelle limite a été exprimée : la difficulté à écouter des récits de violences.

	Pré-test N= 26 (%)	Post-test N = 26 (%)
Je ne pense pas qu'il y ait de limites	9 (35%)	11 (42%)
Je n'y pense pas souvent /je n'ai pas le réflexe	4 (15%)	3 (12%)
Difficulté au repérage / je ne sais pas comment aborder le sujet/ je ne suis pas à l'aise	6 (23%)	5 (19%)
Je manque de connaissances sur le sujet	5 (19%)	0
J'ai peur de mettre mal à l'aise/de choquer/ ces questions sont intrusives	5 (19%)	3 (12%)
Impuissance face à des déclarations de faits de VFF/je ne saurais pas comment réagir en cas de réponse positive	8 (31%)	4 (15%)
Présence conjoint/tierce personne	9 (35%)	7 (27%)
Je manque de temps	10 (39%)	4 (15%)
Il est difficile d'écouter des récits de violences	0	4 (15%)
Autres	2 (8%)	2 (8%)

Figure 13 : Limites au dépistage évoquées par les professionnels de santé

DISCUSSION

I. Effet d'une sensibilisation sur le repérage des violences et sur les habitudes des professionnels de santé

Cette étude démontre une augmentation significative du taux de violences dépistées après sensibilisation (Figure 2). Plusieurs études précédentes ont évalué l'impact bénéfique d'une formation sur le dépistage des violences (16,23). Cependant, il existe très peu d'études françaises à ce sujet et la plupart se limitent aux VC (14). De plus, beaucoup d'entre elles ont examiné des paramètres subjectifs et déclaratifs tels que les pratiques auto-déclarées ou les connaissances théoriques des professionnels (14,16). Notre étude confirme l'impact clinique et direct de la sensibilisation sur les violences avouées par les patientes.

Cette amélioration du repérage des violences s'explique par différents facteurs, dont le changement des habitudes des professionnels révélé par le questionnaire.

Tout d'abord, le taux de formation était initialement faible, car 58% des répondants aux questionnaires n'avaient jamais reçu de sensibilisation sur les violences de genre (Figure 10). Ce manque de formation se traduit dans les freins exprimés par les professionnels en pré-test : manque de connaissances sur le sujet et sentiment d'impuissance face aux déclarations de faits de violence (Figure 13). Les mêmes limites rencontrées sont mentionnées dans la littérature (9,10,13,15).

De plus, et conformément aux données de la littérature (8,9), le mode de révélation principal des VFF en pré-test était l'évocation de celles-ci par la patiente elle-même

(Figure 12). Cependant, seulement 25% des patientes évoqueraient spontanément les VFF auprès de leur médecin (12). De plus, même si elles sont questionnées, les violences sont souvent peu identifiées par les patientes elles-mêmes (20,24), particulièrement si le terme « violence » est employé. Dans une étude de 2017 (20), un questionnaire a été distribué à 322 patientes en demande d'IVG. A la question « Pensez-vous être victime de violences de la part de votre compagnon ? », seules 2% des femmes répondaient positivement, alors que 27% rapportaient avoir vécu récemment des événements entrant dans la définition des VC. Par ailleurs, les grandes enquêtes ENVEFF et VIRAGE n'énonçaient jamais les termes « violence, agression, viol ou inceste » mais questionnaient des actes le plus factuellement possible (25). Suite à la sensibilisation, le mode principal de révélation était différent étant donné que les soignants déclaraient majoritairement avoir connaissance des faits de VFF suite à un questionnement systématique et via la communication sur ces faits entre les membres de l'équipe. De même, basée sur les recommandations HAS de 2019 (1), la sortie de l'accompagnant était significativement plus fréquente. Selon plusieurs études (26), les patientes seraient plus susceptibles de révéler les VFF aux professionnels s'ils faisaient systématiquement sortir les accompagnants.

Par ailleurs, il semblerait que la sensibilisation ait permis une augmentation de l'identification des violences comme telles : en pré-test, la violence n'était ni identifiée ni nommée dans 29,4% des cas, alors que cela ne concernait que 7,4% des dossiers en post-test.

L'ensemble de ces éléments a donc contribué à l'augmentation du taux de violences dépistées.

II. Prévalence des violences et IVG – comparaison avec la population générale et les données de la littérature

A. Violences déclarées

Seules 64% des patientes ne rapportent aucune forme de violence dans cette étude (Figure 3). Les données de la littérature révèlent une très grande disparité dans les taux des violences déclarées chez les femmes ayant recours à l'IVG (17). Les différences de formulations des questions peuvent expliquer ces écarts de résultats de prévalence entre les enquêtes (25). Il existe peu d'études françaises récentes sur les taux de violences actuelles et/ou contemporaines à la survenue de la grossesse chez les femmes qui avortent. Les quelques données antérieures ont révélé que 23% des demandes d'IVG seraient la conséquence directe d'une situation de violences (18), que 27% des consultantes en vue d'une IVG déclareraient des VC actuelles (20) et que 20% des femmes avouaient avoir subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois (27). Dans l'enquête nationale ENVEFF de 2000, 10% des femmes interrogées déclaraient avoir subi des VC au cours des 12 derniers mois. Ici, un total de 15,1% de patientes déclaraient des violences récentes (Figure 2) et la grande majorité de celles-ci étaient des VC, ce qui représentait 12,3% de l'ensemble de la population étudiée. Les violences sexuelles de tous types représentaient quant à elles 3,1% des violences récentes (Figure 6). Cependant, les données de la littérature s'accordent pour dire que la prévalence des VFF chez les patientes consultant pour une IVG est nettement plus élevée que celle de la population générale : entre 2,5 et 4 fois supérieure (17,19,21). Malgré l'augmentation significative du repérage des violences, il est donc possible de se questionner quant à une probable persistance de sous-évaluation de celles-ci.

Cette possible sous-estimation des violences peut s'expliquer par un biais déclaratif lié à un sentiment de peur ou de honte ressenti par la patiente, par un problème d'identification des violences par la patiente ou par les professionnels et par un manque de données car pour au moins 3,6% des patientes (13 dossiers), aucune note n'a été retrouvée dans le dossier suite au rendez-vous avec les psychologues.

D'autre part, les taux rapportés dans cette étude de VC psychologiques et physiques sont relativement similaires (pour les VC récentes respectivement 9,2% et 7,3% de VC et pour les VC au cours de la vie 14% et 14,2%). À l'inverse, les grandes enquêtes nationales (2,3) s'accordent pour décrire la place prépondérante des VC psychologiques (20). La « bombe » ENVEFF (2) rapportait 10% de VC dans la dernière année, dont 2,5% d'agressions physiques, et 1% d'agressions sexuelles, révélant ainsi « l'inadéquation de l'expression 'femmes battues', qui ne rend pas compte de la totalité des violences conjugales » (Jaspard et al.) où les violences psychologiques sont prépondérantes. Tous ces éléments peuvent laisser penser qu'il persiste une sous-évaluation des VC psychologiques dans cette étude, souvent peu identifiées par les patientes et les soignants, d'autant plus si elles sont isolées.

B. Cumul des violences au cours de la vie

Parmi les patientes déclarant des violences récentes, 23 (42,6%) déclaraient subir plusieurs formes de violences. 7 patientes (2%) confiaient à la fois des violences récentes et passées, ce qui semble peu par rapport aux données de la littérature (4,20,28,29). Malgré tout, ces éléments illustrent le continuum des violences auquel les femmes sont exposées. Au cours de la vie, le cumul des formes de violences de

genre est multiple (2,3), et de nombreuses études ont révélé un lien fort entre violences pendant l'enfance, et violences conjugales et/ou sexuelles à l'âge adulte (4,20,28,29).

III. À qui les violences sont-elles révélées ?

Il n'existait pas de différence en termes de violences récentes entre le groupe consultation pré-IVG réalisée par un interne ou par un médecin sénior (Figure 8). Cependant, il est à noter que 80% des patientes ayant signalé des violences récentes avaient rencontré les psychologues. Après exclusion de 16 patientes selon les critères définis dans la Figure 7, on notait que 44,7% ont révélé les faits à un psychologue et n'ont donc pas abordé la question des violences avec le médecin lors de la consultation pré-IVG. En étudiant le taux de prévalence des violences récentes détectées par les différents professionnels, une variation du taux de dépistage selon les professionnels rencontrés a été observée, plus élevée chez les psychologues (15,1%) et les internes (11,3%) que chez les médecins séniors (4,2%)

L'entretien psychologique, parfois long et centré autour des difficultés éprouvées par la patiente, permet un questionnement plus approfondi sur l'entourage et les habitudes de vie. Les femmes peuvent donc théoriquement être plus enclines à livrer des incidents de violence dans ces conditions. Par ailleurs, quelques études décrivent que la décision d'une patiente à révéler des faits de violences peut être influencée par le contexte ou la manière dont le dépistage est effectué ainsi que par la personne qui pose les questions (4). Ces études montrent que les patientes révèlent davantage les violences si les soignants sont prêts à questionner celles-ci plusieurs

fois et s'ils apportent des ressources médicales et sociales (4). En ce qui concerne une potentielle différence du taux de dépistage selon l'ancienneté du médecin réalisant la consultation, aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature. Pour expliquer pourquoi les internes avaient un taux de dépistage plus élevé, l'hypothèse d'une médiatisation récente des VFF pourrait être établie : les jeunes médecins pourraient être davantage sensibilisés à cette problématique, bien qu'ils n'aient pas déclaré dans cette étude avoir reçu plus de formations à ce sujet que les médecins seniors. D'autres études ont également suggéré que l'initiation précoce au dépistage des VC au cours des études médicales pouvait normaliser l'abord de ce sujet en consultation avec les patientes (30). De plus, il est possible que les internes réalisent des consultations de plus longue durée, avec un interrogatoire moins directif et moins systématisé, donc plus modulable. Il est de plus probable que des temps de latence et des hésitations inhérents au manque d'expérience laissent un champ d'expression plus large aux patientes.

IV. Variables associées aux violences – corrélation à la littérature

Bien qu'il n'ait pas été réalisé d'analyse multivariée, cette étude a mis en évidence plusieurs facteurs associés à l'existence de violences récentes. Ces éléments peuvent constituer des signes d'alerte à l'interrogatoire pour repérer d'éventuelles situations de violence.

A. Absence d'emploi

L'absence d'activité professionnelle constitue un facteur de risque connu de VFF dans toutes les études (1,3,20). L'enquête VIRAGE (3) citait déjà en 2015 cette donnée

comme facteur accroissant les risques de violence. Les violences de genre concernant tous les niveaux socio-économiques (2), il ne s'agit pas là de position sociale, mais bien de l'absence d'emploi (3).

B. Antécédents psychiatriques

Parmi les nombreuses conséquences des violences, on cite les pathologies psychiatriques : dépression, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique, tentative de suicide, dépression du post-partum (4,5,31). Ces troubles peuvent entraîner une confusion, des oublis fréquents, des rendez-vous manqués ou une dissociation avec anesthésie émotionnelle. La HAS rappelle qu'un praticien non sensibilisé pourra donc facilement se sentir agacé par ces patientes (1).

C. Séparation conjugale récente ou en cours

Les résultats ont révélé 50% de séparations récentes ou en cours dans le groupe violences contre 5,3% dans le groupe ne déclarant pas de violences récentes. Beaucoup d'études ont décrit un risque accru de VC chez les femmes célibataires ou séparées (1,3,12,17,32). L'enquête ENVEFF (2) avait estimé que les femmes qui n'étaient plus avec le partenaire au moment de l'étude avaient déclaré 3 à 4 fois plus de violences conjugales que les autres.

Par ailleurs, la période de séparation dans un contexte de VC constitue un facteur de risque de danger, avec un risque élevé de passage à l'acte hétéroagressif (33) à type de violences physiques graves (3, 33) voire d'homicide conjugal, mais également de passage à l'acte auto-agressif par levée des mécanismes inhibiteurs liés à la dissociation. D'après la dernière étude nationale sur les morts violentes de 2021 (33),

la dispute et le refus de séparation demeurent les principaux mobiles de passage à l'acte (41%) dans l'homicide conjugal. Durant cette période à haut risque, il incombe donc aux professionnels d'évaluer la dangerosité de la situation, afin d'envisager un signalement, ou de proposer une demande d'ordonnance de protection.

D. Circonstances de la grossesse

Toutes les études s'accordent pour dire que les grossesses non désirées constituent une conséquence très fréquente des violences conjugales (1,4,9,12,20,32) et que les femmes victimes de violences de genre réalisent davantage d'IVG que celles qui ne le sont pas (19). Néanmoins, cette étude montre qu'au sein de la population de femmes consultant pour un avortement, si la grossesse était initialement planifiée et désirée, le risque de violences récentes est significativement plus élevé. Aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature à ce sujet. Il est probable que les femmes décident d'interrompre une grossesse souhaitée suite à l'apparition de violences physiques et/ou l'augmentation de l'intensité des violences. La grossesse est décrite comme l'une des périodes les plus à risque, et de nombreuses études décrivent une apparition des violences souvent physiques ou une aggravation de celles-ci au cours de la grossesse (1,12,17).

Dans la méta-analyse de Hall (17), on retrouvait déjà une exposition à la violence significativement supérieure chez les patientes dont les conjoints n'étaient pas informés de l'état gravidique et/ou de l'IVG. Cet élément est de nouveau mis en évidence dans cette étude.

E. Des IVG plus tardives

Comme ici, d'autres études (17) retrouvaient également significativement plus d'avortements tardifs chez les femmes victimes de violences. Il semble également exister une ambivalence plus importante quant à la décision d'avorter étant donné qu'il était retrouvé significativement plus de patientes ayant annulé ou reporté leur IVG dans le groupe violences récentes. Cette ambivalence peut être expliquée par le caractère cyclique de la violence conjugale, et par l'emprise de l'auteur des violences (34). Des études (1,4) évoquent dans le cadre des VC une entrave à l'accès aux soins par leur conjoint violent. Les IVG réalisées à un terme plus tardif peuvent expliquer que ces patientes aient davantage recours à la méthode par aspiration.

F. Violences au cours de la vie

Il n'a pas été retrouvé d'augmentation du taux d'IVG antérieures (≥ 1) chez les patientes récemment victimes de violences, contrairement à l'analyse incluant les cas de violences passées qui a montré une prévalence significativement plus élevée d'IVG répétées (≥ 1) ($p=0,02$) dans le groupe violences. La relation entre les IVG répétées et les violences a souvent été évoquée dans la littérature médicale (17,20).

On retrouve une différence significative concernant le tabagisme actif et le tabagisme important (>15 cigarettes/jour) dans le groupe violences passées et récentes, que l'on ne retrouve pas dans le groupe VFF récentes. Les données de la littérature montrent une association entre violences et consommation de toxiques (drogues, tabac, alcool) et comportements à risque (notamment comportements

sexuels à haut risque), avec une association d'autant plus forte que la violence est grave (1,4,17).

Cette étude n'a pas identifié de corrélation entre les violences et l'âge ou le nombre d'accouchements. Cependant, des enquêtes telles que VIRAGE (3) ainsi que d'autres études (1,4) ont montré que les femmes d'âges jeunes et les mères de famille nombreuse étaient plus susceptibles d'être exposées à des risques de violences.

V. Identification, orientation et danger

Dans cette étude, peu de données ont pu être collectées sur une éventuelle orientation proposée aux patientes victimes de violences récentes. De plus, dans certaines situations pour lesquelles des éléments de dangerosité ont été mentionnés avant IVG, il n'a pas été retrouvé de notes dans le dossier d'une évaluation ultérieure de la violence en post-avortement. Des études antérieures ont conclu à un manque de preuves concernant les effets bénéfiques des formations sur l'orientation des patientes et sur l'amélioration de leur santé mentale (16,23). Cependant, la plupart d'entre elles concluent à un intérêt de la poursuite du dépistage, car les limites de ces études n'excluent pas un potentiel bénéfique.

Par ailleurs, la première étape de gestion de toute problématique de santé publique consiste à sa mise en évidence. L'identification des cas de violences semble avoir permis aux professionnels de les nommer, et de les condamner auprès des patientes, ce qui constitue le point de départ de la prise de conscience par la victime (1,26). Les recommandations HAS (1) le soulignent : « *Cette démarche de repérage*

de la violence constitue une première étape dans la prise en charge et contribue à rompre le silence et à protéger la victime ». Des outils simples tels que le « violentomètre » ou l'explication des mécanismes du cycle de la violence ont également été utilisés auprès des patientes. Ces techniques d'autonomisation et d'« empowerment counseling » apportent un soutien et peuvent, d'après certaines études, aider à la prise de conscience des mécanismes de violences, à discuter de la sécurité des patientes et à réduire les symptômes dépressifs (26).

VI. Forces et limites de l'étude

A. Forces

Cette étude n'était pas la première à évaluer l'efficacité d'une formation des soignants aux VFF. Cependant, elle est la première étude française à avoir comparé la prévalence de violences déclarées en pré- et en post-sensibilisation lors d'un parcours d'IVG. La plupart des études antérieures (16,23) ont principalement évalué des données subjectives telles que les habitudes auto-déclarées des professionnels ou leurs connaissances théoriques en post-formation. Par ailleurs, les précédents articles se concentraient essentiellement sur les violences conjugales (14,16), alors que la présente étude s'intéressait à toutes les formes de violences.

Le nombre important de patientes étudiées dans cette population a permis le recueil d'un grand nombre de données et la constitution d'un échantillon probablement représentatif des patientes d'orthogénie. Par ailleurs, la durée d'évaluation en post-test était relativement longue, puisqu'elle s'étendait aux patientes reçues jusqu'à 5 mois en post-sensibilisation.

Les résultats retrouvaient des données concordantes à la littérature (9,10,13,15), notamment concernant les freins rencontrés par les professionnels face au dépistage des VFF (Fig. 13), mais également dans les variables significativement associées aux VFF (Fig. 8). De plus, de nouveaux éléments ont pu être mis en évidence, telle qu'une potentielle association entre demande d'IVG pour une grossesse initialement souhaitée et existence de violences récentes. Enfin, cette étude offre de nouvelles données françaises en termes de fréquences de violences de genre rencontrées dans la population de femmes ayant recours à l'IVG.

B. Limites

Cette étude comporte plusieurs limites.

Tout d'abord, les aspects rétrospectifs et monocentriques sont les principales. De plus, il n'a pas pu être réalisé de randomisation du facteur étudié, à savoir la sensibilisation.

D'autre part, il existe probablement une variabilité pré- et post-test des professionnels travaillant dans le service d'orthogénie. En effet, l'étude s'étalait de mai 2021 à mai 2023, et certains professionnels ne travaillaient pas dans le service au moment des données recueillies en pré-sensibilisation. Bien que la durée médiane d'exercice dans le service fût de 4 ans d'après les réponses au questionnaire, il est possible que les professionnels ne soient pas tout à fait comparables en pré- et post-test, notamment pour les internes qui changent de service tous les six mois.

De plus, on relève deux éléments ayant pu interférer avec la sensibilisation des professionnels dans l'augmentation des violences déclarées en post-test. En premier lieu, la mise à jour de la trame du dossier d'orthogénie, concomitante à la sensibilisation, peut constituer un potentiel facteur de confusion. En effet, l'ajout d'une

ligne faisant mention de l'existence ou non de violences, a pu contribuer à l'amélioration du dépistage de celles-ci. Deuxièmement, l'effet Hawthorne est un biais probable, car certains membres de l'équipe d'orthogénie avaient connaissance de l'objectif de l'étude, ce qui a pu entraîner un changement de comportement pouvant amplifier le dépistage des violences.

Par ailleurs, suite à des problématiques de logistique, tous les dossiers des patientes reçues en post-test n'ont pas été consultés, cela entraîne donc des données manquantes. De même, toutes les variables comparées dans l'analyse rapportée dans la Figure 8 n'ont pas pu être recueillies pour chaque patiente car elles n'étaient pas toujours notées dans les dossiers par les soignants.

Enfin, cette étude n'évalue pas l'évolution du taux de dépistage à distance de la sensibilisation, puisqu'elle s'arrête aux données recueillies à 5 mois de celle-ci. Il pourrait donc être intéressant d'évaluer s'il existe une persistance d'un taux de dépistage élevé au-delà de cette période.

VII. Perspectives

A. Futurs sujets d'études

Cette unique sensibilisation a permis un changement des habitudes de la majorité des professionnels, en intégrant le dépistage systématique des VFF dans leur pratique (Figure 11). Des études ont suggéré que l'initiation précoce au dépistage des VC au cours des études médicales pouvait normaliser leur abord en consultation avec

les patientes (30). Il serait donc intéressant d'évaluer si une formation médicale continue avec la répétition de formations à ce sujet peut permettre une augmentation croissante du taux de patientes dépistées à mesure de la succession de ces formations.

L'analyse d'un effet bénéfique de la sensibilisation sur la prise en charge proposée aux patientes déclarant des violences était limitée dans cette étude, et il existe peu de données à ce sujet dans la littérature (14,16,23). Une nouvelle étude pourrait être menée, dont l'objectif principal serait d'évaluer l'effet d'une formation sur l'orientation fournie, et sur l'évaluation du danger des patientes victimes. Enfin, d'autres études seraient nécessaires pour évaluer l'impact des formations aux VFF sur la santé mentale de ces patientes.

B. Vers un acte de cotation spécifique aux VFF ?

Enfin, l'un des autres freins au dépistage fréquemment cité par les soignants dans cette étude (Figure 13) et dans la littérature est le manque de temps (9,10,12-15). Ils évoquent la difficulté à ajouter le questionnement des violences au sein d'une activité déjà surchargée. Cependant, la littérature scientifique s'accorde à dire que les violences font partie des diagnostics différentiels de la plupart des pathologies (1,4), et un article publié dans le *New England Journal of Medicine* (4) évoque les nombreux diagnostics de VFF retardés ou manqués ayant entraîné des examens complémentaires parfois onéreux et inutiles. Au vu de l'impact considérable des violences sur la santé mentale et physique (1,2,4,5), le dépistage trouve sa place de manière certaine dans le quotidien de toute activité de soins, quelles que soient les spécialités. Mais dans un système de santé où la tarification à l'acte prime encore, les

activités les plus rémunératrices sont les plus valorisées. Le manque de temps évoqué par les soignants pour le dépistage des VFF traduit aussi l'absence totale de valorisation du repérage des violences en tant qu'acte de soin. En effet, s'il existe des subventions, certes insuffisantes, pour la prise en charge des conséquences médicales des violences, aucun forfait ne valorise leur dépistage, alors qu'il peut être chronophage. Telles que citées plus haut, des études (4) ont montré que les femmes révéleraient davantage les faits de violences si les soignants questionnent plusieurs fois l'existence de celles-ci, ce qui peut être long. De même, l'évaluation de la dangerosité d'une situation de violences actuelles nécessite un certain temps, et d'autant plus si elle est suivie de la rédaction d'un signalement au Procureur. En ce sens, un rapport de la Direction Interministérielle de la Transformation Publique paru en novembre 2022 (35) concernant l'amélioration du repérage par les médecins des femmes victimes de VC propose l'introduction d'une compensation financière en créant un acte de cotation spécifique aux violences faites aux femmes. Cette question d'une (re)valorisation des actes de repérage des violences faites aux femmes semble absolument nécessaire et pertinente face à l'ampleur des retentissements médicaux (1,2,4,5) et donc également économiques (6,7) de celles-ci.

CONCLUSION

La sensibilisation aux VFF a permis une augmentation significative du taux de dépistage des violences de genre en parcours d'IVG, démontrant l'intérêt clinique de celle-ci. Des formations initiales et continues sont indispensables pour tous les professionnels de santé.

Des réflexions autour d'un acte de cotation spécifique à ce dépistage et à leur prise en charge semblent absolument nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 août 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
2. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 27 août 2023]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/>
3. Violences et rapports de genre [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 27 août 2023]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/grandes-enquetes/violences-et-rapports-de-genre/#tabs-1>
4. Miller E, Mccaw B. Intimate Partner Violence. The New England journal of medicine. 28 févr 2019;380:850-7.
5. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
6. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 19 juill 2016;390-8.
7. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Le coût du déni - CIIVISE Commission inceste [Internet]. CIIVISE. 2021 [cité 27 août 2023]. Disponible sur : <https://www.ciivise.fr/le-cout-du-deni/>
8. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. Médecine. 10 déc 2014;10(9):423-8.
9. Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. Cliniques méditerranéennes. 2013;88(2):69-78.
10. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. BMC Public Health. 26 sept 2006;6:238.
11. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises. Synthèse de l'enquête BVA-HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2022 nov [cité 27 août 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/synthese_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2022_-_vf.pdf

12. Henrion. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. La Documentation française ; 2001 févr [cité 27 août 2023]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
13. Dautrevaux. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : quelles réponses peut-on apporter ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. (hal-01931810)
14. Duchesne S, Donnadiou AC, Chariot P, Louis-Sylvestre C. Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service. *Arch Womens Ment Health*. avr 2021;24(2):293-301.
15. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
16. Kalra N, Hooker L, Reichenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2021;5(5):CD012423.
17. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. janv 2014;11(1):e1001581.
18. Sarafis. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales [mémoire de Diplôme Universitaire de victimologie]. Université Paris V ; 2010.
19. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. août 2008;48(4):391-7.
20. Pinton A, Hanser AC, Metten MA, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 juill 2017;45(7):416-20.
21. Bourassa D, Bérubé J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. mai 2007;29(5):415-23.
22. Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janv 2014;93(1):45-51.
23. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 12 mai 2014;348:g2913.
24. Gaspard. Y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ? [thèse de doctorat]. Université de Tours ; 2011.
25. Cromer S. Les violences sexuelles sur mineur.e.s à caractère incestueux. Rapport remis à la Ministre des Familles. CNRS, Expertises ; 2017 avr.

26. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 18 avr 2015;385(9977):1567-79.
27. Nadège Zaazou. IVG et violences sexuelles : quel lien? *Médecine humaine et pathologie*. 2019. <dumas-02733432>
28. Kelly L, Tillous M. Le continuum de la violence sexuelle. *Cahiers du Genre*. 18 juill 2019;66(1):17-36.
29. Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 11 août 2001;358(9280):450-4.
30. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : Quel serait le contenu de la formation « idéale » ? [thèse de doctorat]. Université de Strasbourg ; 2019.
31. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 11 sept 2010;376(9744):903-10.
32. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1 nov 1993;149(9):1257-63.
33. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2021 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. 2022. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021>
34. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. oct 2002;360(9339):1083-8.
35. Comment mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales ? L'apport des sciences comportementales [Internet]. Direction interministérielle de la transformation publique. 2022 [cité 27 août 2023]. Disponible sur : <https://www.modernisation.gouv.fr/publications/comment-mieux-reperer-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-lapport-des-sciences>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire pré-sensibilisation

Questionnaire sur le parcours IVG au CHU de Lille

Ce questionnaire concerne uniquement les patientes que vous êtes amené.e. à rencontrer dans le cadre du parcours d'IVG au CHU de Lille. Il s'intègre dans un travail d'élaboration de thèse. Vos réponses seront très utiles pour la compréhension de cette étude, et je vous remercie pour le temps que vous passerez à y répondre. N'hésitez pas à ajouter des commentaires ou des suggestions. Le temps de réponse est estimé entre 5 et 10 min.

1. Quel âge avez-vous ?

- 20-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans
- 50-59 ans
- 60-65 ans
- 65-70 ans

2. Quel est votre genre ? :

3. Quelle est votre profession ? :

- IDE au centre de prélèvement
- Médecin
- Interne ou docteur.e junior
- IDE en hospitalisation
- Aide-soignant.e en hospitalisation
- Psychologue

4. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? (Année ECN pour les internes)

5. Combien de patientes en début et/ou en cours de parcours d'IVG pensez-vous prendre en charge par semaine ? (en consultation, hospitalisation, écho, prélèvements, bloc...)

- 1 ou 2 patientes
- 3 à 5
- 5 à 10
- 10 à 15
- 15 à 20
- 20 à 25
- 25 à 30
- Autre :

6. Avez-vous déjà eu une formation et/ou une sensibilisation sur les violences conjugales, les violences sexuelles et/ou les violences intra-familiales ? (Entourez la réponse qui convient. Vous pouvez préciser)

- NON
- OUI, une fois
- OUI, plus d'une fois

Précision :

Si vous avez répondu « OUI » à la question 6, était-ce :

- Lors de votre formation initiale/cursus universitaire
- Lors d'un congrès ; précisez :
- Lors d'une formation sur ce thème (1/2 journée, une ou plusieurs journées)
- Pour les internes : lors de cours pendant l'internat/SIDES
- Autre :

Si vous avez répondu « OUI » à la question 6 : est-ce que cette formation vous a été utile dans votre pratique ?

- OUI
- NON
- Autre :

7. Lors de votre prise en charge des patientes en demande d'IVG, comment faites-vous si la patiente est accompagnée ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- J'accepte en général que l'accompagnant.e assiste à l'(aux) entretien(s)
- Je n'accepte pas en général que l'accompagnant.e assiste à l'(aux) entretien(s)
- Je fais toujours sortir l'accompagnant.e au moins à un moment
- Je fais sortir l'accompagnant.e si besoin. Merci de préciser :

Cela dépend. Merci de préciser :

8. Pensez-vous qu'il soit dans votre rôle, pendant le parcours d'IVG, de poser la question sur des violences subies actuellement ou dans le passé (conjugales, sexuelles et/ou intra-familiales) ?
- NON
 OUI

Si vous avez répondu « NON » à la question 8, précisez pourquoi : Cochez une ou plusieurs réponses.

- C'est davantage le rôle des psychologues
 C'est le rôle du médecin traitant
 Ces questions sont trop personnelles pour être posées lors de mon(mes) échange(s) avec la patiente
 Cela concerne finalement peu de patientes
 Cela risque de mettre mal à l'aise les patientes
 Cela s'éloigne de l'activité d'orthogénie
 Il s'agit de la sphère privée de la patiente
 Cela pourrait choquer les patientes non concernées
 Autre :

9. Qui seraient, selon vous, les professionnels.le.s du parcours d'IVG les plus à même à détecter les violences ? (une ou plusieurs réponses possibles)
- Psychologues
 IDE du centre de prélèvement
 IDE en hospitalisation
 Aides soignant.e.s en hospitalisation
 Médecins/Internes à la consultation pré-IVG

10. Dans le cadre de votre rôle dans le parcours des patientes en demande d'IVG, avez-vous déjà reçu une femme qui subissait au moment de l'entretien ou avait subi dans le passé, des violences conjugales, des violences sexuelles ou des violences intra-familiales ?
- NON
 Oui, une fois
 Oui, rarement
 Oui, parfois.
 Oui, souvent.

⇒ **Si vous avez répondu « NON » à la question 10, passez directement à la question 16.**

11. **Si vous avez répondu « OUI » à la question 10, précisez s'il s'agissait de violences subies au moment du parcours IVG ou anciennes :**
- Plutôt anciennes
 Plutôt actuelles
 Les deux
 Autre :

12. **Si vous avez répondu « OUI » à la question 10, précisez de quel(s) type(s) de violences il s'agissait :** (cochez une ou plusieurs cases)
- Violences conjugales (physiques, sexuelles, psychologiques, économiques, etc.)
 Violences sexuelles (c'est-à-dire attouchements, rapports forcés, etc. hors cadre conjugal ou familial)
 Violences intra-familiales (inceste, maltraitance physiques, psychologiques... etc)
 Autres, merci de préciser :

13. **Si vous avez répondu « OUI » à la question 10, comment avez-vous su qu'elle(s) était(en)t été victime(s) de violences ?** (une ou plusieurs réponses possibles)
-

14. **Si vous avez répondu « OUI » à la question 10, vers qui avez-vous réorientée(s) la/les patient(e)s ?** (une ou plusieurs réponses possibles)
- J'ai prévu de revoir moi-même la patiente
 Un.e autre professionnel.le du service d'orthogénie ; Merci de préciser :
 Un.e autre professionnel.le du CHU ; Merci de préciser :
 Police/gendarmerie
 Avocat.e
 Médecin traitant
 Psychologue en ville
 Assistante sociale
 Associations spécialisées d'aide aux victimes ; merci de préciser :
 Autres :

15. Si vous avez répondu « OUI » à la question 10, avez-vous noté les faits de violences dans le dossier médical ?

- NON
- OUI, rarement
- OUI, parfois
- OUI, toujours

Si NON ou RAREMENT, pouvez-vous préciser ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Cela ne devrait pas apparaître dans un dossier que tout le monde peut lire
- Il s'agit de la vie privée de la patiente
- Manque de temps
- Il n'est pas dans mon rôle d'écrire dans le dossier médical
- Demande explicite de la patiente de ne rien inscrire dans son dossier
- Autre :

Si OUI, pourquoi ?

-
-
-

16. Dans le cadre de votre rôle dans le parcours des patientes en demande d'IVG, posez-vous la question de l'existence de violences conjugales, sexuelles et intrafamiliales subies actuellement ou dans le passé ?

- Non
- Non, cela ne fait pas partie de mon rôle
- Oui, de manière systématique
- Oui, quand je pressens quelque chose, précisez :
- Non,

17. Questionnez-vous le consentement aux rapports sexuels ayant mené à la grossesse ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Non concerné.e

18. Avez-vous déjà organisé une conservation de produit de curetage à visée médico-légale dans un contexte de dépôt de plainte ou d'éventuel dépôt de plainte ?

- Non
- Oui, une fois
- Oui, 2-3 fois
- Oui, plus de 3 fois. Merci de préciser combien :

19. Pensez-vous qu'il existe des limites ou des difficultés au dépistage des violences conjugales, sexuelles et/ou intra-familiales dans le cadre du parcours d'orthogénie ?

- NON
- OUI

Si vous avez répondu « OUI » à la question 17, quelles seraient, selon vous, les limites les plus importantes au dépistage de ces violences (4 réponses MAXIMUM) :

- Je ne pense pas être la personne la mieux placée pour aborder cette question
- J'ai peur de choquer une patiente qui ne serait pas concernée par les violences
- La majorité des patientes ne sont pas concernées
- Je ne saurais pas répondre en cas de déclaration de faits de violences
- Je me sens impuissant.e quand une patiente déclare des faits de violences
- Présence du.de la conjoint.e ou d'une tierce personne lors de l'entretien
- Ces questions seraient intrusives
- Il s'agit de la sphère privée de la patiente
- Je ne sais pas comment aborder la question
- Je n'y pense pas souvent ou je n'ai pas le « réflexe »
- Je ne me sens pas très à l'aise de poser ces questions
- Je manque de temps
- Je ne souhaite pas mettre mal à l'aise la patiente
- Peur de représailles de la part de l'auteur.rice des violences
- Il est difficile d'écouter des récits de violence
- Manque de connaissances sur le sujet
- Difficulté à repérer les patientes victimes de violences
- Je ne saurais pas comment aider la patiente en cas de réponse positive
- Autre :

20. Quels sont, selon vous, les signes faisant suspecter l'existence de violences conjugales ou sexuelles actuelles :

- Attitude renfermée de la patiente
- Troubles de l'humeur / prise de traitement antidépresseur
- Pleurs
- Terme de grossesse avancé
- Grossesse initialement désirée
- Présence de lésions physiques
- Troubles du Comportement Alimentaires
- Patiente jugée « agaçante » ou suscitant de l'antipathie
- Autre

21. Avez-vous déjà réalisé ou participé à la réalisation d'un signalement au Procureur pour une femme en parcours d'IVG et victime de violences ?

- OUI
- NON

22. Souhaiteriez-vous avoir une sensibilisation sur les violences faites aux femmes ?

- Non, je suis déjà formé.e
- Non, je n'en ressens pas le besoin dans ma pratique clinique
- Non, le sujet me paraît difficile pour l'appliquer dans ma propre pratique
- Non, je n'ai pas le temps
- Personnellement non, je pense qu'il serait intéressant de former les professionnel.le.s suivant.e.s :
- Oui, Pouvez-vous préciser sur quel sujet ?
- Autre :

Annexe 2 : Questionnaire post-sensibilisation

Questionnaire POST sensibilisation

Ce questionnaire concerne uniquement les patientes que vous êtes amené.e. à rencontrer dans le cadre du parcours d'IVG au CHU de Lille. Il s'intègre dans un travail d'élaboration de thèse. Vos réponses seront très utiles pour la compréhension de cette étude, et je vous remercie pour le temps que vous passerez à y répondre.
N'hésitez pas à ajouter des commentaires ou des suggestions.
Le temps de réponse est estimé entre 5 et 10 min.

1. Quel âge avez-vous ?

- 20-24 ans
- 40-44 ans
- 25-29 ans
- 45-49 ans
- 30-34 ans
- 50-59 ans
- 35-39 ans
- 60-65 ans
- 65-70 ans

2. Quel est votre genre ? :

3. Quelle est votre profession ? :

- IDE de consultations gynécologiques
- Médecin
- Interne ou docteur.e Junior
- IDE en hospitalisation
- Aide-soignant.e en hospitalisation
- Psychologue

4. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? (Année ECN pour les internes)

.....

Pour les professionnels n'ayant pas fait d'orthogénie depuis le début de leur carrière :

- Durée depuis l'obtention du diplôme :
- Durée depuis laquelle vous avez une activité en orthogénie :

5. Combien de patientes en début et/ou en cours de parcours d'IVG pensez-vous

prendre en charge par semaine ? (en consultation, hospitalisation, écho, prélèvements, , bloc...)

- 1 ou 2 patientes
- 15 à 20
- 3 à 5
- 20 à 25
- 5 à 10
- 25 à 30
- 10 à 15
- Autre :

6. Avez-vous assisté à la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge des violences faites aux femmes en orthogénie réalisée au CHU entre Décembre 2022 et Mars 2023 ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « NON » à la question 6, est-ce parce que :

- Vous étiez déjà formé.e
- Vous n'avez pas eu le temps
- Vous ne souhaitiez pas y assister
- Autre :

Si vous avez répondu « OUI », la sensibilisation vous a-t-elle été utile ?

- NON , merci de préciser POURQUOI ?
-
- OUI , merci de préciser POURQUOI ?
-

7. Lors de votre prise en charge des patientes en demande d'IVG, comment faites-vous si la patiente est accompagnée ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- J'accepte en général que l'accompagnant.e assiste à l'(aux) entretien(s)
- Je n'accepte pas en général que l'accompagnant.e assiste à l'(aux) entretien (s)
- Je fais toujours sortir l'accompagnant.e au moins à un moment
- Je fais sortir l'accompagnant.e si besoin. Merci de préciser :
-
- Cela dépend. Merci de préciser :
-

8. Pensez-vous qu'il soit dans votre rôle, pendant le parcours d'IVG, de poser la question sur des violences subies actuellement ou dans le passé (*conjugales, sexuelles et/ou intra-familiales*) ?

- NON
 OUI

Si vous avez répondu « NON » à la question 8, précisez pourquoi : Cochez une ou plusieurs réponses.

- C'est davantage le rôle des psychologues
 C'est le rôle du médecin traitant
 Ces questions sont trop personnelles pour être posées lors de mon(mes) échange(s) avec la patiente
 Cela concerne finalement peu de patientes
 Cela risque de mettre mal à l'aise les patientes
 Cela s'éloigne de l'activité d'orthogénie
 Il s'agit de la sphère privée de la patiente
 Cela pourrait choquer les patientes non concernées
 Autre :

9. Qui seraient, selon vous, les professionnels.le.s du parcours d'IVG les plus à même à détecter les violences ? (*une ou plusieurs réponses possibles*)

- Psychologues
 IDE du centre de prélèvement
 IDE en hospitalisation
 Aides soignant.e.s en hospitalisation
 Médecins/Internes à la consultation pré-IVG

Concernant les patientes avant consulté en orthogénie et victimes de violences :

10. Dans le cadre de votre rôle dans le parcours des patientes en demande d'IVG, avez-vous déjà reçu une femme qui subissait au moment de l'entretien ou avait subi dans le passé, des violences conjugales, des violences sexuelles ou des violences intra-familiales ?

- NON
 Oui, une fois
 Oui, rarement
 Oui, parfois.
 Oui, souvent.

11. Précisez s'il s'agissait de violences subies au moment du parcours IVG ou anciennes :

- Plutôt anciennes
 Plutôt actuelles
 Les deux
 Aucune forme de violence
 Autre :

12. Précisez de quel(s) type(s) de violences il s'agissait : (cochez une ou plusieurs cases)

- Violences conjugales (physiques, sexuelles, psychologiques, économiques, etc)
 Violences sexuelles (c'est-à-dire attouchements, rapports forcés, etc. hors cadre conjugal ou familial)
 Violences intra-familiales (inceste, maltraitance physiques, psychologiques... etc)
 Autres, merci de préciser :

13. Comment avez-vous su qu'elle(s) était(en)t ou avait(en)t été victime(s) de violences ?

- (une ou plusieurs réponses possibles)

14. Vers qui avez-vous réorientée(s) la(les) patient(e)s victimes de violence ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- J'ai prévu de revoir moi-même la patiente
 Un.e autre professionnel.le du service d'orthogénie ; Merci de préciser :
 Un.e autre professionnel.le du CHU ; Merci de préciser :
 Police/gendarmerie
 Avocat.e
 Médecin traitant
 Psychologue en ville
 Assistante sociale
 Associations spécialisées d'aide aux victimes ; merci de préciser :
 Autres :

15. Avez-vous noté les faits de violences dans le dossier médical ?

- NON
- OUI, rarement
- OUI, parfois
- OUI, toujours

Si « NON » ou « RAREMENT » ou « PARFOIS », pouvez-vous préciser ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Cela ne devrait pas apparaître dans un dossier que tout le monde peut lire
- Il s'agit de la vie privée de la patiente
- Manque de temps
- Il n'est pas dans mon rôle d'écrire dans le dossier médical
- Demande explicite de la patiente de ne rien inscrire dans son dossier
- Autre :

Si « OUI, TOUJOURS », pourquoi ?

-
-
-

a. Depuis la sensibilisation, diriez-vous que vous avez tendance à dépister les violences chez les patientes :

- Aussi souvent qu'avant la sensibilisation
- Moins souvent qu'avant la sensibilisation
- Plus souvent qu'avant la sensibilisation
- Autre :

16. Dans le cadre de votre rôle dans le parcours des patientes en demande d'IVG, posez-vous la question de l'existence de violences conjugales, sexuelles et intrafamiliales subies actuellement ou dans le passé ?

- Non
- Non, cela ne fait pas partie de mon rôle
- Oui, de manière systématique
- Oui, quand je pressens quelque chose, précisez :
- Non,

17. Questionnez-vous le consentement aux rapports sexuels ayant mené à la grossesse ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Non concerné.e

18. Avez-vous déjà organisé ou participé à l'organisation d'une conservation de produit de curetage à visée médico-légale dans un contexte de dépôt de plainte ou d'éventuel dépôt de plainte ?

- Non
- Oui, une fois
- Oui, 2-3 fois
- Oui, plus de 3 fois. Merci de préciser combien :

19. Quelles seraient, selon vous, les limites les plus importantes au dépistage de ces violences (4 réponses MAXIMUM) :

- Je ne pense pas être la personne la mieux placée pour aborder cette question avec la patiente
- J'ai peur de choquer une patiente qui ne serait pas concernée par les violences
- La majorité des patientes ne sont pas concernées
- Je ne saurais pas répondre en cas de déclaration de faits de violences
- Je me sens impuissant.e quand une patiente déclare des faits de violences
- Présence du.de la conjoint.e ou d'une tierce personne lors de l'entretien
- Ces questions seraient intrusives
- Il s'agit de la sphère privée de la patiente
- Je ne sais pas comment aborder la question
- Je n'y pense pas souvent ou je n'ai pas le « réflexe »
- Je ne me sens pas très à l'aise de poser ces questions
- Je manque de temps
- Je ne souhaite pas mettre mal à l'aise la patiente
- Peur de représailles de la part de l'auteur.rice des violences
- Il est difficile d'écouter des récits de violence
- Manque de connaissances sur le sujet
- Difficulté à repérer les patientes victimes de violences
- Je ne saurais pas comment aider la patiente en cas de réponse positive
- Je ne pense pas qu'il y ait de limite au dépistage de ces violences en consultation d'orthogénie
- Autre :

20. Suite à la sensibilisation, trouvez-vous que la communication et la transmission relative aux faits de violence entre membres de l'équipe soit différente ?

- Pas de différence
- Moins de communication qu'avant ; merci de préciser :
- Plus de communication qu'avant ; merci de préciser :
- Autre :

21. Avez-vous déjà réalisé ou participé à la réalisation d'un signalement au Procureur pour une femme en parcours d'IVG et victime de violences ?

- OUI
- NON

22. Qu'auriez-vous souhaité ou attendu de plus de la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge des violences faites aux femmes en consultation d'orthogénie réalisée au CHU entre Décembre 2022 et Mars 2023 ?

-
-
-
-

23. Pensez-vous qu'il soit nécessaire de réaliser des sensibilisations régulières au dépistage et à la prise en charge des violences en consultation d'orthogénie ?

- OUI
- NON
- Autre ; merci de préciser :

Si « OUI », merci de préciser :

- La fréquence idéale selon vous :
- Sur quel(s) sujet(s) :

AUTEURE : Nom : DUPREZ

Prénom : Alexia

Date de soutenance : 19 septembre 2023

Titre de la thèse : Dépistage et prise en charge des violences faites aux femmes en parcours d'IVG : analyse d'une sensibilisation des professionnels de santé

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Doctorat de Médecine

DES + FST/option : Gynécologie Médicale, FST Médecine et Biologie de la Reproduction - Andrologie

Mots-clés : Violences faites aux femmes, dépistage, violences de genre, IVG, sensibilisation

Résumé :

INTRODUCTION : Le dépistage systématique des violences faites aux femmes (VFF) est désormais recommandé par la plupart des sociétés savantes. La fréquence de ces violences, leurs conséquences sur la santé mentale et physique ainsi que leurs répercussions économiques font de la lutte contre les VFF un enjeu de santé publique majeur. L'objectif de cette étude était de déterminer l'évolution du taux de violences déclarées lors d'un parcours d'IVG après sensibilisation des professionnels de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Il s'agit d'une analyse rétrospective de type avant-après, monocentrique, réalisée dans le service d'orthogénie du CHU de Lille entre mai 2021 et mai 2023. Une sensibilisation aux VFF a été proposée à tous les professionnels ayant un rôle dans le service d'orthogénie. Deux groupes de patientes ont été constitués : un groupe de patientes reçues en pré-sensibilisation, l'autre groupe en post-sensibilisation.

RÉSULTATS : 500 patientes ont été analysées en pré-test, et 358 en post-test. 32 professionnels ont assisté à la sensibilisation. Il existait une augmentation significative du taux de violences déclarées en post-test, avec 15,1% de VFF récentes ($p < 0,001$), et 36% de violences sur la vie entière ($p < 0,001$). Les freins au dépistage évoqués par les soignants avant sensibilisation étaient principalement le manque de connaissance, de temps et d'aisance face aux situations de VFF. Il a été observé une prévalence de violences déclarées plus élevée chez les psychologues (15,1%) et les internes (11,3%) que chez les médecins seniors (4,2%). Des facteurs significativement associés aux violences récentes ont été mis en évidence et peuvent constituer des signes d'alerte dans le dépistage de ces violences : la séparation conjugale récente ou en cours, une demande d'IVG pour une grossesse initialement désirée, une IVG à un terme ≥ 12 SA ou ≥ 14 SA, une IVG annulée ou reportée, un co-responsable de la grossesse non informé de l'état gravidique.

CONCLUSION : Une sensibilisation des professionnels de santé a permis une augmentation significative du taux de dépistage des VFF en parcours d'IVG. La valorisation des actes de repérage et de prise en charge des violences faites aux femmes semble indispensable pour inciter les soignants à l'intégration de ces derniers dans leur pratique clinique.

Composition du Jury :

Présidente : Madame La Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Monsieur Le Professeur Damien SUBTIL

Madame Sylvie CROMER

Madame La Docteure Ghada HATEM

Directrice de thèse : Madame La Docteure Constance DEVEMY