

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	4
1. Matériel.....	4
1.1. Schéma d'étude.....	4
1.2. Population.....	4
2. Méthode	4
2.1. Variables recueillies.....	5
2.2. Méthodes statistiques	6
RESULTATS	7
1. Description de la population.....	8
2. Traçabilité du dépistage	9
3. Détection de femmes victimes	9
4. Modalités de consultation lors du dépistage	10
5. Modalités de consultation lors de la révélation des violences intra-familiales.....	11
6. Caractéristiques des violences détectées	12
7. Traçabilité d'une conduite à tenir	12
DISCUSSION	14
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	14
2. Analyse des principaux résultats	14
3. Perspectives	18
CONCLUSION	20
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXES	22
1. Page dédiée à l'anamnèse dans le dossier obstétrical 2015.....	22
2. Page ajoutée au dossier obstétrical 2016.....	22
RESUME	23

GLOSSAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIF : Violences Intra-Familiales

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

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

HAS : Haute Autorité de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

UMPSP : Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité

SIG : Suivi Intensif de Grossesse

MIPROF : Mission Interministériel pour la PROtection des Femmes

AIVI : Association Internationale des Victimes de l'Inceste

INTRODUCTION

La question des violences faites aux femmes dans le monde est aujourd'hui une urgence de santé publique, selon l'OMS (1).

Au sein de cette vaste problématique de violences faites aux femmes, la famille, loin d'être un espace privilégié, est le lieu où les violences envers les femmes sont les plus fréquentes (2).

Le conseil de l'Europe, lors de la rédaction de la convention d'Istanbul en 2011, donne une définition des violences familiales. Celles-ci recouvrent tous les actes de violences (physique, sexuelle, psychologique ou économique) qui surviennent au sein de la famille ou du foyer. On distingue principalement deux déclinaisons des violences familiales : la violence entre partenaires intimes et la violence intergénérationnelle entre parents et enfants (3).

Parmi les violences intrafamiliales (VIF), les violences conjugales sont à ce jour les principales documentées. L'agence des droits fondamentaux de l'union européenne recense 1 femme sur 5 victimes de violences au sein du couple au cours de sa vie (4). Lors de l'enquête ENVEFF de 2000, en France, 10% des femmes de 20 à 59 ans ont déclaré avoir subi des faits de violence de la part de leur conjoint, dans les 12 derniers mois (5). Les conséquences de ces violences sont multiples : troubles somatiques (lésions, traumatismes), psychologiques (troubles émotionnels, troubles psychosomatiques, troubles du sommeil et de l'alimentation), pathologies psychiatriques (état de stress post traumatique, syndrome dépressif, abus de substances psychoactives), impact obstétrical (déli de grossesse, grossesse non désirée et interruption volontaire de grossesse, fausses couches spontanées, ruptures prématurées des membranes, morts fœtales in utero, petit poids pour l'âge gestationnel, hématome rétro-placentaire, hémorragie foeto-maternelle, prématurité), aggravation des pathologies chroniques (6) (7). Ces conséquences peuvent aller jusqu'à la mort. La violence conjugale serait la première cause de mortalité chez les 19-44 ans dans le monde.(8)

Les enfants, co-victimes, souvent oubliés, sont aussi impactés. Des recherches montrent que les répercussions existent dès la vie in-utero, et se déclinent aux différents âges de la vie. Les effets décrits portent sur la santé physique et mentale, sur le développement physique, cognitif et identitaire, ainsi que sur les habiletés sociales (9).

Situation particulière dans la vie d'une femme, la grossesse, mérite d'être considérée à part entière au sein de la problématique des violences faites aux femmes. Si dans notre société la grossesse peut être perçue comme une période d'épanouissement, qui suscite attention et protection, les femmes enceintes ne sont pourtant pas épargnées par la violence. Selon le rapport Henrion, faisant état des lieux des violences conjugales en 2001, 3 à 8% des femmes enceintes sont concernées par la violence conjugale (5). Et 40% des cas de violences débuteraient au cours de la première grossesse (10). Elle serait donc une période de vulnérabilité. Toutefois, par le suivi médical qu'elle impose, la grossesse est aussi une période où la femme enceinte a des contacts fréquents

avec des professionnels de santé, offrant des opportunités de dépistage. L'impact des violences sur le déroulement de la grossesse est désormais connu. L'enjeu majeur aujourd'hui, pour les professionnels de la périnatalité, est le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes. Ils seront parfois les seuls interlocuteurs de la victime d'où l'intérêt de rechercher un contexte de violences éventuel.

Au même titre que les gynécologues-obstétriciens ou les médecins généralistes en charge du suivi de la grossesse, les sages-femmes sont concernées par la problématique des violences intrafamiliales et conjugales. La formation des professionnels est une priorité de la politique publique en matière de lutte contre les violences faites aux femmes. Depuis 2013, sont intégrés à la formation initiale des sages-femmes et des médecins, la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes (11).

Par ailleurs, le plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016, a vocation à rappeler que la grossesse est un moment opportun pour rechercher un contexte de violences et évoque le dépistage systématique en gynécologie-obstétrique (12). Bien que la notion de dépistage systématique ne soit pas nouvelle.

En 1995, devant l'ampleur du phénomène, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) préconise un dépistage systématique des situations de violences pendant la grossesse par les professionnels de santé (13). Puis en 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le dépistage systématique des facteurs de vulnérabilités, dont les violences domestiques, en particulier conjugales (14). Le dépistage systématique des violences chez la femme enceinte est donc recommandé depuis plus de 10 ans en France, mais sa mise en application n'est que récente et progressive.

Au CHU d'Angers, depuis août 2015, un nouveau dossier obstétrical est utilisé. Celui-ci intègre une page dédiée à la recherche de facteurs de précarité ou de vulnérabilité. Différents indicateurs sont listés, dont celui des « violences intra familiales », pour chaque item le professionnel cochera la case « oui » ou « non ». Ainsi ce dossier paraît être un support adapté au dépistage systématique dans le cadre du suivi prénatal. Toutefois sa mise en application reste à l'appréciation de la sage-femme ou du médecin en charge de la patiente. Se pose alors la question de l'évolution éventuelle des pratiques professionnelles depuis son utilisation. Ce nouveau dossier obstétrical permet-il un dépistage plus fréquent des situations de violences intrafamiliales ?

L'objectif principal de cette étude, quantitative, rétrospective, descriptive, monocentrique, était de décrire l'évolution de la réalisation du dépistage des VIF, chez les patientes primipares accouchant au CHU d'Angers, suite à l'introduction à l'anamnèse du dossier obstétrical de l'item «violences intra-familiales». Les objectifs secondaires étaient de décrire les circonstances de réalisation du dépistage, et les caractéristiques des violences intrafamiliales détectées.

MATERIEL ET METHODES

1. Matériel

1.1. Schéma d'étude

Etude quantitative, rétrospective, descriptive, monocentrique, menée à partir de données recueillies sur dossiers obstétricaux de patientes primipares ayant accouché sur les périodes du 1.03.2015 et 30.06.2015 et du 1.03.2016 au 30.06.2016, au CHU d'Angers, maternité de type III. Les deux populations sont indépendantes.

1.2. Population

Etaient incluses les patientes primipares ayant accouché entre le 1.03.2015 et le 30.06.2015 et entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016 au CHU d'Angers.

La définition de la primiparité retenue était le fait d'avoir accouché après le terme de 22 SA (semaines d'aménorrhées).

Pour être incluses ces patientes devaient avoir consulté au moins une fois à la maternité du CHU d'Angers, ou avoir consulté un professionnel libéral utilisant ce même dossier obstétrical du CHU, avant la date de leur accouchement.

Etaient exclues de l'étude, les patientes ayant accouché au CHU d'Angers sans avoir eu de consultation pendant la grossesse tracée dans le dossier obstétrical étudié (que ce soit par un professionnel du CHU, ou par un professionnel libéral). Les patientes non francophones étaient également exclues de l'étude.

La population de l'étude est composée de deux groupes :

Le groupe 1 ou N1 : correspondant aux patientes primipares ayant accouché entre le 1.03.2015 et le 30.06.2015, nommée période d'étude n°1

Le groupe 2 ou N2 : correspondant aux patientes primipares ayant accouché entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016, nommée période d'étude n°2.

2. Méthode

Pour réaliser cette étude, il était nécessaire d'utiliser des dossiers obstétricaux de deux périodes distinctes mais relativement proches dans le temps, dans un souci de comparabilité. Une période où seul l'ancien dossier était utilisé, une seconde période où seul le nouveau dossier était utilisé. La diffusion du nouveau dossier obstétrical a été effective à partir du 15 août 2015 c'est pourquoi il a été choisi d'observer les périodes du 1.03.2015 et 30.06.2015 et du 1.03.2016 au 30.06.2016.

Ces dates correspondent aux dates d'accouchement.

Le recueil des données a été réalisé à partir de dossiers archivés, et sélectionnés par la cotation «accouchement primipare» du 1.03.2015 et 30.06.2015 et du 1.03.2016 au 30.06.2016. Les données obtenues sont restées anonymes.

2.1. Variables recueillies

Caractéristiques des patientes:

- Age
- Statut familial: célibataire, en couple, mariée, PACSée
- Origine géographique, selon la classification du dossier obstétrical étudié : France métropolitaine, DOM-TOM, Afrique, Afrique du nord, Europe du nord, Europe du sud, Asie, Asie mineure, autre
- Catégorie socio-professionnelle, selon la classification établie par l'INSEE : agriculteurs, artisans/commerçants, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers. Ont été ajoutés à cette classification deux catégories: sans emploi et étudiants/en formation

Informations concernant le conjoint : Catégorie socio-professionnelle

Facteurs de risque d'exposition à la violence en lien avec la grossesse(15) :

- Antécédent d'IVG
- Grossesse non désirée
- Séparation du couple pendant ou à l'annonce de la grossesse

Informations concernant le suivi prénatal renseigné dans le dossier obstétrical du CHU :

- Terme de la première consultation
- Nombre de consultations avant la date d'accouchement
- Professionnels rencontrés par la patiente pendant sa grossesse: sage-femme, gynécologue obstétricien, sage-femme libérale, gynécologue libéral, médecin généraliste
- Secteurs de consultations du CHU fréquentés par la patiente pendant sa grossesse: consultations traditionnelles, consultations en secteur PASS et UMPSP, consultations aux urgences gynécologiques et obstétricales, consultations complémentaires au suivi prénatal classique d'une grossesse physiologique (SIG, explorations fonctionnelles)

Traçabilité du dépistage :

- Trace écrite dans le dossier obstétrical notifiant un dépistage des violences intrafamiliales

En cas de contexte de violences intrafamiliales déclaré, les variables recherchées étaient:

- Caractéristiques des violences: physiques, psychologiques, sexuelles, économiques, mutilations sexuelles, mariages forcés
- Auteur des violences: parent, membre de la fratrie, conjoint ou ex-conjoint, non renseigné

- Date des faits : présents ou passés
- Modalités de consultation lors de la révélation des violences (terme de la grossesse, nombre de consultations antérieures à la révélation)
- Traçabilité de la conduite à tenir proposée par le professionnel

Le critère de jugement principal était la trace écrite dans le dossier obstétrical du dépistage des violences intrafamiliales. Les critères de jugement secondaires étaient les modalités de consultation renseignées dans le dossier obstétrical (terme de la consultation, professionnel rencontré par la patiente) et les caractéristiques des violences révélées.

Lors de la collecte des données et l'analyse des résultats le terme de « dépistage » a été utilisé lorsque les VIF ont été recherchées, le terme de « révélation » ou « détection » a été utilisé lorsqu'il a été mis en évidence un vécu de VIF.

2.2. Méthodes statistiques

Les données ont été recueillies avec le logiciel Microsoft Excel 2010.

Les variables qualitatives étaient décrites par des effectifs et pourcentages. Pour comparer des pourcentages le test statistique du chi 2 a été utilisé. Quand les effectifs étaient inférieurs à 5, le test de Fisher a été utilisé. Les variables quantitatives étaient décrites par des moyennes et écarts types. Pour comparer des moyennes le test de Student a été utilisé. Le risque α de première espèce choisi était de 95%. Pour l'ensemble des tests, les différences étaient considérées comme statistiquement significatives quand la valeur de p était inférieure strictement à 0,05.

Les tests statistiques ont été réalisés avec le site biostaTGV.

RESULTATS

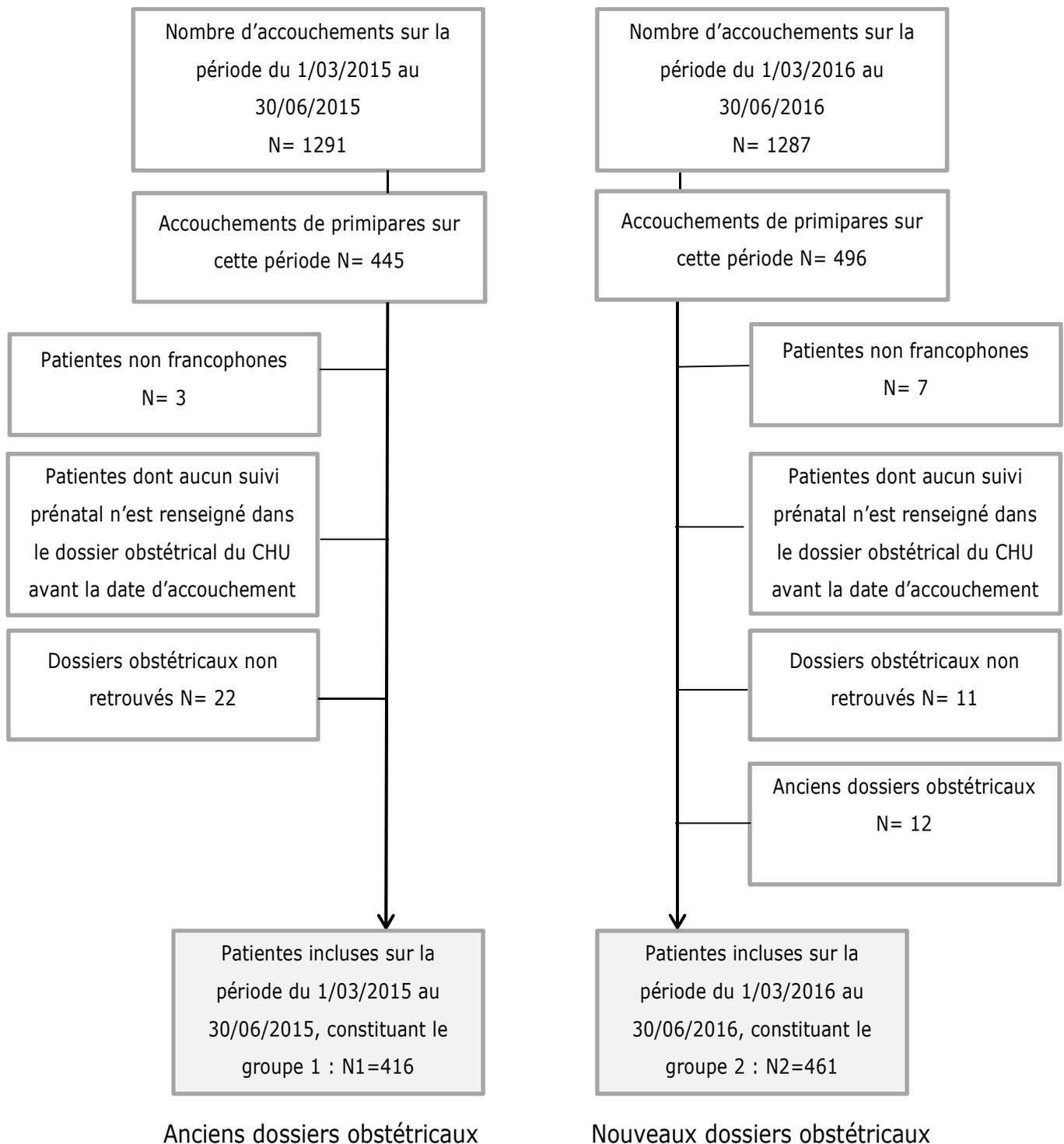


Figure 1 : Flow chart de l'étude rétrospective descriptive monocentrique menée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers sur la pratique du dépistage systématique des violences intra familiales au cours de la grossesse des patientes primipares

1. Description de la population

Tableau I – Caractéristiques des patientes primipares ayant accouché au CHU¹ d'Angers entre le 1.03.2015 et le 30.06.2015 (N1) et entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016 (N2)

Caractéristiques	N1	N2	P
Age (moyenne +/- écart type)	27,1 (+/-4,8)	27,8 (+/-5,1)	NS ²
Origine géographique N(%)			NS
France métropolitaine	320 (76,9)	339 (73,5)	
DOM-TOM	9 (2,2)	14 (3)	
Afrique du nord	7 (1,7)	10 (2,2)	
Afrique	26 (6,3)	22 (4,8)	
Europe du nord	2 (0,5)	4 (0,9)	
Europe du sud	8 (1,9)	10 (2,2)	
Asie	4 (1)	6 (1,3)	
Autre	-	4 (0,9)	
Non renseigné	40 (9,6)	52 (11,3)	
CSP³ N(%)			NS
Agriculteurs	2 (0,5)	-	
Artisans/commerçants	8 (1,9)	12 (2,6)	
Cadres/professions intellectuelles supérieures	48 (11,5)	54 (11,7)	
Professions intermédiaires	111 (26,7)	145 (31,5)	
Employés	105 (25,2)	127 (27,5)	
Ouvriers	17 (4,1)	10 (2,2)	
Sans emploi	103 (24,8)	94 (20,4)	
En formation	20 (4,8)	18 (3,9)	
Autre	2 (0,5)	1 (0,2)	
Situation familiale N(%)			NS
Seule	31 (7,5)	46 (9,9)	
En couple	250 (60,1)	250 (54,2)	
Mariée	95 (22,8)	96 (20,8)	
PACSée	29 (7)	54 (11,7)	
Non renseigné	11 (2,6)	15 (3,3)	
CSP conjoint N(%)			NS
Agriculteurs	6 (1,4)	7 (1,5)	
Artisans/commerçants	22 (5,3)	17 (3,7)	
Cadres/professions intellectuelles supérieures	50 (12)	73 (15,8)	
Professions intermédiaires	93 (22,4)	90 (19,5)	
Employés	74 (17,8)	79 (17,1)	
Ouvriers	94 (22,6)	99 (21,5)	
Sans emploi	40 (9,6)	41 (8,9)	
Autre	5 (1,2)	16 (3,5)	
Non renseignée	20 (4,8)	26 (5,6)	
Séparation en cours de grossesse N(%)	17 (4,1)	21 (4,6)	NS
Antécédent IVG⁴ N(%)	54 (13)	62 (13,4)	NS
Grossesse non désirée N(%)	42 (10,1)	49 (10,6)	NS

Modalités du suivi prénatal renseignées dans le dossier obstétrical			NS
Terme de la première consultation en SA ⁵ révolues (moyenne +/- écart type)	27 (+/-6,7)	26,6 (+/-6,8)	
Nombre de consultations répertoriées (moyenne +/- écart type)	4,9 (+/-2,3)	4,9 (+/-2,2)	
Professionnels ayant suivi la grossesse N(%)			0,02
Médecins uniquement	28 (6,7)	19 (4,1)	
Sages-femmes uniquement	262 (63)	267 (57,9)	
Les deux	126 (30,3)	175 (38)	
Total	416	461	

¹ CHU : centre hospitalier universitaire

² NS : Non significatif ($p > 0,05$)

³ CSP : catégorie socio-professionnelle

⁴ IVG : interruption volontaire de grossesse

⁵ SA : semaines d'aménorrhée

2. Traçabilité du dépistage

Dans les dossiers recueillis sur la période n°1, le dépistage était tracé dans 8 dossiers (1,9%).

Dans les dossiers recueillis sur la période d'étude n°2, le dépistage était tracé dans 317 dossiers (68,8%). La différence entre ces deux groupes était statistiquement significative ($p < 10^{-3}$).

Sur la période d'étude où l'ancien dossier était utilisé: lorsqu'aucune traçabilité du dépistage des VIF n'apparaît, on note dans 292/408 dossiers (71,6%) que le professionnel retranscrit son interrogatoire dans le dossier, y compris les questions dont la réponse apportée par la patiente était négative.

3. Détection de femmes victimes de violences

Dans le groupe 1 : 5 patientes (1,2%) ont révélé des faits de violences, dont l'auteur est un membre de la famille.

Dans le groupe 2 : 26 patientes (5,64%) ont révélé des faits de violences, dont l'auteur est un membre de la famille.

La différence entre ces deux groupes était statistiquement significative ($p < 10^{-3}$).

Par ailleurs, dans le groupe 1 : 2 patientes étaient victimes de violences sans que l'auteur ne soit renseigné (0,48%). Dans le groupe 2 : 8 patientes étaient victimes de violences sans que l'auteur ne soit renseigné (1,74%), et 4 patientes étaient victimes de violences extrafamiliales (0,87%). Par la suite seules les victimes de violences intrafamiliales ont été considérées pour l'analyse des résultats.

4. Modalités de consultation lors du dépistage des violences intra-familiales

Tableau II – Comparaison de la réalisation du dépistage ou non des violences intra-familiales, au cours du suivi de grossesse des patientes primipares accouchant au CHU¹ d'Angers entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016, selon les modalités de consultation renseignées dans le dossier obstétrical

Modalités de consultation renseignées dans le dossier obstétrical du CHU	Réalisation du dépistage N=317 (%)	Pas de traçabilité du dépistage N=144 (%)	p
Nombre de consultations :			0,01
[1 à 3]	136 (42,9)	42 (29,2)	
[4 à 6]	104 (32,8)	61 (42,4)	
[7 et plus]	77 (24,3)	41 (28,5)	
Professionnels rencontrés :			4,4.10 ⁻¹⁰
Catégorie de professionnels			
Sages-femmes uniquement	210 (66,2)	57 (39,6)	
Médecins uniquement	3 (0,9)	16 (11,1)	
Sages-femmes et médecins	104 (32,8)	71 (49,3)	
Mode d'exercice des professionnels			2,5.10 ⁻⁵
Libéraux uniquement	2 (0,6)	7 (4,9)	
Hospitaliers uniquement	285 (89,9)	107 (74,3)	
Les deux	30 (9,5)	30 (20,8)	
Secteurs de consultation fréquentés :			
Consultations PASS et/ou UMPSP ² (n=24)	22/24 (91,7)	2/24 (8,3)	0,01
Consultations SIG et/ou EF ³ (n=213)	147/213 (69)	66/213 (31)	NS ⁵
Consultations UGO ⁴ exclusives (n=15)	13/15 (86,7)	2/15 (13,3)	NS

¹ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

² PASS ou UMPSP : Permanence d'Accès aux Soins de Santé ; Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité

³ SIG ou EF : Suivi Intensif de Grossesse ; Explorations Fonctionnelles

⁴ UGO : Urgences Gynécologiques et Obstétricales

⁵ NS : Non Significatif (p>0.05)

5. Modalité de consultations lors de la révélation des violences intra-familiales

Tableau III – Description des modalités de consultation renseignées dans le dossier obstétrical, au moment de la révélation des violences intra familiales, au cours du suivi de grossesse des patientes primipares accouchant au CHU¹ d’Angers entre le 1.03.2015 et le 30.06.2015 (N1) et entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016 (N2)

Modalités consultation lors de la révélation des VIF	Patientes victimes du groupe 1 n1=5	Patientes victimes du groupe 2 n2=26
Terme de grossesse (en SA révolues)		
Moyenne (+/- écart-type)	29,2 (+/-4,6)	30,44 (+/-3,8)
Médiane	29	33
Nombre de consultations qui a précédé		
Moyenne (+/- écart-type)	4,8 (+/-4,16*)	1,4 (+/-0,6)
Médiane	2	1

*Pour une des patientes, le dépistage et le repérage des VIF a été fait lors d’une hospitalisation à 40 SA, après 15 consultations.

La moyenne du terme (en SA révolues) de la première consultation renseignée dans le dossier obstétrical était: 18,8 pour les patientes victimes parmi N1 et 25,8 pour les patientes victimes parmi N2.

6. Caractéristiques des violences intra-familiales détectées

Tableau III – Caractéristiques des violences intrafamiliales dépistées au cours du suivi de grossesse des patientes primipares accouchant au CHU d'Angers, entre le 1.03.2015 et le 30.06.2015 (N1) et entre le 1.03.2016 et le 30.06.2016 (N2)

Caractéristiques des violences détectées	Patientes victimes parmi N1 <i>n</i> ₁ = 5 (%)	Patientes victimes parmi N2 <i>n</i> ₂ = 26 (%)
Date		
Présentes	3 (60)	4 (15,4)
Passées	2 (40)	19 (73,1)
Non renseigné	-	3 (11,5)
Auteur des violences		
Conjoint, ou ex-conjoint	1 (20)	8 (30,8)
Parent	3 (60)	11 (42,3)
Fratrie	1 (20)	2 (7,8)
Oncle/tante	-	2 (7,8)
Membre de la famille sans précision	-	3 (11,5)
Type de violences		
Physiques	2 (40)	2 (7,7)
Physiques et psychologiques	-	4 (15,4)
Psychologiques et/ou verbales	-	6 (23,1)
Sexuelles	3 (60)	3 (11,5)
Mariage forcé	-	1 (3,9)
Non renseigné	-	10 (38,5)
	5	26

Parmi les dossiers de la population N1 : ont été retrouvées 2 victimes dont l'auteur est non renseigné, ces 2 situations sont des cas de violences sexuelles.

Parmi les dossiers de la population N2 : ont été retrouvées 8 victimes dont l'auteur est non renseigné. Dans 75% des cas (n=6) les violences étaient sexuelles, dans 12,5% des cas (n=1) elles étaient psychologiques et verbales et dans 12,5% des cas (n=1) les violences n'ont pas été caractérisées dans le dossier obstétrical.

7. Traçabilité d'une conduite à tenir

Dans les dossiers de la période d'étude n°1, dans le cas de détection de VIF antérieures à la grossesse, aucune traçabilité d'une conduite à tenir n'a été retrouvée dans 1/2 dossier (50%). Dans le cas de détection de VIF actuelles, la conduite à tenir du professionnel était tracée dans tous les dossiers étudiés.

Dans les dossiers de la période d'étude n°2, dans le cas de détection de VIF antérieures à la grossesse (ou dont la date n'était pas renseignées) la traçabilité de la conduite à tenir du professionnel était effective dans 14/22 dossiers (63,6%). Aucune traçabilité d'une conduite à tenir n'a été retrouvée dans 8/22 dossiers (36,4%). Dans le cas de détection de VIF actuelles, la conduite à tenir du professionnel était tracée dans tous les dossiers étudiés.

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude a permis de décrire l'intérêt de l'ajout de l'item «Violences intra-familiales » au dossier obstétrical dans le dépistage des violences familiales pendant la grossesse, et son utilisation au CHU d'Angers. Elle apporte des informations nouvelles puisque cet outil n'avait pas encore été décrit. Cette étude s'est intéressée à la pratique de différents professionnels, prenant en charge des patientes dans des secteurs différents.

Les patientes incluses étaient statistiquement comparables, du point de vue de leurs caractéristiques socio-démographiques, et des facteurs de risque de violences relevés (grossesse non désirée, séparation en cours de grossesse, antécédent d'IVG). La sélection de patientes primipares uniquement était en faveur de la comparabilité des deux populations. Cela a également permis d'éviter l'influence d'un dossier passif dans la réalisation du dépistage, le dossier passif pouvant informer le professionnel avant même de rencontrer la patiente d'un contexte de violences éventuel. Le choix de deux périodes d'étude proches a permis de minimiser les différences potentielles entre les professionnels de la première période d'étude et de la seconde (roulement des sages-femmes, changement d'internes, sensibilisation possible à la problématique), même si elles restent inévitables en travaillant sur deux périodes distinctes.

Le caractère rétrospectif de cette étude était une limite à l'interprétation des données recueillies. Le fait qu'il n'y ait pas de données renseignées dans le dossier obstétrical concernant une recherche de violences familiales était ici considéré comme un dépistage non réalisé. Or une absence de notification du dépistage dans le dossier ne peut exclure la réalisation du dépistage, d'autant plus dans l'ancien dossier où on ne trouve pas d'item violences familiales.

L'échantillon a été recueilli sur une période courte, et comprenait seulement des patientes primipares, donc les résultats ne peuvent pas être généralisés.

2. Analyse des principaux résultats de l'étude

Les résultats de cette étude, semblent en faveur d'un dépistage plus fréquent suite à l'intégration à l'interrogatoire du dossier obstétrical de l'item «violences intra-familiales». La hausse de la fréquence du dépistage mise en évidence est franche, en passant de 1,9% à 68,8% ($p < 0,001$). Cet outil a visiblement permis de sensibiliser les professionnels au dépistage des VIF.

Sur la période d'étude n°1, le dépistage a été tracé dans 1,9% des dossiers ($n=8$). Dans 87,5% de ces dossiers ($n=7$), une situation de violences est révélée. Ce qui laisse supposer un dépistage ciblé des violences, ou une révélation spontanée par la patiente. Alors que sur la période d'étude n°2, le dépistage tend à être systématique, puisqu'il concerne la majorité des dossiers

étudiés. Et avec cette systématisation du dépistage la détection des VIF est plus fréquente. L'augmentation est notable : 1,20 à 5,64% ($p < 0,001$).

Aucune étude n'a été retrouvée s'intéressant à un outil semblable dans le dépistage des violences pendant la grossesse. Toutefois, une étude menée par G. Larkin, dans un service d'urgences adultes des Etats-Unis, en 1999, auprès de 1509 femmes montre que suite à l'intégration au dossier médical de la question des violences subies, le taux de détection des violences est passé de 1 à 18% (16). Cette hausse est plus importante que celle retrouvée dans notre étude, toutefois elle étudie une population beaucoup plus large.

D'autres études dans la littérature permettent de mettre en évidence un lien entre dépistage systématique des violences et augmentation du taux de détection. L. Bacchus dans son étude « *Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy* » conduite en 2004 à Londres, auprès de 1561 femmes enceintes, montre que la systématisation du dépistage des violences familiales à la maternité est associée à une augmentation de la détection de victimes de 2,1% (17).

La généralisation du dépistage semble permettre une détection plus précoce des VIF, en terme de nombre de consultations. En effet, lorsque des VIF ont été dépistées, le nombre de consultations moyen avant le dépistage était inférieur sur la période d'étude n°2 (en passant de 4,8 sur la période n°1 à 1,4 sur la période d'étude n°2). Le terme de la grossesse au moment de la détection de VIF était plus avancé sur la période d'étude n°2. Mais les patientes victimes de VIF sur cette période d'étude ont débuté plus tard leur suivi au CHU d'Angers, ou avec un professionnel utilisant le dossier étudié. Le suivi a débuté en moyenne à 18,8 SA pour les patientes victimes de la population N1 et à 25,8 pour les patientes victimes de la population N2. Donc le terme de la grossesse au moment de la révélation des VIF n'est pas un bon indicateur pour parler de précocité du dépistage.

Il aurait été intéressant d'observer si avec un dépistage qui tend à être systématique le type de violences détectées évolue. Détecte-t-on plus de violences sexuelles ? Celles-ci étant peut être plus tabou, plus difficiles à verbaliser. Détecte-t-on plus de violences psychologiques ? Celles-ci étant plus souvent banalisées, y compris par les patientes elles-mêmes (10). La généralisation du dépistage peut amener les professionnels à définir les violences auprès des patientes et leur permet d'évoquer tout type d'agression (physique, psychologique ou verbale, sexuelle...). La forme prise par notre étude et les effectifs de patientes victimes sur la première période d'étude ne permettent pas de proposer le calcul de différence statistique entre les deux périodes.

Toutefois, il est possible de décrire certaines des violences dépistées sur les deux périodes d'étude de façon indépendante. Sur la seconde période des violences psychologiques ont été dépistées, elles concernaient 23,1% des patientes victimes de VIF ($n=6$), aucune n'avait été dépistée sur la première

période d'étude. L'hypothèse possible est que les violences psychologiques ont été recherchées sur la seconde période et non sur la première.

Il ressort des résultats de cette étude, que sur la période n°2, plus de violences passées sont détectées. Ce qui pourrait s'expliquer par la modification du questionnement. Avant la modification du dossier obstétrical, au vu de la corrélation entre le nombre de dépistage notifié dans le dossier, et le nombre de patientes victimes (7 patientes victimes pour 8 patientes dépistées) le dépistage était à priori le plus souvent ciblé, sur des signes d'appel, et révélait donc des violences actuelles. Après la modification du dossier obstétrical, la tendance plus systématique du dépistage semble en faveur d'un élargissement des faits recherchés. Et la dénomination «familiales» a certainement incité les professionnels à étendre le dépistage, au-delà des violences conjugales, les plus évoquées et documentées à ce jour.

L'introduction de l'item « violences intra-familiales » au dossier obstétrical tend donc à améliorer le dépistage d'un point de vue quantitatif, mais aussi d'un point de vue qualitatif.

L'exploitation des résultats permet de discuter des modalités de consultation associées à la réalisation du dépistage. La majorité des patientes dépistées (42,9%) ont consulté entre 1 et 3 fois ($p < 0,05$). Un nombre de consultations important (plus de 7 fois) n'est pas en lien avec un dépistage plus fréquent. Ces patientes étaient peut être suivies dans le cadre d'une surveillance particulière par exemple, focalisant l'attention du professionnel sur la pathologie. Pourtant la répétition des consultations doit être un signe d'alerte, puisqu'elle peut être associée à un contexte de violences (6).

Pour ce qui est de la réalisation du dépistage en fonction du professionnel en charge du suivi, il existait une différence significative ($p < 0,05$), mettant en évidence un dépistage plus fréquent par les sages-femmes. Toutefois, seulement 4,12% des patientes incluses ont été suivies par un médecin exclusivement ($n=19$). Ce faible effectif limite l'interprétation des résultats, et ne permet pas de généraliser. Parmi les patientes dépistées, 66,2% ont été suivies exclusivement par une sage-femme. Cela peut s'expliquer en partie par le temps de consultation, les sages-femmes ont entre 30 et 45 minutes. Les médecins, n'ont que 20 minutes pour mener leur consultation, ce qui réduit considérablement le temps d'anamnèse. Par ailleurs, les médecins ont en charge les suivis de grossesse marqués par une pathologie, ce qui là encore réduit l'étendue de l'anamnèse. En revanche cela vient rappeler l'importance de la complémentarité des différentes consultations du suivi de grossesse, et de l'entretien prénatal, qui est un moment de rencontre, dédié à la recherche de facteurs de vulnérabilités.

Si une différence existe entre les professionnels concernant la réalisation du dépistage, est-elle liée à la formation ? Est-ce que les sages-femmes participent plus aux programmes de formation continue s'intéressant aux violences faites aux femmes ?

Il existait une différence significative pour la réalisation du dépistage selon que le suivi ait été réalisé par un professionnel libéral ou hospitalier. Le suivi à l'hôpital semble en faveur d'un dépistage plus fréquent ($p < 0,05$). Mais attention, ces résultats doivent être considérés avec prudence, puisque les effectifs sont réduits. Seulement 2% des patientes incluses ont été suivies exclusivement par un professionnel libéral utilisant le dossier obstétrical du CHU. Donc les résultats ne peuvent pas être généralisés. Toutefois, notons que la collaboration ville-hôpital paraît indispensable pour harmoniser les prises en charge, et faciliter l'orientation des patientes. En effet pour les professionnels libéraux exerçant seuls il peut être moins aisé d'orienter les patientes victimes de violences, ou de demander un avis à un confrère pour les démarches envisageables dans ces situations, freinant ainsi potentiellement le dépistage systématique.

La consultation en secteur PASS ou UMPSP est associée à un dépistage plus fréquent, 91,7% des patientes ayant eu un suivi dans ces secteurs ont été dépistées. Les professionnels menant ces consultations sont potentiellement plus sensibilisés à la recherche des facteurs psycho-sociaux impactant le déroulement de grossesse. Mais il y a ici un biais important, les patientes ayant eu un suivi par la PASS ou l'UMPSP peuvent y avoir été orientées après la détection des violences.

La consultation dans le secteur des urgences obstétricales ne semblent pas être un frein à la recherche d'un vécu de violences.

Dans certains dossiers, aucune conduite à tenir n'est retranscrite suite au repérage de VIF, dans 20% des dossiers de la période d'étude n°1, dans 42,3% des dossiers de la période n°2. A chaque fois, ce sont des cas de violences passées (ou dont la date est non renseignée). Cependant, ce n'est pas parce qu'aucune conduite à tenir n'est retranscrite dans le dossier, que le professionnel n'a pas pris en considération les faits dépistés. Peut-être qu'une prise en charge a déjà été proposée antérieurement, ou la patiente ne ressent pas le besoin de ré-évoquer cela, ou encore elle refuse tout accompagnement. Rappelons simplement que les violences antérieurement subies, peuvent potentiellement avoir un impact sur une grossesse actuelle. L'étude «*Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis* » menée par un gynécologue obstétricien, auprès de 853 femmes enceintes, montre qu'un antécédent de mauvais traitement peut être en cause dans la survenue de troubles dépressifs prépartum ou postpartum (18). La grossesse peut réactiver l'état de stress post-traumatique. La femme traverse un trouble de l'identification. L'accès à la parentalité devient difficile. Ceci appelle à la vigilance des professionnels pendant la grossesse, et dans le post-partum, aussi bien aux violences antérieures qu'actuelles. De la même façon, l'enquête AIVI de 2010, révèle que les victimes d'inceste présentent une peur d'avoir des enfants et d'être un mauvais parent cinq fois plus souvent que la population générale (19).

Cette étude ne permet pas de savoir comment les professionnels se sont approprié l'outil en question. Elle met simplement en évidence que quand la case « Violences intrafamiliales » a été cochée la problématique a été évoquée avec la patiente. L'item du dossier, laisse à chaque professionnel le libre choix dans la pratique du dépistage. Est-ce que la notion de violence est une notion claire pour le professionnel ? Prend-il en compte toutes les formes de violences ? (économique, physique, psychologique, verbale, mutilations sexuelles...) ? Est-ce que le professionnel définit ce qu'est la violence auprès de la patiente ? Ou est-ce qu'il laisse répondre la patiente selon sa propre définition ? Utilise-t-il des questions directes ou indirectes ? Le dépistage se confronte à la déclaration par les femmes d'un phénomène souvent nié, la révélation dépendra de la façon dont le professionnel va interroger la patiente. Par exemple, utiliser le mot même de « violence » peut conduire à une sous-estimation, car ce terme peut être reçu comme fort par les femmes, qui ne veulent pas ou n'osent pas qualifier leur situation ainsi (20). Evoquer les différentes formes de violences peut faire prendre conscience à la patiente de l'anormalité de ce qu'elle vit. Cela rejoint un autre questionnement celui de l'introduction de l'outil auprès des professionnels. Une formation, ou du moins une sensibilisation semble nécessaire pour impliquer les équipes dans ce genre de dépistage, et permettre un bon usage du nouvel outil.

3. Perspectives

L'outil étudié a fait les preuves de son efficacité en termes d'aide à la réalisation du dépistage, et de détection de VIF actuelles ou antérieures. Il paraît être d'usage simple, « rapide », utilisable par les professionnels puisque dans près de 70% des dossiers obstétricaux le dépistage est tracé. Du côté des patientes, des études montrent que les femmes enceintes sont favorables au dépistage systématique des violences (21). Toutefois certaines patientes ne sont pas dépistées, il reste donc perfectible. L'outil peut être insuffisant s'il est utilisé seul, en dehors de tout protocole de dépistage ou sans l'appui de programme de formation préalable. Il serait intéressant de questionner les professionnels ayant l'usage du nouveau dossier obstétrical du CHU d'Angers. Quel intérêt a eu l'ajout de cet item « violences intra-familiales » à l'anamnèse ? Comment a-t-il changé leurs pratiques ? Quelles difficultés ont-ils rencontré ? Quels besoins éprouvent-ils aujourd'hui pour repérer et accompagner les femmes victimes de violences ? Et en fonction du retour des professionnels la rédaction d'un guide serait intéressante. Celui-ci pourrait être une aide à l'entretien, en proposant des questions types pour la recherche des violences. Puis il pourrait contenir tous les contacts utiles pour l'orientation des femmes victimes (intervenants sociaux, associations d'aide aux victimes, autres professionnels de santé, unité de médecine légale, hébergements d'urgence, centres ou associations répondant aux questions juridiques, numéros d'urgence à donner à la patiente en cas de besoin). Les règles de rédaction du certificat médical seraient également utiles dans ce guide, avec la possibilité

de s'appuyer sur le document établi par le conseil national de l'ordre des sages femmes à ce propos (22).

D'autre part, l'usage de l'outil en question ne peut pas contourner à lui seul toutes les barrières s'opposant au dépistage. La part de « non dépistage » peut être liée à certains obstacles qui sont décrits dans la littérature. Les plus relevés sont le manque de temps, un manque de formation et de connaissances, un sentiment de malaise face à cette problématique, la présence du conjoint lors des consultations, la barrière de la langue (23). Par ailleurs, dépister les violences chez une patiente peut faire écho chez le professionnel à une histoire personnelle. Une enquête a été conduite par la MIPROF, en 2014, auprès des sages-femmes en activité, sur la formation et les pratiques de prise en charge des femmes victimes de violences. 1474 réponses ont été recueillies. Elle montre que : 20% des sages-femmes répondants ont déjà été victimes de violences conjugales, 21% de violences sexuelles (24).

La formation des professionnels s'avère indispensable. Elle doit s'ajuster à leurs besoins. Dans l'enquête de la MIPROF, pour la moitié des sages-femmes qui ont été formé(e)s sur la thématique, la formation a été jugée insuffisante (24). La formation, au-delà des connaissances théoriques, doit pouvoir apporter des clés pour contourner les barrières au dépistage. La pluridisciplinarité des formations serait d'un intérêt fort, mettant en relation les différents acteurs : médicaux, sociaux, judiciaires. Elle permettrait de décloisonner les secteurs, et d'améliorer la connaissance du réseau. Le collège national des sages-femmes de France a fait du repérage et de l'accompagnement des femmes en situation de violence une des priorités du développement professionnel continu pour 2016-2018 (25).

Il serait intéressant de répéter cette étude à distance. Ceci permettrait d'observer si la hausse de la fréquence du dépistage se maintient, et si elle n'était pas seulement liée à l'effet de sensibilisation que peut provoquer un nouvel outil.

Par ailleurs, l'utilité de l'outil étudié ne peut pas s'arrêter au simple fait de dépister plus fréquemment et plus précocement. L'étude s'est centrée seulement sur le dépistage comme moyen d'augmenter le taux de détection des VIF. Elle ne mesure pas l'impact de la prise en charge qui s'en suit sur la patiente et l'enfant à venir.

Est-ce que la généralisation du dépistage va de pair avec une meilleure prise en charge des patientes victimes ? Est-ce qu'un meilleur repérage des patientes victimes permet de réduire les complications associées aux violences intra-familiales ?

Ainsi, une autre étude pourrait étudier l'impact de cette systématisation du dépistage sur la grossesse, sur la patiente, sur l'enfant à naître.

CONCLUSION

L'introduction de l'item « violences intra-familiales » au dossier obstétrical semble efficace pour favoriser le dépistage. Il est plus fréquent, mais aussi qualitativement meilleur et la révélation des violences est plus précoce. Mais il ne reste qu'un outil, qui ne peut se suffire à lui-même, c'est une aide au dépistage.

La question du dépistage et de l'accompagnement des situations de violences pendant la grossesse est fondamentale, elle nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

Le repérage des femmes victimes de violences répond à un objectif de santé publique. La systématisation du dépistage est importante. Mais cela doit être bénéfique et efficace. Nous devons être en mesure d'assurer un « après dépistage ». L'accompagnement des femmes victimes de violences s'inscrit dans une démarche de prévention, en permettant le bon déroulement de la grossesse, en préservant la santé psychologique de la future mère, et le bien être psycho-affectif de l'enfant à naître.

Il ne s'agit pas pour le professionnel de prendre en charge intégralement dans cette situation mais de savoir repérer et orienter vers les bons acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La violence envers les femmes: une urgence de santé publique [Internet]. 2011 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/fr/>
2. Donoso T, Amorós P. Violence et famille: identification des besoins des femmes victimes de violences. Rev Int Léducation Fam. 1 oct 2011;(23):127-42.
3. Conseil de l'Europe. Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. 2011 [cité 19 janv 2017] p. 8. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016800d38c9>
4. Agence des droits fondamentaux de l'union européenne. La violence à l'égard des femmes: une enquête à l'échelle de l'UE - Les résultats en bref [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <http://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-lgard-des-femmes-une-enquete-lchelle-de-lue-les-rsultats-en-bref>
5. Jaspard Maryse. Enquête ENVEFF.
6. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé [Internet]. 2001 [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
7. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimisation prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. States: Associations with maternal and neonatal health. ResearchGate. 1 août 2006;195(1):140-8.
8. Direction communication Conseil de l'Europe. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes-Direction de la communication conseil de l'europe [Internet]. 2009 [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&id=1543829&Site=DC&direct=true>
9. Séverac Nadège. Les enfants exposés à la violence conjugale - Rapport d'étude [Internet]. ONED; 2012 [cité 1 déc 2016] p. 17. Disponible sur: http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf
10. Muriel Salmona. Memoire traumatique et victimologie [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>
11. Ministère des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes. Santé, établissements de santé [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf
12. Ministère des droits des femmes. 4e plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
13. Ronald A., Jones RF. The battered woman. Am J Obstet Gynecol. 1 sept 1995;173(3):677-9.
14. HAS. Préparation à la naissance et à la périnatalité [Internet]. 2005 [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
15. Muriel Salmona. Les professionnel-le-s face aux victimes de violences conjugales: approches psychologique et juridique, regards croisés [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.savoie.gouv.fr/content/download/13651/103222/file/Les%20cons%C3%A9quences%20psychotraumatiques%20des%20violences%20faites%20aux%20femmes%2024%20novembre%202014%20CHAMBERY.pdf>

16. Larkin. Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: importance of patient and provider factors. [Internet]. 1999 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10339682>
17. Bacchus L. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* mai 2004;111(5):441-5.
18. Diquelou J-Y, Amar P. Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis. *Rev Sage-Femme.* 2008;7(4):203-16.
19. AIVI. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne [Internet]. 2010 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://aivi.org/jdownloads/Etudes%20sondages/aivi_-_inceste_mai_2010.pdf
20. M.-J. Saurel-Cubizolles. Violences familiales pendant la grossesse [Internet]. 2005 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826870>
21. Burquier Raphaëlle, Marie Claude Hofner et al. Violence : les femmes font confiance au milieu médical [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* 2010 [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-239/Violence-les-femmes-font-confiance-au-milieu-medical>
22. Conseil National de l'Orde des Sages Femmes. Le pratique du certificat médical descriptif [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le_pratique_du_certificat_medical_descriptif_novembre_2015.pdf
23. Barriers to Screening for Domestic Violence [Internet]. [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495014/>
24. MIPROF. Enquête nationale auprès des sages-femmes en activité. 2015.
25. Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes - Sénat [Internet]. [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ151018498.html>

ANNEXES

Annexe 1: Page dédiée à l'anamnèse dans le dossier obstétrical 2015

• **ANTECEDENTS MEDICAUX**

• **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

• **ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES**

- Premières règles : • Cycles : Réguliers Irréguliers
- Contraception :
- Date du dernier frottis :
- Autres antécédents gynécologiques :

5

Annexe 2 : Page ajoutée au dossier obstétrical 2016

FACTEURS DE PRECARITE OU DE VULNERABILITE

• Grossesse souhaitée: Oui Non

INDICATEURS PRECARITE PASS

Couverture sociale : CMU Autres régime SS Absence de SS

Mutuelle : Oui Non

Revenus : Revenus salariés Autres revenus, préciser :
 Aucun revenus

Logement : Adapté Inadapté Absence de logement

Isolément social: Oui Non

Liaison réalisée par la Fiche PASS : Oui Non

INDICATEURS DE VULNERABILITE

Francophone : Oui Non

Mineure : Oui Non

Majeur protégé : Oui Non

Violences intra familiales : Oui Non

Conduites Addictives : Oui Non

Pathologie psychiatrique : Oui Non

Difficultés intellectuelles : Oui Non

Liaison réalisée à l'UMPSP : Oui Non adapté

Décision et CAT du staff UMPSP :

Date :

5

RÉSUMÉ

Titre : Dépistage des violences pendant la grossesse : apport de l'item «violences intrafamiliales» à l'anamnèse du dossier obstétrical

Contexte : Parmi les violences intrafamiliales, les violences conjugales touchent une femme sur cinq au cours de sa vie. En France, 700000 femmes passent chaque année à la maternité, la grossesse est ainsi une opportunité de dépistage. Au CHU d'Angers l'item «violences intrafamiliales» a été introduit à l'anamnèse du dossier obstétrical.

Objectif principal : Décrire les pratiques professionnelles concernant le dépistage systématique des violences intrafamiliales suite à la mise en place de ce nouveau dossier obstétrical.

Matériel et méthode : Etude quantitative, descriptive, rétrospective menée à partir des dossiers obstétricaux des patientes primipares ayant accouché entre le 01.03.2015 au 30.06.2015 et du 01.03.2016 au 30.06.2016 au CHU d'Angers.

Résultats principaux : Entre les deux périodes la traçabilité du dépistage dans les dossiers passe de 1,9 à 68,8%. La fréquence des violences familiales dépistées passe de 1,2 à 5,6%. Les faits de violences dépistés sont qualitativement plus variés.

Conclusion : L'introduction de l'item « violences intrafamiliales » au dossier obstétrical permet un dépistage plus fréquent. C'est un bon outil d'aide au dépistage.

Mots-clés : dépistage, violences intrafamiliales, grossesse

ABSTRACT

Title : Screening for violence during pregnancy: contribution of the item "Intrafamilial violence" to the anamnesis of the obstetrical record.

Context : Among familial violence, intimate partner violence affects one in five woman during her life. 700000 women attended maternity every year/ consult each year . Pregnancy is therefore an opportunity for screening.

Main objective : Describe professional practices regarding systematic screening of familial violence with the use of this new obstetrical record.

Material and method : quantitative, descriptive, retrospective study conducted from the obstetrical records of primiparous who gave birth from 1.03.2015 to 30.06.2015 and from 1.03.2016 to 30.06.2016 in CHU of Angers. The data were collected in the obstetrical records. Data input was performed with the software Microsoft Excel 2010. Statistical analyzes were carried out with the website Biostatgv.

Main results : Between the two periods the traceability of the screening in the files goes from 1,9 to 68,8%. The frequency of domestic violence detected increases from 1,2 to 5,6%. The acts of violence detected are qualitatively more varied.

Conclusion : The introduction of the "Intrafamilial violence" item in the obstetric record allows for more frequent screening. It is a good tool for screening.

Keywords : screening, familial violence, pregnancy

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

