

RESPONSE Manuel de formation pour la détection des violences de genre par les services de santé des femmes

Manuel de formation à destination des équipes de santé

JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746

Projet RESPONSE, 2017

Pour citer ce document : Johnson Medina, Dulf Diana, Sidor Alexandra. *RESPONSE Manuel de formation pour la détection des violences de genre par les services de santé des femmes* Projet RESPONSE, 2017.

Version française : Natacha Henry, Marc Nectoux

Pour reproduire ou traduire tout ou partie de ce document, veuillez vous adresser aux membres du projet RESPONSE. Les demandes doivent être adressées à la direction du projet, l'Université Babes-Bolyai, qui transmettra volontiers les dernières informations ou modifications apportées au texte, à la maquette et aux traductions déjà disponibles (allemand, anglais, espagnol, français, roumain).

Remerciements :

Cette publication a bénéficié du soutien financier de Droits, Egalité et Citoyenneté de l'Union Européenne, grâce à la bourse JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746. Les partenaires du projet RESPONSE sont seuls responsables du contenu de cette publication qui ne reflète en aucun cas les opinions de Commission européenne. Les auteur/es remercient tous les partenaires du projet RESPONSE qui ont apporté leur expertise à la rédaction de ce Manuel.

Table des matières

Le projet RESPONSE	
1. LES VIOLENCES DE GENRE : CONCEPTS DE BASE 1.1 Formes de violences de genre 1.2 Prévalence des VDG 1.3 Un problème de santé 1.4 Impact des VDG sur les enfants 1.5 Rôle des professionnel/les de santé	
2. IDENTIFIER LES VIOLENCES DE GENRE dans les services de santé des femmes 2.1 Signes et symptômes 2.2 Obstacles face aux VDG 2.3 Constituer un dossier (dans les services de santé des femmes)	
3. TECHNIQUES DE COMMUNICATION pour les équipes de santé : l'entretien motivationnel 3.1. L'entretien motivationnel : principes and résultats 3.2 Quatre principes de communication pour les professionnel/les de santé 3.3 Demandez. Ecoutez. Informez.	
4. PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ pour les patientes divulguant les VDG à une assistante sociale ou une association 4.1 Comprendre les facteurs de risque 4.2 Entreprendre une évaluation des risques 4.3 Sécurité de la femme et des enfants 4.4 Soutenir la patiente dans le développement d'un plan de sécurité	
5. PARCOURS de prise en charge 5.1. Concepts de base du parcours de prise en charge et bénéfiques	
6. Comment agir, recommandations. Coopération multisectorielle de réponse aux VDG 6.1. Sensibilisation au niveau politique et lobbying 6.2. Groupes de protection des victimes 6.3. Le cadre du projet RESPONSE	
7. EVALUATION	

Annexes

1. Les mythes liés aux VDG 2. Exercices – Étude de cas 3. Exercice destiné aux assistantes sociales : Que faire lorsque...	
--	--

Le projet RESPONSE

Les activités du projet se déroulent dans cinq pays européens (Allemagne, Autriche, Espagne, France, ainsi que la Roumanie, qui le coordonne), dans le but d'améliorer trois paramètres : le repérage des violences de genre (VDG) par les services de santé des femmes grâce à la formation des équipes, le nombre de femmes adressées à des structures spécialisées, et la mise en place de leur sécurité.

Des activités de renforcement des capacités sont mises en œuvre dans les cinq pays. Elles s'appuient sur des formatrices en VDG, des chercheur/es de l'Université de Bristol pour l'évaluation du projet, et l'organisme IRISi (Royaume-Uni) pour les formations. Voir : www.gbv-response.eu.

Ce manuel RESPONSE est l'un des outils produits dans le cadre de ce projet. Il participe à la formation des équipes médicales (médecins, infirmières, sages-femmes), des assistantes sociales et des psychologues. Il est disponible en cinq langues (allemand, anglais, espagnol, français, roumain).

Pourquoi le projet s'adresse-t-il au personnel des services de santé des femmes ?

Pour répondre efficacement aux VDG, il faut un partenariat entre divers secteurs et services. On entendra ici par **services de santé des femmes** : les cliniques obstétriques, services de gynécologie et de santé sexuelle et reproductive, les professionnel/les de santé qui y exercent, les établissements médicaux où les femmes se rendent pour leur santé. La plupart des victimes de VDG espèrent en effet que les professionnel/les de santé leur poseront des questions, identifieront les maltraitances qu'elles subissent et pourront les orienter.

Les médecins, infirmières et sages-femmes se trouvent dans une position unique pour aider ces patientes vulnérables, leur promulguer des soins, et leur donner des informations sur les structures spécialisées en VDG.

Les conséquences des violences sur la santé physique et mentale perdurent longtemps après la fin des violences. Sans un soutien adapté, la qualité de vie des patientes concernées peut être moins bonne.

En général, le personnel médical ne reçoit aucune formation sur les VDG. Par conséquent, il ignore souvent les signes des patientes qui en sont victimes, ne pose pas la question, et va ainsi passer à côté d'une donnée pourtant clef pour expliquer l'état de la patiente. Il est essentiel de prévoir des formations afin de mieux comprendre les VDG, mieux communiquer avec leurs patientes, leur demander si elles sont, ou ont été, victimes de VDG, réagir de manière adaptée, et connaître les structures spécialisées. Un service ne pouvant prendre en charge les victimes tout seul, notre approche sera multisectorielle.

A qui s'adresse le manuel de formation RESPONSE ?

En particulier les équipes de milieu hospitalier - médecins, infirmières, sages-femmes, etc., en gynécologie, obstétrique, santé sexuelle et reproductive. Pour acquérir les compétences nécessaires à une réponse globale, et centrée sur la patiente. Et les assistantes sociales et les psychologues :

- Qui exercent dans le domaine des VDG
- Qui ont une expérience et une formation dans le soutien aux victimes
- Qui savent dresser une évaluation détaillée des risques
- Qui savent aider les victimes à mettre au point un plan de sécurité, et envisager les solutions les plus fiables
- Qui connaissent les structures locales et peuvent orienter les victimes (avec leur accord)
- Qui travaillent au sein d'un service de santé, et avec des professionnel/les de santé
- Qui bénéficient d'une bonne supervision dans le secteur des VDG pour éviter la répétition des traumatismes.

1. Les violences de genre : concepts de base

La Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence conjugale du Conseil de l'Europe, ou Convention d'Istanbul¹ (2011), est une convention européenne révolutionnaire : elle reconnaît que la violence à l'encontre des femmes est une violence de genre perpétrée contre les femmes parce qu'elles sont des femmes.

Les violences de genre violent un certain nombre de droits des femmes, y compris le droit à la vie, de ne pas être soumis/e à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit à une égale protection devant la loi, à l'égalité dans la famille, à la meilleure santé physique et mentale possible.² Les violences de genre à l'encontre des femmes et des filles constituent l'une des violations des droits humains les plus répandues. Elles ont des conséquences sur leur santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive.³

1.1. FORMES DE VIOLENCES DE GENRE

Ces violences englobent un large éventail d'actes violents, physiques, sexuels, psychologiques et économiques.⁴

Violence physique	La force physique entraînant des blessures corporelles, des douleurs ou un handicap. La gravité des blessures inclue : lésions, fractures, blessures, décès. Les actes de violence physique comprennent : <ul style="list-style-type: none">• Gifler, bousculer, frapper, griffer, étouffer, mordre, empoigner, secouer, cracher, brûler, tordre une partie du corps, forcer l'ingestion d'une substance indésirable• Frapper ou poignarder à l'aide d'objets ménagers, d'armes, de couteaux.
Violence sexuelle	Imposer un acte sexuel, tenter d'obtenir un acte sexuel, faire des commentaires sexuels ou des avances non désirés, se livrer au trafic prostitutionnel, s'opposer à la sexualité d'un individu en utilisant la coercition, par toute personne, indépendamment de sa relation avec la victime, dans tous les milieux (y compris

¹ Council of Europe, "Convention for the Prevention of Violence Against Women and Domestic Violence", the Istanbul Convention, (2011), <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

² Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (1992).

³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 18.

⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 20.

⁵ WHO, "World Report on Violence and Health" (2002) p. 149.

	<p>au domicile et au travail)⁵. Les actes de violence sexuelle peuvent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le viol ou d'autres formes d'agression sexuelle • Des avances sexuelles non désirées, harcèlement sexuel (y compris en échange d'une promotion professionnelle ou de meilleures notes) • La traite à des fins d'exploitation sexuelle • L'exposition forcée à de la pornographie • Les grossesses forcées, la stérilisation forcée, l'avortement forcé⁶ • Le mariage forcé/ le mariage des enfants • Les mutilations sexuelles féminines • Les tests de virginité • L'inceste
Violence psychologique (violence émotionnelle)	<p>Une action ou une série d'actions qui nuisent directement à l'intégrité psychologique de la femme. Les actes de violence psychologique comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des menaces de violence et des dommages contre la femme ou son entourage, par des paroles ou des actions (harcèlement, armes) • Le harcèlement et le harcèlement moral au travail • Des commentaires humiliants et insultants • Isoler la femme et restreindre ses contacts extérieurs • L'utilisation des enfants par un conjoint violent pour contrôler ou nuire à la femme. Ces actes constituent à la fois une violence contre les enfants, et contre les femmes.
Violence économique	<p>Utilisée pour nier ou contrôler l'accès de la femme aux ressources, y compris son emploi du temps, l'argent, les transports, la nourriture, les vêtements. Les actes de violence économique comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdire à la femme de travailler • L'exclure de la prise de décision financière dans la famille • L'exclure des moyens financiers ou de l'information financière • Refuser de payer les factures ou de pourvoir à son bien-être ou à celui des enfants • Détruire les biens communs.
Coercition et contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Coercition : Acte ou série d'agressions, menaces, humiliations, intimidations ou autres maltraitances visant à blesser, punir ou effrayer la victime • Contrôle : Série d'actes visant à soumettre quelqu'un, ou la rendre dépendante en l'isolant, en confisquant ses ressources à des fins personnelles, en la privant des moyens nécessaires à son indépendance, et en décidant de son comportement au quotidien

1.2. PRÉVALENCE DES VDG

Le rapport *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par*

⁶ Council of Europe, "Convention for the Prevention of Violence Against Women and Domestic Violence", the Istanbul Convention (2014), <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

d'autres que le partenaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013⁷) montre que 35% des femmes dans le monde ont subi des violences physiques et/ou sexuelles.

L'étude relève également que la violence conjugale touche 30% des femmes à l'échelle mondiale et, dans certaines régions, 38%. De manière générale, 38% des femmes tuées sont tuées par un partenaire intime, passé ou présent.

1.3. POURQUOI EST-CE UN PROBLÈME DE SANTÉ ?

Le VDG sont une violation des droits humains. C'est aussi un problème majeur de santé publique, aux conséquences graves sur la santé des femmes. Pour les services de santé, partout dans le monde, les VDG représentent à la fois un coût énorme et un défi à relever. Elles touchent tous les aspects de la santé. Elles peuvent créer ou aggraver toute une série de pathologies, immédiates et à long terme. Elles peuvent se traduire par des symptômes physiques, des blessures, des douleurs chroniques, des symptômes neurologiques, des troubles gastro-intestinaux, des problèmes gynécologiques, un risque cardiovasculaire accru.

Les VDG peuvent amener des problèmes gynécologiques, des avortements induits et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH⁸. Pour les femmes enceintes, les fausses couches, les MFIU, l'accouchement prématuré et le faible poids du bébé à la naissance sont d'autres effets possibles⁹, sans compter les conséquences des grossesses non désirées (un sujet relativement méconnu).

La patiente peut être déprimée, se faire du mal, subir un stress post-traumatique (SSPT), des angoisses, des insomnies, augmenter sa consommation d'alcool ou de psychotropes, avoir des pensées suicidaires. L'arrêt des violences ne signifie pas nécessairement la fin des troubles psychologiques. Les conséquences des violences peuvent persister longtemps après que les violences elles-mêmes se soient arrêtées. Plus les violences sont graves, plus leur impact est important.

Étant souvent le premier point de contact pour les victimes, les établissements de santé consacrent beaucoup de temps à l'impact de ces violences sur les femmes et les enfants. En répondant aux victimes, et en intervenant tôt, ils jouent un rôle essentiel.

1.4. IMPACT DES VDG SUR LES ENFANTS

Selon le ministère de la Santé britannique, près des trois quarts des enfants pris en charge par l'Aide à l'enfance viennent de familles où se produisent des violences domestiques.¹⁰ Dans 75% des cas, ils sont témoins des violences.¹¹

⁷ WHO. "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence", (2013) p. 2.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

⁸ Haddad L, Shotar A, Younger J, Alzyoud S, Bouhaidar CM. "Screening for domestic violence in Jordan: validation of an Arabic version of a domestic violence against women questionnaire." *International Journal of Women's Health*. (2011), p. 79-86.

⁹ Halpern CT, Spriggs AL, Martin SL, Kupper LL. "Patterns of Intimate Partner Violence Victimization from Adolescence to Young Adulthood in a Nationally Representative Sample". *Journal of Adolescent Health*. (2009), p. 508-516.

¹⁰ Department of Health. *Women's mental health: into the mainstream*. London, Department of Health, (2002) http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20111010181537/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075487.pdf, p16

Les réactions des enfants au traumatisme des violences dépendent d'une multitude de facteurs (l'âge, l'origine, le sexe, le stade de développement). S'ils ne se sentent pas en sécurité chez eux, cela peut avoir de nombreuses conséquences : problèmes de santé physique, retards de développement, anxiété, dépression, agressivité, colère envers les adultes et les pairs, troubles de l'alimentation, mauvais résultats scolaires, faible estime de soi, troubles du comportement, cauchemars. Les VDG peuvent également causer directement ou indirectement, le décès des enfants. Ils peuvent être maltraités, directement et indirectement, et témoins des conséquences sur la santé de leur mère. Avec de l'aide, les enfants pourront comprendre ce qui se passe.

1.5. LE RÔLE DES SERVICES DE SANTÉ

Rares sont les femmes qui divulguent spontanément les VDG. Deux raisons : leur sécurité est souvent en jeu, et les professionnel/les de santé ne sont pas formés¹².

En matière de dépistage des violences, les services de santé restent un point d'entrée clé mais sous-utilisé. Or, ce sont souvent les professionnel/les de santé qui ont le plus de contacts avec les victimes.⁶ **Les visites périnatales** notamment offrent d'importantes opportunités de dépistage. **RESPONSE vise à équiper les professionnel/les d'outils qui permettront d'aborder les VDG avec les patientes, de les orienter, et d'enregistrer les informations dans leur dossier médical.**

RESPONSE favorise le partenariat professionnel et une responsabilité partagée quant au soutien et au soin apporté aux patientes victimes de violences. Les intervenant/es doivent savoir aborder les VDG, fournir une toute première réponse, faire une estimation du danger. Il faut ensuite une orientation vers des spécialistes qui offriront une évaluation complète, une aide, une orientation appropriée – une assistante sociale, une avocate, une responsable d'association, une éducatrice... Ses tâches devront inclure :

- Un espace privé de rencontre et dialogue
- Une interprète (si nécessaire) qui ne soit pas de la famille de la victime
- Une approche centrée sur la victime
- La validation de la parole de la patiente
- L'identification des VDG
- Une évaluation des risques et une planification de la sécurité
- Le suivi des soins de santé et des problèmes liés aux VDG
- La transmission de numéros utiles pour la suite

¹¹ Royal College of Psychiatrists. *Mental health and growing up, 3rd edition: Domestic violence: Its effect on children*. Royal College of Psychiatrists, (2004).

¹² García-Moreno C, Hegarty K, Flavia A, d'Oliveira L, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. "The health-systems response to violence against women". *Lancet*. (2014), p. 1-13.

2. IDENTIFIER LES VIOLENCES DE GENRE dans les services de santé des femmes

Encourager la divulgation des VDG est important pour toute consultation. Poser des questions de façon professionnelle et empathique aidera à briser le sentiment d'isolement, la culpabilité et la honte que peuvent ressentir les victimes. Cela permet aussi de les informer des aides disponibles, si elles se sentent prêtes à faire la démarche.¹³

Quelle que soit la structure, le/la praticien/ne doit :

- Aborder la question des VDG
- Répondre de façon empathique
- Évaluer les risques
- Proposer une orientation vers une structure locale spécialisée
- Noter les éléments dans le dossier de la patiente

Deux approches possibles : le dépistage universel et la recherche au cas par cas.¹⁴

Le dépistage universel, ou enquête de routine : on demande à toutes les femmes se présentant dans les établissements de santé si elles sont, ou ont été, exposées à des violences de genre.

Au cas par cas, ou enquête clinique : on aborde la question avec les femmes qui présentent certains symptômes, une histoire particulière et, le cas échéant, en fonction de leur examen médical.¹⁵ **Le dépistage au cas par cas se fonde sur une étude clinique prudente, nécessitant au personnel d'avoir été formé** « à répondre à celles qui ne divulguent pas les violences, mais montrent des signes et des symptômes associés aux violences, ou souffrent de formes sévères de maltraitances ». ¹⁶

MAIS le dépistage systématique est cependant conseillé dans les services obstétricaux, si l'ensemble du personnel est formé.

L'intervenant/e doit aborder la question avec tact, et se concentrer sur la réponse. Mieux vaut des questions ouvertes, suivies de questions ciblées qui apporteront plus d'explications.

Attention : il ne faut jamais poser la question à une femme accompagnée de membres de sa famille, d'enfants ou de nourrissons. Il faut trouver un moyen de lui parler quand elle est seule, et lui expliquer que l'entretien est confidentiel sauf en cas de certaines divulgations, comme les violences envers les enfants.

Les femmes doivent sentir que leur parole sera prise au sérieux, gérée intelligemment, et qu'on va les aider. Si elles ont déjà des enfants, elles peuvent craindre qu'on les prenne pour de mauvaises mères, que leurs enfants ne soient placés, que les services sociaux n'interviennent, et que les violences ne s'aggravent si leur conjoint apprend qu'elles ont parlé.

¹³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 66.

¹⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

¹⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

¹⁶ OMS - WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 19.

2.1. SIGNES ET SYMPTÔMES DE VDG

Les violences peuvent avoir des conséquences sur tous les aspects de la santé des femmes - immédiates et aiguës, ou de longue durée et chroniques. Elles peuvent persister longtemps après l'arrêt des violences.¹⁷ Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*¹⁸ reconnaît les conséquences des violences sur la santé émotionnelle, physique et reproductive des femmes. Les femmes qui ont subi des violences conjugales présentent des taux plus élevés d'un certain nombre de problèmes importants.

Ainsi, par rapport à celles n'ayant jamais connu de violences :

- Probabilité augmentée de 16% d'un bébé avec un faible poids à la naissance
- Probabilité plus que doublée de recourir à l'avortement
- Probabilité presque doublée d'être en dépression
- Dans certaines régions, probabilité 1,5 fois plus élevée de contracter le VIH

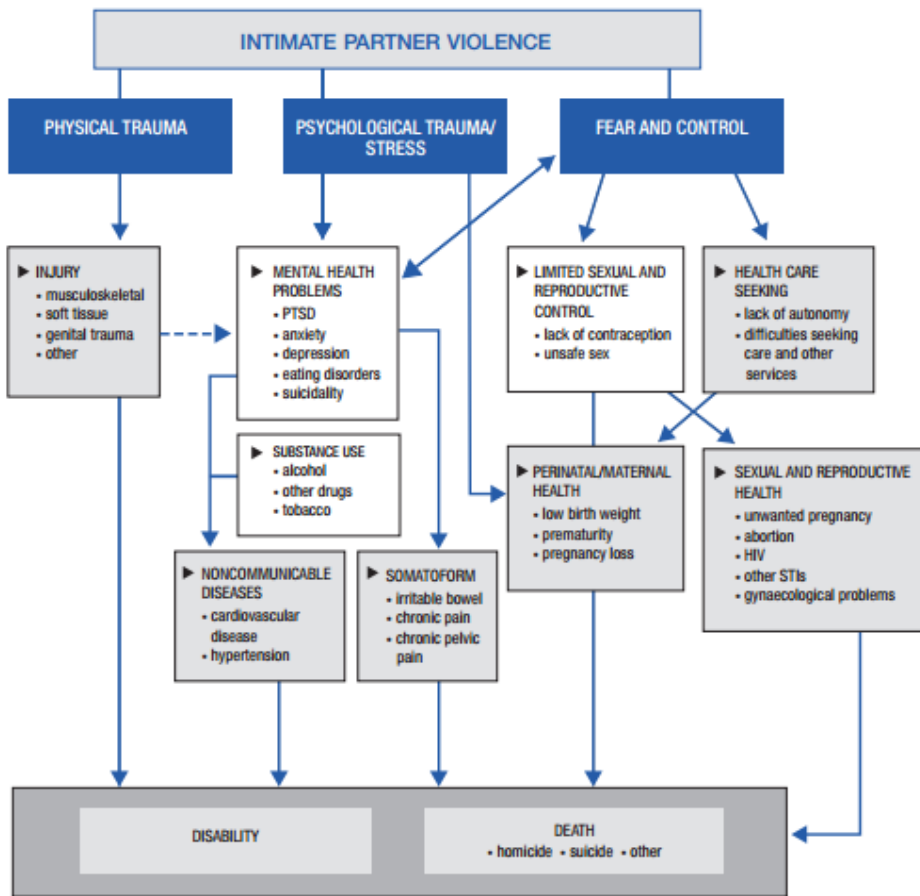
Le graphique ci-dessous montre l'impact des violences au sein du couple, selon le rapport de l'OMS.¹⁹

¹⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 39.

¹⁸ WHO, "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence" (2013), p. 2.

¹⁹ WHO, "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence" (2013), p. 8.

Figure 1. Pathways and health effects on intimate partner violence



Le tableau ci-dessous montre les répercussions des violences de genre sur la santé²⁰.
La colonne Situation montre leur impact sur la vie de la victime, sa famille, les services médicaux.

Indicateurs médicaux éventuels de violences conjugales

Physique	Gynécologique/obstétrique	Psychosocial	Situation
Troubles gastro-intestinaux chroniques	Douleurs pelviennes chroniques	Angoisse	Fréquentes consultations médicales/admissions à l'hôpital
Diarrhée chronique	Dysfonctionnement sexuel	Dépression	Consommation de médicaments élevée et fréquente
Douleur abdominale chronique	Saignements vaginaux (en particulier, répétés)	Troubles de l'alimentation	Maltraitements à enfant au sein de la famille
Douleurs au dos	Infections urinaires ou	Crises de panique	Tarde à chercher de

²⁰ Valpied, Jodie, and Kelsey Hegarty. "Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings." *Women's Health*. (2015): 11(1):51-63.

chronique	rénales à répétition		l'aide
Migraines chroniques	Infections sexuellement transmissibles	Stress post-traumatique	Manque de suivi des ordonnances médicales ou des rendez-vous
Autres douleurs chroniques, surtout inexplicables	Nombreuses grossesses inopinées/ avortements	Troubles du sommeil	Explications des blessures vagues et peu plausibles
Perte inexplicable de l'ouïe	Fausse couche	Abus d'alcool et autres substances	Partenaire intrusif ou surinvesti durant la consultation
Blessures, en part. dans la zone de la tête/du cou/ endroits multiples	Retard dans les soins prénataux	Tentatives de suicide, pensées suicidaires	Isolement social
Léthargie	Faible poids du bébé à la naissance	Automutilation	Séparation ou divorce récent d'avec l'ex-partenaire

Signes and symptômes spécifiques à l'obstétrique

Les violences sont une cause majeure de décès maternel et fœtal. Un certain nombre de facteurs doivent susciter une suspicion de violences chez les femmes enceintes²¹:

- O La patiente prend rendez-vous très tardivement ou ne se rend pas à la consultation
- O La patiente vient régulièrement pour des problèmes mineurs ou se fait régulièrement hospitaliser
- O La patiente ne suit pas son traitement jusqu'au bout, et signe son autorisation de sortie
- O La patiente est déprimée, anxieuse ou encline à l'automutilation - dépression périnatale, anxiété et SSPT sont symptomatiques de violences conjugales²²
- O La patiente présente des blessures, en particulier sur l'abdomen, les seins, l'intérieur des cuisses, la tête et le cou. Elle peut tenter de persuader le praticien que ce n'est pas très grave.
- O La patiente présente fréquemment des troubles vaginaux, des saignements post-coïtaux, des infections urinaires, des douleurs pelviennes
- O Fausse couche à répétition, MFIU inexplicables, accouchement prématuré
- O Retard de croissance intra-utérine (RCIU) ou faible poids à la naissance
- O La grossesse n'était pas prévue ou elle n'est pas désirée
- O La patiente veut se faire avorter ou a subi de multiples avortements

²¹ Lewis et al 2004, Why Mothers Die 2000-2002: The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, <http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/33,2004-Why-Mothers-Die-2000-2002-The-Sixth-Report-of-the-Confidential-Enquiries-into-Maternal-Deaths-in-the-UK.pdf>

²² Howard L.M., Oram S., Galley H., Trevillion K., Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013; 10: e1001452.

O La patiente présente un problème de toxicomanie ou s'avère incapable d'arrêter de fumer

Les femmes qui subissent des VDG sont plus susceptibles d'avoir des complications obstétricales, dont ²³:

- Accouchement prématuré
- MFIU
- Faible poids du bébé à la naissance
- Métrorragies
- Chorioamniotite

L'enquête FRA 2014 mentionne que « les professionnel/les de santé doivent être au courant de cette vulnérabilité des femmes enceintes afin d'être à même d'y faire face ». ²⁴ Des mesures peuvent être prises pour encourager les sages-femmes et les médecins chargés du suivi prénatal à vérifier lors de la consultation si une patiente est à risque de violences.

Les bonnes pratiques existantes pourraient être identifiées au niveau des États membres et de l'UE. **RESPONSE appuie une telle initiative et recommande que ces mesures soient incluses dans les établissements de santé où le projet est mis en œuvre.**

Signes et symptômes spécifiques à la gynécologie

Les problèmes gynécologiques sont les pathologies les plus importantes chez les victimes de VDG. Elles encourent un risque trois fois plus élevé d'avoir des problèmes gynécologiques sans compter qu'elles risquent de ne pas faire de frottis. Plus graves sont les violences physiques et sexuelles, plus graves seront ces problèmes. ²⁵

Les femmes victimes de violences sexuelles peuvent présenter un risque accru de pathologies, dont ²⁶:

- Troubles menstruels
- Douleur pelvienne
- Douleur pendant les rapports sexuels
- Pertes vaginales
- Maladie inflammatoire pelvienne
- Saignement post-coïtal

Signes et symptômes spécifiques à la santé sexuelle ²⁷

Les femmes victimes de violences conjugales n'ont souvent pas le droit de gérer leur propre fécondité, sur laquelle leur partenaire a tout pouvoir. C'est un moyen pour lui de diriger et de contrôler le couple.

Les hommes violents peuvent essayer de contrôler la contraception, soit en contraignant la femme à en prendre une, soit en l'en empêchant, ce qui est plus fréquent, ou en détruisant ses moyens de contraception. Ces femmes sont plus exposées que les autres à une grossesse non désirée. Une patiente qui demande à plusieurs reprises une contraception, ou une contraception d'urgence, devrait être questionnée sur son couple. Il faut lui demander directement si elle subit des violences, et envisager avec elle une contraception de longue durée.

²³ M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence." John Wiley & Sons, (2014), p.69-72.

²⁴ European Agency for Fundamental Rights (FRA). "Violence against Women: An EU-wide survey". Brussels, FRA, (2014).

²⁵ Campbell J et al. "Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences", Arch Intern Med. (2002); 162(10):1157-1163.

²⁶ M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. ABC of domestic and sexual violence. John Wiley & Sons, (2014), p.69-72.

²⁷ Médecine génito-urinaire

2.2. OBSTACLES FACE AUX VDG

LES PROFESSIONNELS DE SANTE SE RETROUVENT CONFRONTES A CERTAINS OBSTACLES QUAND ILS VEULENT ABORDER LA QUESTION DES VDG :²⁸

- Le manque de connaissance sur les causes et le processus des VDG
- Leurs préjugés personnels
- Leurs propres expériences de VDG
- Le manque de compétences cliniques pour répondre aux violences de genre, et leur hésitation quant à la marche à suivre
- Le manque d'informations sur les structures existantes
- Le peu de temps pour les soins médicaux ne laisse pas de temps pour la divulgation des VDG
- Le manque de protocoles harmonisés, qui engloberait de poser la question, y répondre et prendre des notes
- Les incertitudes quant aux règles de confidentialité et les obligations de dénonciation
- L'absence de procédures harmonisées pour que les professionnel/les de santé suivent un même protocole de soins, adapté aux rescapées des VDG
- Souci de ce qui se passe après la divulgation, et de ne pas savoir avec qui parler ou qui impliquer, par ex. la police

OBSTACLES AUXQUELS FONT FACE LES VICTIMES QUI ACCÈDENT AUX SERVICES DE SANTÉ ET PARLENT DES VIOLENCES :²⁹

- La honte, la culpabilité et le sentiment d'être exclusivement ou en partie responsable des violences
- La peur de représailles de la part de l'agresseur
- La peur de la stigmatisation et de l'exclusion sociale par la famille et la communauté
- Peur de l'isolement et sentiment d'avoir à faire face toute seule aux violences
- Faible confiance en soi et faible estime de soi
- Absence d'options sécurisantes pour ses enfants et peur de perdre la garde des enfants
- Absence d'options réalistes (ressources financières, logement, emploi, sécurité).
- Manque de confidentialité pendant les rendez-vous et impossibilité de parler seule à seul au/à la professionnel/le de santé
- Peur de ne pas être crue à cause de mauvaises expériences dans le passé

OBSTACLES SUPPLÉMENTAIRES DU FAIT D'UNE SITUATION PARTICULIÈRE :

- Problème de l'accessibilité des centres médicaux pour les femmes isolées
- Pour les femmes migrantes et/ou isolées, le problème de la langue et de la culture
- Crainte d'attirer l'attention sur son statut d'immigrée illégale ou de perdre son statut légal suite à sa séparation d'avec le conjoint violent
- Femmes en situation de handicap : inquiétude pour la suite quand l'agresseur est aussi celui qui l'aide
- Stigmatisation ou incrédulité si la femme est dans une relation homosexuelle

²⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 183.

²⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

- Idée préconçue chez les professionnel/les de santé que certaines cultures et communautés acceptent les VDG

Afin de supprimer certains de ces obstacles, il faudrait :

- Dire à la femme qu'elle n'est pas responsable de ce qui se passe et que personne ne mérite d'être traité de cette façon. Dites-lui qu'elle n'a pas à faire face au problème toute seule, et qu'il existe des organisations locales qui ont des années d'expertise auprès des femmes victimes de violence conjugale. Fournissez-lui également un numéro d'appel gratuit. Les associations spécialisées fournissent un soutien pratique et émotionnel. Le cas échéant, si une femme doit quitter son domicile et ne sait pas où aller, certaines peuvent proposer un hébergement. Elle y trouvera aussi des conseils juridiques, et des appuis pour ses démarches de logement. Mais une femme n'a pas besoin d'envisager un départ du domicile pour consulter ces structures. Les contacter ou aller les voir apportera déjà un soutien pertinent. Elles sauront à qui s'adresser lors du prochain épisode de violence.
- Fournir un soutien continu, et maintenir la communication avec elle. Lors des prochains rendez-vous, demandez-lui comment ça se passe, et s'il y a quelque chose dont elle souhaite parler. Si possible, arrangez-vous pour que la même personne assure tout le suivi de sa grossesse. Cela facilitera le soutien et le dialogue. Vous pourrez également mesurer les changements, comme par exemple l'aggravation des violences.

La femme doit changer les choses à son rythme, en étant soutenue dans ses options et ses choix. Le personnel de santé doit agir dans l'intérêt de la femme, mais pas à sa place. Elle est la seule à savoir ce qui lui convient, et qui ait toutes les données sur sa situation. Si elle décide de rester avec son conjoint violent, vous n'avez pas échoué. Votre intervention n'est qu'une partie du processus. Il faut réduire la pression exercée sur le personnel de santé car ils ne sont pas censés résoudre la situation sur le champ.

Si la femme révèle les violences alors que son conjoint se trouve dans la salle d'attente :

- Ne discutez pas des violences trop longtemps. Il peut se méfier et débarquer au milieu de la conversation.
- Il est mieux de limiter la conversation, mais sans donner à la dame l'impression qu'elle ne vous intéresse pas. Donnez-lui les coordonnées des structures spécialisées et prenez un autre rendez-vous, si possible à un moment où son partenaire n'est pas disponible.
- Demandez-lui comment la joindre en toute sécurité afin de discuter plus en détail. Peut-être a-t-elle une amie ou un membre de la famille de confiance qui pourrait lui transmettre un message.³⁰
- Avant d'inviter son conjoint à vous rejoindre pour la fin de la consultation, assurez-vous que la femme se sente bien. Les victimes de violences conjugales craignent que si leur partenaire découvre qu'elles ont parlé, les violences vont redoubler.
- Aidez-la à préparer une réponse au cas où son partenaire l'interrogeait sur ce qui a été abordé en son absence – par exemple, un problème de santé antérieur. Elle doit se sentir en sécurité, et prête à poursuivre le rendez-vous.

Si elle divulgue des violences, vous NE DEVEZ PAS :

- Lui donner des conseils directs ou lui dire de le quitter.
- Le dire de se défendre ou de lui rendre les coups.

³⁰ *Taking into consideration the specificity of your setting, resources and/or existing services.*

- Prendre des mesures sans son consentement - ou parler de ce qu'elle a dit avec vos collègues sans sa permission (sauf si la Protection de l'enfance implique que vous contactiez les services sociaux, ce dont vous pouvez l'informer).
- Lui demander pourquoi elle le supporte, ou ce qu'elle a fait pour qu'il la frappe.
- Minimaliser la maltraitance ou le danger (en ne la prenant pas au sérieux ou en lui disant qu'elle ne devrait pas le supporter).
- Vous attendre à des résultats immédiats.
- Essayer de résoudre les problèmes de la femme à sa place.
- Faire savoir à l'agresseur que votre patiente a divulgué des violences.

Quitter une relation violente nécessite une planification et une préparation afin que la femme soit en sécurité. Si vous la poussez à quitter son conjoint avant qu'elle ne soit prête à le faire, vous pouvez la mettre en danger.

La question de la confidentialité

Mauvaises réactions

Enfreindre la confidentialité

Conduire l'entretien en présence de la famille. Partager des informations avec les collègues sans l'en avoir informée. Appeler la police sans son accord.

Minimiser les maltraitements

Ne pas prendre au sérieux la question du danger. Espérer qu'elle supporte, vu la longévité du couple. Croire qu'une agression sexuelle ne peut arriver dans un mariage ou une relation de longue durée.

Culpabiliser la victime

Lui demander ce qu'elle a fait pour le provoquer. Estimer que le problème, c'est elle : « Pourquoi ne partez-vous pas ? Avez-vous dit non ? Pourquoi ne vous êtes-vous pas battue ? »

Ne pas respecter son autonomie

Lui dire de divorcer, de prendre des anxiolytiques, d'aller dans un foyer, de suivre une thérapie de couple, de demander une ordonnance de protection. La punir parce qu'elle ne suit pas vos conseils.

Ignorer son besoin de sécurité

Ne pas voir qu'elle se sent en danger. Ne pas vouloir lui demander : « Êtes-vous en sécurité chez vous ? Savez-vous où vous réfugier si les violences s'aggravent ? »

Normaliser la victimisation

Échouer à répondre à la divulgation des violences. Admettre que l'intimidation fait partie de la vie de couple. Croire qu'elle a cherché à être agressée. Croire que la violence vient de sa désobéissance face à la puissance masculine.

Bonnes réactions

Respecter la confidentialité

Toutes les consultations ont lieu en privé, sans les membres de la famille. C'est essentiel pour garantir la confiance, et sa sécurité.

Croire la victime

Écoutez-la et croyez-la. Reconnaissez ses sentiments et dites-lui qu'elle n'est pas seule. Beaucoup de femmes vivent la même chose.

Reconnaître l'injustice

Les violences à son encontre ne sont pas de sa faute. Elle ne mérite pas d'être maltraitée.

Respecter son autonomie

Respectez son droit à prendre ses propres décisions, lorsqu'elle sera prête. Elle est l'experte de sa propre vie.

L'aider à planifier sa sécurité

Qu'a-t-elle déjà mis en place pour sa sécurité ? Est-ce que ça fonctionne ? Sait-elle où aller si elle doit s'enfuir ?

Promouvoir les structures locales

Connaissez les associations locales, la ligne téléphonique dédiée, les foyers d'hébergement.

2.3. CONSTITUER UN DOSSIER (DANS LES SERVICES DE SANTÉ DES FEMMES)

Dans les bonnes pratiques cliniques et de soins aux patientes, le dossier est essentiel. Les notes et le compte-rendu doivent être clairs et précis. Ils procurent à chaque intervenant en lien avec la patiente, un résumé de ce qui s'est passé à chaque consultation :

- Historique
- Qui était présent
- Qui a dit quoi
- Résultats médicaux négatifs et positifs
- Suivi médical
- La réponse aux questions

Exemples de questions :

- Ça semble douloureux. Comment est-ce arrivé ?
- Quelqu'un vous a-t-il blessée ? Racontez-moi.
- Quelqu'un vous a-t-il menacé ?

Notez les réponses le mieux possible ; elles seront les bienvenues si vous devez faire une déposition ou fournir des éléments à la justice.

Comment prendre des notes lors d'une consultation avec une victime de violences³¹

A faire

Prenez des notes pendant ou immédiatement après la consultation

Écrivez clairement et lisiblement

Respectez les faits et soyez objectif

Expliquez à votre patiente la confidentialité et ses limites, par ex. une obligation de signalement, et que tout ce qu'elle vous dit pourrait être répété devant la police ou la justice

A ne PAS faire

Écrire ses notes à la fin d'une journée de travail

Noter tous les détails. Tenez-vous en aux faits.

Poser des questions subjectives

Etre sélectif. Notez tous les détails qui répondent à vos questions.

³¹ M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons, (2014), p. 74-82; p. 87-90.

Concentrez-vous sur ce qui a été fait, quand, où, et par qui

Utiliser des abréviations inconnues ou écrire de façon illisible. Vous ou quelqu'un d'autre aura du mal à déchiffrer vos notes si elles sont requises pour une déposition ou par la justice.

Notez les informations de tierces personnes par ex. « La mère de la patiente m'a dit que... »

Etre dans le jugement ou le paternalisme

Notez les informations pertinentes mot à mot, « Il m'a frappée au visage et j'ai commencé à saigner du nez ».

Notez qui était présent à la consultation

Signez toutes vos notes

Dates toutes vos notes

Notez les points administratifs et le suivi de santé

Traitez votre patiente avec attention et sensibilité

Si une patiente a été agressée physiquement ou sexuellement, elle sera adressée à un centre médico-légal. Sur place, elle décrira les événements en détails et on effectuera un examen particulier. Toutefois, chaque service possède son protocole pour les cas d'agression sexuelle. Vous devez en prendre connaissance.

Il existe une terminologie précise pour évaluer les blessures physiques. Pour faciliter la compréhension des collègues, les notes consignées dans le dossier doivent être claires :³²

- Utilisez des notions médicales communes, par ex. abrasion
- Utilisez une nomenclature standard, par ex. fosse iliaque gauche
- Dessinez des croquis anatomiques ou des diagrammes
- Mesurez la blessure, reportez-la sur le diagramme et décrivez-la, par ex. ecchymose jaune et rond, 2.8 x 2.8 cm, 5 cm au-dessus de l'olécrane, partie postérieure du bras droit
- Prenez votre temps
- Notez tout ce que vous voyez. Certaines traces ne sont peut-être pas liées à l'agression mais ce n'est pas à vous d'en décider
- Il n'y a souvent pas de blessures physiques suite à une agression sexuelle
- Notez l'absence de blessures

Ne sous-estimez pas l'état de choc de la patiente. Elle peut avoir besoin d'un soutien psychologique autant que d'une prise en charge de ses blessures physiques.

Ne sous-estimez pas l'effet que ce type de consultation peut avoir sur le/la professionnel/le de santé.

³² M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons, (2014), p. 87-90.

3. TECHNIQUES DE COMMUNICATION pour les équipes de santé : l'entretien motivationnel

Les personnels de santé peuvent être clefs pour faire bouger la société vis-à-vis des violences de genre, en permettant aux victimes, si elles se sentent à l'aise, de divulguer ces violences. Pour assurer ce soutien et pousser au changement, il faut savoir bien communiquer. Ce chapitre présente les principes et les techniques de l'EM que le/la professionnel/le de santé peut utiliser lors de l'interaction avec la patiente afin d'établir sa confiance, et de mener une discussion ouverte et non intrusive.

3.1. L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : PRINCIPES ET RÉSULTATS

Définition. L'EM est une forme « d'accompagnement collaboratif centré sur la personne, qui vise à susciter et renforcer sa motivation pour le changement ». ³³ Cette méthode de communication est axée sur les objectifs, c'est-à-dire, un changement de comportement. Elle fonctionne en suscitant la motivation des gens, et en renforçant leur détermination à changer. ³⁴ L'exposition aux violences peut entraîner des difficultés à faire confiance au personnel de santé. Il faut :

- Établir un environnement sécurisé permettant aux patientes de s'attaquer aux symptômes et traumatismes
- Conduire les patientes à demander de l'aide
- Augmenter l'orientation des victimes de VDG par les services de santé des femmes.

L'Entretien motivationnel peut soutenir les victimes à ³⁵:

- Chercher de l'aide et s'adresser aux associations
- Gérer leurs résultats médicaux
- Planifier leur sécurité
- Chercher un soutien social et amical
- Réduire leurs addictions
- Trouver et garder un emploi
- Améliorer leur efficacité et leur état mental

L'Entretien motivationnel ne nécessite pas beaucoup de temps avec la patiente car la durée des consultations n'a pas un grand rôle dans le processus. L'EM sert aussi à détendre l'atmosphère.

Le cadre de l'Entretien motivationnel. Le/la praticien/ne utilisera l'EM pour établir un *partenariat* avec la patiente. Il/elle *évoquera* les motivations de la patiente pour un changement, soulignera

³³ Miller, W. R., & Rollnick, S. "Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and cognitive psychotherapy", (2009), 37(02), p. 129-140.

³⁴ Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. "Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour", (2008), p. 12.

³⁵ I.P.V., 2010. Interviewing, M., & Workgroup, I. P. V. (2010). Programs and practice, p.92-102.

l'autonomie de la patiente et exprimera sa compassion.³⁶ L'Entretien motivationnel est fait *pour* les patientes et non *aux* patientes. Collaborer avec elles inspire leur confiance et les encourage au dialogue.

3.2. QUATRE PRINCIPES DE COMMUNICATION POUR LES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ³⁷:

Éviter le réflexe correcteur

Les personnels de santé doivent résister à corriger ou protéger une patiente avant qu'elle n'ait demandé de l'aide. Essayer de persuader les victimes de VDG de dénoncer les violences ou de quitter leur conjoint, peut avoir l'effet inverse que celui escompté. En outre, si le/la praticien/ne tente de dire : « Vous devez faire quelque chose ! La situation n'est pas bonne, vous êtes en danger ! », la réponse naturelle sera un contre-argument : « Je vais bien, ce n'est pas si grave.

Comprenez les motivations de votre patiente

Dans l'EM, la motivation pour le changement vient de/s patient/es, pas du personnel de santé. Ainsi, les praticien/nes doivent évoquer et explorer les motivations de la femme pour changer, au lieu d'exposer pourquoi d'après eux, elle devrait changer.

Écoutez votre patiente

L'empathie consiste à voir, à penser et à ressentir en même temps que la patiente voit, pense et ressent sa situation actuelle.

Émancipez votre patiente

Le processus d'émancipation consiste à aider les victimes de VDG à explorer comment elles peuvent changer. Pour cela, il faut considérer la patiente comme une experte du changement. Soutenir leur efficacité facilite le processus d'autonomisation.

3.3 Demandez. Écoutez. Informez.

Demandez Posez des questions ouvertes

- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?
- De quoi voudriez-vous parler aujourd'hui ?
- Comment ça va avec votre conjoint ?
- Qu'est-ce qui vous préoccupe dans votre couple ?
- Qu'aimeriez-vous changer dans votre couple ?

Écoutez. Pendant la conversation avec sa patiente, le praticien devrait passer 80% du temps à écouter et 20% à parler. Lors de l'écoute, il lui faut identifier ce que l'EM nomme « discours-changement », c'est-à-dire, le vocabulaire utilisé par la patiente pour exprimer le désir, la capacité, la raison et le besoin de changement. L'acronyme DCRB (Désir, Capacité, Raison, Besoin) permet de se souvenir de maintenir une écoute active.

³⁶ Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change. Guilford press, p.25-36.

³⁷ Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. „Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”, (2008), p. 7-10.

<i>Discours-changement préparatoire</i>	Désir	« Je veux... » « Je voudrais... » « Si seulement... »
	Capacité	« Je pourrai . . . » « Je peux. . . » « Je pourrais. . . »
	Raison	« Je veux faire cela parce que... » « Ce serait sans doute mieux si... »
	Besoin	« Je devrais . . . » « Je dois . . . » « Il faudrait vraiment que. . . »
<i>Instaurer le discours-changement</i>	Engagement	« Je vais . . . » « Je ferai. . . » « J’ai l’intention de... »
	Activation	« Je suis prête à... » « Je suis préparée à.... » « Je suis déterminée à... »
	Etapes	« J’ai... » « J’ai commencé à... »

Adapté de Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. “Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”, (2008), p. 33.

Informez. À aucun moment, un praticien ne peut fournir des informations sans que la patiente ne les demande, ou sans demander son autorisation. De plus, une fois les informations données, l’intervenant/e doit demander à la patiente de les commenter.

4. PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ pour les patientes divulguant les VDG à une assistante sociale ou une association

La **sécurité des patientes** victimes de VDG est au cœur de toute intervention. Les cas isolés de violence sont rares : les VDG se caractérisent par un schéma de contrôle répété et coercitif. Le risque de violences augmente juste après la séparation : la plupart des meurtres, tentatives de meurtre et actes de violence aggravée ont lieu lorsqu'une victime tente de quitter un conjoint violent.³⁸

Les professionnel/les de santé doivent proposer une prise en charge par une assistante sociale, une psychologue. La femme sera adressée à une association qui la guidera dans son évaluation des risques et la planification de sa sécurité.

A SAVOIR : LE RISQUE CHANGE.

Le danger qu'une patiente vous décrivait hier, ce matin, ou il y a une heure, peut déjà avoir changé plusieurs fois. D'une consultation à l'autre, le danger peut être plus ou moins important.

4.1. COMPRENDRE LES FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE RISQUE³⁹

Prendre en considération :

- ✘ Des actes de violence commis à l'encontre de la femme, des enfants ou d'autres membres de la famille, ainsi que des conjointes précédentes
- ✘ Des actes violents commis en dehors de la famille
- ✘ Séparation ou divorce récent
- ✘ Des actes de violence commis par d'autres membres de la famille peuvent être utilisés pour contrôler la victime
- ✘ Possession et/ou usage d'armes
- ✘ L'abus d'alcool ou de drogues peut désinhiber un agresseur
- ✘ Une menace doit toujours être prise au sérieux. De nombreuses femmes qui ont été assassinées par leur conjoint avaient été menacées de mort avant d'être tuées.
- ✘ Jalousie et possessivité extrêmes
- ✘ Des concepts et attitudes patriarcales extrêmes
- ✘ Persécution et terreur psychologique (harcèlement), dont email, SMS, internet
- ✘ Danger pour les enfants, dont des menaces de les enlever, blesser, tuer
- ✘ Non-respect de l'injonction à ne pas s'approcher de la femme, décidée par la justice ou la police

Parmi les déclencheurs potentiels d'une aggravation de la violence, les changements au sein du couple, par exemple lorsqu'une femme trouve un emploi contre la volonté de son conjoint, lorsqu'elle cherche de l'aide, ou qu'elle demande le divorce.

³⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83.

³⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83-84.

4.2. ENTREPRENDRE UNE ÉVALUATION DES RISQUES

Professionnel/les de santé (médecins, infirmières, sages-femmes)

Une évaluation des risques aide le personnel médical à comprendre ce que leurs patientes risquent dans l'immédiat (sans toutefois que cette évaluation soit complète et détaillée). Une évaluation plus détaillée des risques doit être effectuée par une assistante sociale expérimentée ou une psychologue spécialisée dans les violences faites aux femmes.

LES QUESTIONS À POSER LORS D'UNE ÉVALUATION DES RISQUES :

- Serez-vous en sécurité si vous rentrez à la maison ?
- Que redoutez-vous ?
- De quoi l'agresseur vous a-t-il menacé ?
- Qu'en est-il des menaces envers les enfants, l'enfant à venir, le fœtus ?

En fonction des réponses, le/la professionnel/le de santé verra s'il faut une mise à l'abri ou une orientation vers l'assistante sociale.

INDICATEURS DE RISQUES

Check-list des indicateurs de risques (Richards, 2004)

- **Séparation** – la rescapée est-elle partie récemment, ou a-t-elle fait des projets pour partir ? Enfants concernés par l'auteur ?
- **Grossesse** – est-elle enceinte, ou a-t-elle accouché au cours des six dernières semaines ?
- **Aggravation** – les maltraitements empirent-elles ou arrivent-elles plus souvent ?
- **Questions culturelles/ sensibilité/ isolement** – y a-t-il des questions spécifiques ?
- **Harcèlement** – est-elle harcelée ou menacée par quiconque, en particulier un ancien compagnon ? (y compris par emails/SMS)
- **Agression sexuelle** – a-t-elle fait état d'agressions sexuelles en lien avec les maltraitements ?

4.3. SOUTENIR LA PATIENTE DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN DE SECURITE

Le risque de violence évolue constamment, mais un plan de sécurité permet à la femme de réfléchir à divers scénarios, à tous les niveaux de risque. Le plan prévoit ce qu'il faut faire en cas d'urgence, et contient les numéros utiles.

CHECK-LIST À DESTINATION DES ASSISTANTES SOCIALES

Sécurité dans le couple⁴⁰. Prévoyez :

- Les endroits à éviter quand commencent les violences (la cuisine par exemple, où on trouve des armes potentielles).
- Comment sortir de la maison si les violences s'aggravent (une fenêtre ou une porte non fermée).
- Chez qui trouver de l'aide ou prévenir du danger.

⁴⁰ Department of Health. "Responding to domestic abuse: A handbook for health professional", UK, (2005).

- De demander aux voisins ou amis d'appeler la police s'ils entendent des bruits laissant penser qu'une femme, ou ses enfants, sont en danger.
- Des endroits où cacher des numéros importants.
- De mettre les enfants à l'abri quand les violences commencent.
- D'apprendre aux enfants à se mettre en sécurité ou à trouver de l'aide, notamment en appelant la police
- Garder les documents importants ensemble afin de pouvoir les prendre en cas de départ soudain
- Informer quelqu'un des violences afin d'en garder une trace (important pour les cas qui iront devant la justice, ou encore les demandes liées à l'immigration).

Partir dans l'urgence. Pensez à :

- Préparer un sac et le cacher au cas où il faudrait partir dans l'urgence.
- Qui appeler et où aller.
- Ce qu'il faut emporter dont les papiers et médicaments des enfants, clefs, une photo de l'agresseur (utile pour la justice).
- L'accès à un carnet de téléphone et d'adresses.
- Avoir accès à de l'argent et une carte de crédit.
- Plans pour les trajets.
- Comment prendre des vêtements, affaires de toilette, et jouets pour les enfants.
- Prendre toute preuve des violences (photos, notes, témoignages).

Sécurité après la séparation. Pensez à :

- Avoir les coordonnées de professionnel/les qui peuvent vous aider.
- Changer de numéros de téléphone et d'adresse email.
- Vérifiez les paramètres de sécurité sur vos réseaux sociaux, et attention à ce que vous postez sur Facebook ou Instagram.
- Garder secret sa nouvelle adresse en cas de départ du domicile (par ex. ne pas la communiquer aux amis communs).
- Obtenir une ordonnance de protection, ou une injonction d'éloignement.
- Prévoir de parler aux enfants de l'importance de rester en sécurité.
- Solliciter auprès de son employeur une situation sécurisée au travail.

DOCUMENT : EXEMPLE DE FORMULAIRE DE PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ⁴¹

Suggestions pour augmenter la sécurité – dans le couple

- J’aurai d’importants numéros de téléphone disponibles pour mes enfants et pour moi.
- Je peux parler à _____ et _____ des violences et leur demander d’appeler la police s’ils entendent du bruit venant de mon domicile.
- Si je quitte mon domicile, je peux aller (noter quatre lieux) :

_____.
- Je peux laisser de l’argent, les clés de la voiture, des vêtements et des copies des documents chez _____.
- Quand je partirai, je prendrai _____ avec moi.
- Pour garantir ma sécurité et mon indépendance, je peux :
Toujours avoir de la monnaie sur moi pour téléphoner
M’assurer que mon portable est chargé
Ouvrir mon propre compte épargne
Modifier mon parcours vers/de _____
Répéter mon plan de fuite avec une personne de confiance et revoir le plan de sécurité le _____ (date).
- Lorsque les violences commencent, quelle pièce de la maison dois-je éviter ?
Par exemple, la salle de bains (pas de sortie possible), la cuisine (armes potentielles)
_____.

Suggestions pour augmenter la sécurité – lorsque la relation a pris fin

- Je peux : changer les serrures, installer des portes en acier/métalliques, un système de sécurité, des détecteurs de fumée et un système d’éclairage extérieur.
- J’informerai _____ et _____ que mon conjoint ne vit plus avec moi et je leur demanderai d’appeler la police s’ils le voient s’approcher de mon domicile ou de mes enfants.

⁴¹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Je donnerai aux personnes qui s'occupent de mes enfants les noms des gens qui ont le droit de venir les chercher. Il s'agit de : _____, _____ et _____.
- Je peux appeler en numéro caché.
- Au travail, je peux parler à _____ de ma situation et demander à _____ de filtrer mes appels.
- Je peux éviter les magasins, les banques et _____ que je fréquentais lorsque je vivais avec mon conjoint violent. Je peux modifier mon trajet à/de _____.
- Si je sens que je faiblis et que je suis prête à retourner à une situation potentiellement violente :
Je peux appeler _____ pour me soutenir.
Je peux modifier mon trajet ou l'heure de mes rendez-vous _____ avec les organismes _____ ou me rendre à l'organisme _____ à la place.

• Numéros de téléphone importants :

Police _____

Aide aux victimes _____

Ami/es _____

Foyer _____

Check-list de ce qu'il faut prendre

- Preuve d'identité
- Certificats de naissance pour moi et mes enfants
- Sécurité sociale, allocations familiales
- Carte de Sécurité sociale
- Portable, carte de téléphone ou monnaie pour téléphoner d'une cabine
- Argent, carnet de chèques, cartes de crédit
- Clefs – domicile/voiture/bureau
- Clefs d'un/e ami/e ou membre de la famille
- Médicaments
- Permis de conduire
- Vêtements de rechange
- Passeport(s), permis de séjour, permis de travail
- Papiers du divorce
- Bail
- Crédit immobilier, factures impayées
- Papiers de l'assurance
- Carnet d'adresses
- Photos, bijoux, objets ayant une valeur sentimentale
- Les jouets/couvertures préférés des enfants
- Toutes les preuves des maltraitances, notes, enregistrements, journal intime, condamnations, noms et numéros des professionnel/les.

En cas d'urgence, il faut toujours appeler la police.

5. PARCOURS de prise en charge

5.1. CONCEPTS DE BASE DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE ET BÉNÉFICES

Les maternités et services gynécologiques fournissent des conditions favorables aux interventions, soins et orientations pour les victimes de VDG.⁴²

Formation

Une formation continue sur les VDG devra être obligatoire pour tous les personnels de santé. À long terme, il faudra démontrer l'efficacité de la formation, de l'intervention précoce et de la prévention, ainsi qu'au final, une diminution des VDG. Les avantages pour les services de santé :

- Une diminution des incidents à répétition et par conséquent des visites à l'hôpital
- Moins de consultations
- Moins d'ordonnances
- Des bénéfices à long terme pour les patientes
- Une meilleure qualité de vie
- Une économie de coût à long terme pour une amélioration de la qualité des soins

Créer un parcours de soins

- Regardez ce qui existe au niveau local
- Les parcours en place – cela va-t-il les renforcer ? Ou faut-il commencer à zéro ?
- Les professionnel/les de santé sont-ils/elles déjà en lien avec les structures spécialisées ? Faut-il établir ces contacts ?
- Donner des exemples de projets qui ont marché, comme MeMoSa en Hollande ou MOZAIK au Royaume-Uni.⁴³

L'apport des victimes – écoutez-les et utilisez leur point de vue et leur expérience des services de santé. Pour évaluer un parcours de soins, les groupes d'aide aux victimes et les groupes de parole constituent des ressources significatives.

Défis et opportunités pour créer un parcours de soins

Défis

Convaincre les personnels de santé que les VDG sont un problème de santé

Opportunités

Établir des contacts avec des spécialistes locales des VDG
Se référer à la politique nationale et à la législation
Discutez des cas de VDG lors des réunions cliniques
Effectuer un sondage anonyme sur les VDG dans le cadre des soins de santé.

Initier le changement dans la

Identifier la personne la plus à même de porter la lutte contre

⁴² M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. "ABC of domestic and sexual violence". John Wiley & Sons, (2014), p.103-106.

⁴³ Mozaic Women's Well Being Project, <http://www.together-uk.org/southwark-wellbeing-hub/the-directory/16111/mozaic-womens-well-project/>

pratique clinique	<p>les VDG</p> <p>Établir des contacts avec la protection de l'enfance</p> <p>Se référer à la politique nationale et à la législation</p> <p>Discuter des cas de VDG lors de réunions cliniques</p> <p>S'assurer qu'en interne, les RH prennent en compte les employées victimes de VDG</p> <p>Affiches et dépliants sur les VDG dans les espaces publics</p>
Créer une formation aux VDG sur mesure	<p>Travailler avec des organisations spécialisées et adapter la formation à chaque secteur de santé</p> <p>Mener la formation avec les praticien/nes de santé</p>
Motiver les professionnel/les à assister à la formation	<p>Rendre obligatoire la formation aux VDG, l'associer au développement professionnel, et l'inclure dans la formation à la protection des adultes et des enfants.</p> <p>Proposer la formation à des heures qui conviennent aux équipes de santé</p>
Évaluer et monitorer les changements	<p>Développer un guide clinique pour y inclure les façons d'aborder les VDG en toute sécurité</p> <p>Donner des détails sur la façon de noter les VDG dans un dossier</p> <p>Inclure un schéma de codage VDG dans le dossier de la patiente et effectuer des audits réguliers</p> <p>Savoir proposer aux victimes une orientation claire</p> <p>Consulter les fonds pour la recherche avec les universitaires locaux</p>
Une intervention durable	<p>S'assurer que les responsables du projet et les personnels seniors sont impliqués à toutes les étapes</p> <p>Mentionner la question des VDG à toutes les réunions cliniques</p> <p>Mettre en place une formation continue sur les VDG</p> <p>Encourager les bonnes pratiques en partageant les études de cas et les évaluations des dossiers des patientes</p> <p>Chercher des fonds pour la lutte contre les violences de genre</p>

6. COMMENT AGIR - Une réponse multisectorielle

Le problème des violences doit être reconnu dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux, ainsi que diverses structures destinées à l'accueil des femmes. Chaque secteur peut avoir besoin de développer son propre modèle pour répondre de manière optimale à chaque situation. Une réponse multisectorielle augmente les chances pour les victimes de recevoir de l'aide.

Prenons l'exemple de MARAC au Royaume-Uni⁴⁴, une conférence multi-agences d'évaluation des risques. Une MARAC est une réunion régulière où l'on aborde les façons d'aider les victimes à risque élevé de meurtre ou de préjudice grave. Autour de la table, une spécialiste des VDG, de la police, de la protection de l'enfance, de la santé et autres organismes compétents. Ils parlent de la victime, de la famille et de l'agresseur, et partagent des informations. La réunion est confidentielle. Ensemble, ils rédigent un plan d'action pour chaque victime. Toutes les personnes présentes doivent comprendre leurs rôles et le processus à suivre. (Voir la note de bas de page pour accéder au modèle.)

Critères pour les structures qui viennent en aide aux victimes de VDG, Convention d'Istanbul, Article 18⁴⁵

Une approche centrée sur le genre, les violences faites aux femmes, les droits humains et la sécurité des victimes

Les structures visent à l'autonomie et l'indépendance financière des femmes victimes de violences

Une approche intégrée qui prend en compte les relations entre les victimes, les agresseurs, les enfants, et l'environnement social au sens large.

Si possible, plusieurs services sont situés au même endroit

Les structures doivent être accessibles et porter sur les besoins spécifiques des populations vulnérables, y compris les enfants.

Éviter la victimisation secondaire

6.1. SENSIBILISATION AU NIVEAU POLITIQUE ET LOBBYING

Un travail précédent sur la sensibilisation au niveau politique, le projet IMPLEMENT – *Recommandations de l'UE et cadres légaux*⁴⁶ a permis d'établir des recommandations pour améliorer l'accueil des victimes de VDG au sein des services de santé à travers l'Europe. Ces recommandations sont en accord avec les textes existants, notamment la Convention du Conseil de l'Europe sur *la Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, la Convention d'Istanbul.

La Convention d'Istanbul, article 15 – Formation des professionnels⁴⁷: « *Les Parties dispensent ou renforcent la formation adéquate des professionnels pertinents ayant affaire aux victimes ou aux auteurs de tous les actes de violence couverts par le champ d'application de la présente Convention,*

⁴⁴ Safe Lives, Multi-Agency Risk Assessment Conferences (MARAC) Model, (2013), available here:

<http://www.safelives.org.uk/sites/default/files/resources/MARAC%20FAQs%20General%20FINAL.pdf>

⁴⁵ UNFPA-WAVE Training Manual "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia", (2014), p. 57.

⁴⁶ Project IMPLEMENT. "EU Policy Recommendations and Legal Frameworks", (2017), developed as part of WS3, <http://gbv-implement-health.eu/>

⁴⁷ Council of Europe, "Convention for the Prevention of Violence Against Women and Domestic Violence", the Istanbul Convention, (2011), <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

sur la prévention et la détection de cette violence, l'égalité entre les femmes et les hommes, les besoins et les droits des victimes, ainsi que sur la manière de prévenir la victimisation secondaire. »

Critères pour la formation des personnels de santé selon la Convention d'Istanbul⁴⁸ et les Recommandations IMPLEMENT⁴⁹

National	Politique	France : <i>Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes</i> , Loi 2014-873 du 4 août 2014, art. 51 et loi 2010-769 du 9 juillet 2010 <i>relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants</i> , art.21. ⁵⁰
	Gouvernement	France : <i>Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains</i> (MIPROF) ⁵¹ .
Women's Health Services	Politique	Le repérage et l'orientation des victimes de VDG vers des services spécialisés doivent être explicitement énoncés dans la politique de l'hôpital. Mobiliser chaque grand établissement de santé (par ex. hôpitaux, cliniques) pour y instaurer des Groupes de protection des victimes ou pour y nommer une personne référente.
	Organisation	Chaque établissement de santé doit mettre à disposition des outils pour améliorer le repérage et l'orientation des femmes victimes de VDG vers des structures spécialisées. Ces exemples incluent : <ol style="list-style-type: none"> 1. Appuyer les formations pour les médecins / infirmières / sages-femmes ; 2. Un manuel de formation avec différents modules 3. Un outil de référence fondamental à disposition des médecins, internes et stagiaires⁵² ; 4. Des séances d'information afin de sensibiliser à la façon dont les professionnel/les de santé peuvent jouer un rôle dans la lutte contre les VDG.

6.2. GROUPES DE PROTECTION DES VICTIMES

⁴⁸ UNFPA-WAVE Training Manual "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia", (2014), p. 57.

⁴⁹ Project IMPLEMENT. "EU Policy Recommendations and Legal Frameworks", (2017), developed as part of WS3, <http://gbv-implementation-health.eu/>

⁵⁰ « Art. 21.-La formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, des avocats, des personnels enseignants et d'éducation, des agents de l'état civil, des personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs, des personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale, des personnels de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour, des personnels de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et des agents des services pénitentiaires comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique. »

⁵¹ MIPROF: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/actions-dispositifs-interministeriels/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences>

⁵² Blank K, Rosslhumer, M. "IMPLEMENT Training Manual on gender-based violence for health professionals", (2015), p. 62.

Le repérage et l'orientation des victimes de VDG vers des services spécialisés devraient être énoncés explicitement dans la politique de l'établissement de santé.

Si elle est rendue obligatoire, cette règle mobilisera chaque grand établissement de santé (par ex. hôpitaux, cliniques) pour constituer des Groupes de protection des victimes, c'est-à-dire, une équipe formée (personnel obstétrique, urgences, sages-femmes, etc.) qui est appelée pour toute victime potentielle de VDG, afin de faciliter le dépôt de plainte, et l'orientation vers une association.

Exemple, Autriche :

Groupes de protection des victimes dans les établissements médicaux

Depuis le début 2011, il est obligatoire⁵³ en Autriche d'avoir des Groupes de protection des victimes dans les établissements de santé, pour les enfants et les adultes. Composante clé : reconnaître les premiers signes de violence familiale et tout soupçon de violence afin de renforcer la sensibilisation du personnel aux violences conjugales.

Dans le groupe constitué au sein de l'hôpital, il devrait y avoir au moins un/e médecin des Urgences, un/e gynécologue, des infirmières, un/e psychologue ou psychothérapeute.

Rôle des Groupes de protection des victimes :

- Un soutien aux victimes étendu et approprié
- Toute l'équipe clinique est invitée à participer à des formations sur les VDG
- Intensification de la coopération multisectorielle entre les médecins et les infirmières, les groupes de protection des victimes, les associations, la police.
- Des ressources financières pour la protection des victimes et permettre la divulgation des violences.

Le groupe de protection des victimes doit être connu de toutes les personnes touchées par les violences conjugales. Ces groupes sont chargés du dépistage précoce des violences conjugales et de sensibiliser les différents spécialistes quant à leurs conséquences. Cette loi a considérablement amélioré la prise en charge des victimes de VDG par les établissements de santé.

6.3. LE CADRE DU PROJET RESPONSE

Afin d'améliorer la coopération multisectorielle dans les maternités, et d'augmenter le nombre de repérages durant les consultations grossesse, **RESPONSE** suggère de constituer un groupe qui inclurait une institution (par ex. une université) une maternité, et une autorité publique (par ex. la Mairie, la Région, un ministère).

Le projet RESPONSE se concentre sur les soins médicaux aux patientes potentiellement victimes de VDG. Il est donc axé sur elles et implique différents intervenant/es. Il intègre les VDG dans les services de santé des femmes, avec le soutien de différentes organisations. Il est important que les partenaires^{54 55} :

- ⌘ Comprennent le mécanisme des violences ;
- ⌘ Identifient les traumatismes ;
- ⌘ Fassent un dépistage systématique des VDG ;

⁵³ Austrian Federal Law for the implementation of victims of gender based violence in public health care systems, (2010), Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr.61/2010/ KAKuG 2010

⁵⁴ PRO TRAIN "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 3.

⁵⁵ UNICEF, "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

- ⌘ Fassent un suivi ;
- ⌘ Coopèrent avec d'autres professionnel/les et expert/es ;
- ⌘ Partagent des ressources et des objectifs communs en matière de VDG ;
- ⌘ Partagent des informations et des activités sur le sujet des VDG.

Une bonne coopération multisectorielle augmente la probabilité que les femmes connaissent les services qui leur sont proposés, la sensibilisation en général, et les occasions pour les femmes de divulguer les violences.

HUIT ÉTAPES POUR DÉVELOPPER LA COOPÉRATION :⁵⁶

- ✘ Créer une philosophie partagée de la coopération, ainsi que des principes et des objectifs : sécurité des victimes, responsabilité de l'auteur et évitement de toute culpabilisation de la victime
- ✘ Créer des procédures convenues d'avance : faire preuve de sensibilité face aux expériences de la victime
- ✘ Surveiller/suivre les cas pour garantir la responsabilité des professionnel/les : clarifier les rôles de chaque groupe de professionnels
- ✘ Coordonner l'échange d'informations entre professionnel/les : développer une compréhension mutuelle des règles de confidentialité
- ✘ Fournir des ressources et services aux victimes
- ✘ Garantir des sanctions, restrictions et services aux auteurs
- ✘ Développer des actions pour éviter les atteintes aux enfants et concevoir des méthodes thérapeutiques pour soigner leurs traumatismes
- ✘ Formation continue

⁵⁶ PRO TRAIN, "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), Module 5.

7. ÉVALUATION

En général, une évaluation comporte deux parties : la première évalue le **processus** (ce qui a été fait et comment) et la seconde les **résultats** (en quoi le projet a-t-il fait une différence). Il est important de rassembler des indicateurs pour chacune des parties. **Idéalement, il faut comparer un établissement de santé donné (l'établissement pilote) et un établissement similaire qui ne reçoit aucune intervention ou formation (c'est l'établissement témoin).**

Indicateurs de processus pour les séminaires de renforcement des capacités et la formation

1. Formulaire d'évaluation de la formation (voir pages suivantes).
2. Questionnaire pré et post formation pour connaître le niveau de sensibilisation des professionnels de santé (voir pages suivantes)

Indicateurs de résultats pour les séminaires de renforcement des capacités et la formation : 3 périodes de collecte de données.

Établissement pilote : donnée de base 0 (4 semaines avant ou au début de la formation), 4 semaines après la formation, 6 mois après la formation :

- a) Nombre total de patientes ayant contacté l'hôpital au cours des 4 dernières semaines
- b) Nombre de patientes avec lesquelles le personnel de santé a abordé la question des VDG au cours des 4 dernières semaines
- c) Nombre de patientes identifiées comme victimes de VDG au cours des 4 dernières semaines
- d) Évaluations du risque faits pour les patientes au cours des 4 dernières semaines
- e) Nombre de patientes orientées vers les services spécialisés

Établissement témoin : donnée de base 0 (4 semaines avant la formation dans l'établissement pilote), 4 semaines après la formation dans l'établissement pilote, 6 mois après la formation dans l'établissement témoin :

- a) Nombre total de patientes ayant contacté l'hôpital au cours des 4 dernières semaines
- b) Nombre de patientes avec lesquelles le personnel de santé a abordé la question des VDG au cours des 4 dernières semaines
- c) Nombre de patientes identifiées comme victimes de VDG au cours des 4 dernières semaines.

Étape 1. Choix des deux établissements (maternité, service obstétrique ou gynécologique, dispensaire). Ils doivent recevoir le même nombre de patientes/mois, avec un même niveau socio-professionnel, et employer le même nombre de personnel.

Étape 2. Recueillir des données de base, des indicateurs des deux établissements (pilote et témoin).

Étape 3. Mettre en œuvre la formation des professionnel/les de santé au sein de l'établissement pilote. Une fois que l'évaluation a été effectuée en comparant les deux établissements au bout de 6 mois, il est recommandé de proposer la formation à la l'établissement témoin.

Check-list pour l'évaluation par les responsables du programme RESPONSE

Évaluation	Fait x
1. Choix de l'établissement PILOTE (obstétrique, gynécologique, prénatal)	
2. Choix de l'établissement TÉMOIN (nb similaire patientes/jour ou personnel de santé)	
3. Données de base récoltées dans les deux établissements avant la formation : Établissement PILOTE au cours des 4 dernières semaines : Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes avec lesquelles le personnel de santé a abordé les violences ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____ Nb d'évaluations des risques et plans de sécurité ____ Établissement TÉMOIN au cours des 4 dernières semaines Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____	
4. La formation : 1 au minimum, 4 heures, minimum 30 professionnel/les de santé Date(s) de la (des) formation(s) _____ Durée de la formation _____ heures Nb de questionnaires remplis avant la formation _____ Nb de questionnaires remplis après la formation _____ (cf. page 4-6 pour le questionnaire) Nb d'heures de réunions de suivi _____ (minimum 3 heures)	
5. Données de base récoltées dans les 2 établissements 4 semaines après la formation Établissement PILOTE au cours des 4 dernières semaines : Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes avec lesquelles le personnel de santé a abordé les violences ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____ Nb d'évaluations des risques et plans de sécurité ____ Établissement TÉMOIN au cours des 4 dernières semaines Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____	
6. Données de base récoltées dans les deux établissements 6 mois après la formation Établissement PILOTE au cours des derniers 6 mois : Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes avec lesquelles le personnel de santé a abordé les violences ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____ Nb d'évaluations des risques et plans de sécurité ____ Établissement TÉMOIN au cours des derniers 6 mois : Nb total de patientes venues à l'établissement ____ Nb de patientes identifiées comme victimes de violences ____ Nb d'orientations ____	

Formulaire d'évaluation de la formation RESPONSE*

1. Quelle est votre évaluation globale de la formation sur une échelle de 1 à 10 ?				
1 Très satisfait/e		10 Très déçu/e		
2. Merci d'évaluer les aspects suivants de la formation				
	Oui, absolument	A peu près	Non, plutôt pas	Pas du tout
La formation était bien structurée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque module a bénéficié d'un temps suffisant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps laissé à la discussion était suffisant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les documents étaient utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation était adaptée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon travail bénéficiera de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recommanderais cette formation à d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comment notez-vous la qualité des formateurs ?				
	Oui, absolument	A peu près	Non, plutôt pas	Pas du tout
Je trouve les formateurs très compétent/es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formateurs ont créé une bonne interaction avec et entre les participant/es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formateurs ont bien maîtrisé la présentation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recommanderais les formateurs pour des formations similaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comment notez-vous l'organisation et la logistique de la formation en général ?				
	Excellent	Bonne	Moyenne	Insuffisante
Moyens pour la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauses café, déjeuners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires ou suggestions pour améliorer la formation ?				
Merci beaucoup d'avoir répondu à cette évaluation !				

*Adapté du manuel de formation IMPLEMENT⁵⁷

⁵⁷ Blank K, Rosslhumer, M. "IMPLEMENT Training Manual on gender-based violence for health professionals", (2015), available online at: www.gbv-implement-health.eu

Questionnaire pré et post formation RESPONSE*

Il est important pour nous d'avoir un retour des participant/es à cette formation. Les informations que vous donnez sont confidentielles, et vous n'avez pas à indiquer votre nom sur le formulaire.

1. Quelle est votre profession ? Veuillez cocher.

₁ Médecin

₂ Infirmier/e

₃ Sage-femme

₄ Assistant/e social/e

₅ Psychologue

₆ Autre, merci de préciser _____

2. Avez-vous déjà reçu une formation sur les violences de genre (physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques) ?

Non Ne sait pas Oui: ____ heures

3. Vous sentez-vous préparé/e ?

Veuillez cocher sachant que :

1= Pas préparé/e ; 2 = Un peu ; 3 = Moyennement ; 4 = Assez bien ; 5 = Bien

3.1 A poser à vos patientes des questions visant la divulgation des violences

1 2 3 4 5

3.2 A répondre de manière appropriée aux divulgations des violences par vos patientes

1 2 3 4 5

3.3 À identifier les signes et les symptômes liés aux violences de genre grâce au récit et à l'examen physique de la patiente

1 2 3 4 5

3.4 À faire avec une patiente une évaluation des risques

1 2 3 4 5

3.5 À noter les violences et les signes physiques dans le dossier de la patiente

1 2 3 4 5

3.6 À adresser la patiente pour une prise en charge

1 2 3 4 5

4. Combien de nouveaux diagnostics de violences de genre avez-vous fait au cours des 6 derniers mois (repéré une situation grave, des violences continues non dites, ou bien une patiente a-t-elle divulgué des violences passées) ? _____ Nombre

5. Quelles actions avez-vous prises après avoir identifié des VDG chez une patiente, au cours des 6 derniers mois ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

5.1 Orientation vers l'assistante sociale

1 toujours 2 souvent 3 parfois 4 presque jamais 5 jamais

5.2 Orientation vers une association spécialisée

1 toujours 2 souvent 3 parfois 4 presque jamais 5 jamais

5.3 Hébergement en foyer

1 toujours 2 souvent 3 parfois 4 presque jamais 5 jamais

5.4 Orientation vers la police

1 toujours 2 souvent 3 parfois 4 presque jamais 5 jamais

5.5 Signalement/adressée à la justice

1 toujours 2 souvent 3 parfois 4 presque jamais 5 jamais

4 Commentaires :

Merci d'avoir complété ce formulaire !

****Adapté de l'enquête sur la préparation des médecins face aux violences conjugales (PREMIS)⁵⁸***

⁵⁸ Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. "A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence", Am J Prev Med. (2006); 30 (2):173–180.

II. ANNEXE À LA FORMATION

Tout le monde se met debout et écoute les déclarations suivantes qui sont lues à haute voix par les formateurs. Un côté de la pièce représente « Je suis d'accord avec l'énoncé », tandis que l'autre côté de la pièce représente « Je suis en désaccord avec l'énoncé ». Les participants décident où ils veulent se positionner lorsque chaque déclaration est lue, entre « fortement d'accord » et « fortement en désaccord ». Le/la formateur/formatrice demande ensuite aux gens d'expliquer pourquoi ils sont où ils sont, et invite à la discussion après chaque déclaration.

1. Les mythes liés aux vdg⁵⁹

- Elle l'a provoqué - elle le méritait / elle l'a cherché.
- Il faut considérer plusieurs paramètres avant de mettre fin à une relation violente ou de partir. Il est inutile de dire à une patiente qu'elle n'avait « qu'à partir ».
- Cela n'arrive que dans les familles à faible revenu / de la classe ouvrière.
- C'est à cause de son enfance - il a grandi dans un foyer violent.
- Les associations de lutte contre les violences conjugales aident les femmes victimes de violences à faire des choix et à explorer des pistes. Elles ne sont pas là pour sauver des gens.
- Il a du mal à contrôler sa colère et / ou il n'est violent que quand il est ivre.
- Il existe de nombreuses options pour les femmes victimes de violence domestique et de maltraitances.
- Dans certaines communautés, les femmes sont passives, elles se conforment à une culture dominée par les hommes et une religion aux traditions drastiques (qui peut inclure les violences conjugales, les mutilations, le meurtre).
- Elle devrait rester (ou partir) pour le bien des enfants.
- Il est inutile d'essayer d'aider les femmes parce qu'elles retournent toujours auprès de l'auteur des violences.

2. Exercices d'études de cas

Étude de cas 1

Le centre de planning familial: Formez des groupes de 3: patiente, personnel médical, observateur/observatrice. Veuillez endosser le rôle qui vous a été attribué et suivre les instructions.

Cas d'une victime de VDG qui se présente au centre de planning familial

Elle a 34 ans

- Elle vit avec son compagnon depuis deux ans, un enfant âgé de 1 an
- Elle vient se renseigner sur la contraception

⁵⁹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Son compagnon ne veut pas utiliser de préservatif
- Il affirme que si elle l'aime, il n'a pas besoin de préservatif, et qu'il n'aime pas en mettre
- Il l'a frappée au visage à deux reprises
- Elle pense que c'était de sa faute parce qu'elle lui criait dessus – c'était sa façon à lui de la calmer
- Elle est sûre que son enfant était endormi et n'a rien entendu
- Elle pense qu'il n'est pas nécessaire d'aller à la police
- Elle a peur de dire à son compagnon qu'elle préférerait utiliser des préservatifs
- Elle n'a pas une idée très claire de ses options et de l'aide disponible
- Le praticien lui a parlé des associations locales
- On aborde les questions de protection de l'enfance et d'orientation vers les services sociaux

Jeu de rôle⁶⁰ :

Introduction : Cet exercice ne vise pas à aboutir à la consultation parfaite, mais à créer pour la patiente un environnement rassurant. Il faut que vous, comme la patiente, vous sentiez à l'aise.

Veillez former des groupes de 3. Décidez qui est le/la professionnel/le de santé (médecin, infirmière, conseiller/e médical/e), la patiente, et l'observateur ou observatrice.

Chacun/e reçoit un morceau de papier spécifiant son rôle, le déroulé clinique et la tâche sur laquelle il faudra vous concentrer durant le jeu de rôle qui dure 5-10 minutes. Il sera suivi d'une discussion de 5-10 minutes (première discussion en petits groupes, puis le groupe en entier).

Les observateurs/trices doivent prendre des notes. Chacun/e ignore les tâches des deux autres.

Pour la personne qui observe : Prenez des notes afin de répondre aux questions suivantes :

- Combien de temps le praticien passe à écouter/poser des questions ? Quelles sont les questions spécifiquement en lien avec les VDG ?
- Les questions sont-elles ouvertes ou fermées ?
- Comment les noteriez vous ? Rouge, orange, vert ? Rouge : une question qu'il vaut mieux ne pas poser ; Orange : une question possible ; Vert : une bonne question à poser au sujet des VDG.

Pour le praticien/la praticienne : Vous êtes médecin. Une femme qui vient au dispensaire pour des conseils en matière de contraception. Vous suivez votre questionnaire habituel et posez la question des préservatifs. Elle répond que son compagnon lui interdit d'en utiliser. Alors, vous commencez à l'interroger sur les violences conjugales et les maltraitements.

Pendant ce jeu de rôle, veuillez réfléchir à :

- Selon vous, qu'est-ce qui a bien fonctionné ?
- Qu'est-ce qui a moins bien fonctionné ?
- Que changeriez-vous dans l'avenir ?

Pour la patiente : Vous êtes une femme de 34 ans avec un enfant (1 an).

Vous êtes en couple depuis deux ans. Vous aimez votre compagnon et vous venez chercher des informations sur la contraception. Depuis la naissance de votre enfant, vous avez utilisé des préservatifs. A présent, votre compagnon vous dit que si vous l'aimez, il n'a pas besoin d'en utiliser. Il dit aussi que, de toute façon, il n'aime pas en mettre. À deux reprises, il s'est énervé et vous a frappée au visage. Vous pensez que c'était de votre faute. Les deux fois, il s'est excusé. Vous êtes certaine que votre enfant dormait et n'a rien entendu. Vous vous dites que ces choses peuvent arriver, de temps en temps. Vous n'en avez parlé à personne.

Pendant ce jeu de rôle, veuillez réfléchir à :

⁶⁰ ADVISE training (Assessing for Domestic Violence in Sexual Health Environments), East London, UK, 2015

- Comment vous sentiez-vous ?
- Qu'est-ce qui vous a mise à l'aise ?
- Qu'est-ce qui vous a mise mal à l'aise ?

Étude de cas 2

En petits groupes, veuillez lire les études de cas suivantes. Pour chacun des cas, et chacune des femmes décrites, pensez à :

- L'impact des maltraitances sur sa santé émotionnelle.
- L'impact des maltraitances sur sa santé physique.
- L'impact des maltraitances sur sa santé sexuelle.
- L'impact des maltraitances sur ses relations en dehors de la famille immédiate.

De plus, veuillez :

- Identifier toutes les préoccupations concernant sa sécurité.
- Identifier les contacts avec les personnels de santé, et où une orientation vers une assistante sociale aurait pu être faite.
- Si cette femme était l'une de vos patientes, décider de ce que vous lui auriez demandé pour entamer une conversation sur les violences conjugales, et quel soutien vous lui auriez proposé.

Exemple 1

Alisha, 35 ans, est mariée à Karim depuis 12 ans. Ils ont trois enfants de 10, 6 et 2 ans. Alisha travaillait comme secrétaire mais elle a arrêté à la naissance de son premier enfant. Karim est programmeur informatique. C'est un homme dominant qui se proclame chef de la famille. Depuis le début de leur mariage, Alisha subit des maltraitances. Comme il est le seul avec un salaire, il a toujours contrôlé les finances du couple, privant Alisha de ressources pour la maison et les enfants. Alisha a toujours voulu retrouver un emploi mais elle pense à présent qu'elle n'en a pas la capacité. Ce sentiment a été aggravé par le discours de Karim. Il lui dit que personne ne voudrait l'embaucher parce qu'elle est nulle et que, de toute façon, elle doit rester à la maison et s'occuper des enfants. A cause des sautes d'humeur de Karim, et de son comportement imprévisible, Alisha fait son possible pour lui faire plaisir. Elle est en permanence « en train de marcher sur des œufs ». Karim passe son temps à critiquer Alisha. Il refuse qu'elle sorte sauf pour accompagner les enfants à l'école, et aller les chercher. Il est, sexuellement aussi, très exigeant.

Exemple 2

Angela, 22 ans, est enceinte de huit mois de son premier enfant. Elle vit avec son compagnon, Neville, depuis deux ans, dans une ville où ils ont beaucoup de famille et quelques amis. Selon elle, leur relation est « agitée, avec des disputes, mais nous nous réconcilions toujours ». Depuis qu'Angela est enceinte, Neville s'est montré violent avec elle, dont deux fois physiquement. Il l'a frappée à l'estomac alors qu'elle était enceinte de 22 semaines, ce qui a provoqué des saignements vaginaux. Hier soir, il l'a poussée dans les escaliers et Angela a des ecchymoses et des vertiges. Elle a raté beaucoup de rendez-vous prénataux, car il n'aime pas qu'elle y aille. Angela a très peur de ce qui va se passer et s'inquiète pour le bébé à naître.

Exemple 3

Diane, 39 ans, est mariée à Kevin depuis 20 ans. Ils ont trois enfants, de 20, 18 et 15 ans. Diane a subi des violences graves tout au long de son mariage. À deux reprises elle a été admise à l'hôpital pour des blessures. La première fois, elle a raconté qu'elle était tombée d'une échelle en décorant l'appartement. Elle avait deux côtes cassées, une épaule disloquée et quantité de bleus. La seconde fois, Kevin lui a tapé la tête contre un mur, elle a perdu connaissance. Elle a été admise à l'hôpital avec une blessure à la tête. L'année dernière, elle a fait une overdose d'antidépresseurs, que le

généraliste lui avait prescrits pour sa dépression. Elle a été adressée à l'infirmière psychiatrique du quartier.

Exemple 4

Cathy a 34 ans et trois enfants de 13, 10 et 3 ans. Elle est enceinte. Son compagnon, Steve, lui a demandé de se faire avorter. Il lui a dit que si elle ne le faisait pas, il la mettrait dehors et garderait les enfants. Mais elle ne veut pas se faire avorter. C'est son premier rendez-vous avec la sage-femme. Elle est énervée et épuisée. Si Steve n'a jamais été violent physiquement, il a déjà cassé une vitre, se montre verbalement abusif et l'humilie en permanence devant les enfants, les amis, la famille. Comme Steve n'est pas là aujourd'hui Cathy pense rentrer chez elle et quitter le domicile avec les enfants avant qu'il ne rentre.

3. Assistante sociale EXERCICE – QUE FAIRE QUAND...⁶¹

En groupe, expliquez ce que vous feriez dans les situations suivantes:

1. Une femme accepte de vous rencontrer, mais quand vous vous rencontrez, elle ne veut pas parler et reste assise en silence.
2. Une femme est en colère, elle se met à vous crier dessus.
3. Une femme vous dit que personne ne peut l'aider, que rien ne changera, qu'elle en a assez.
4. Une femme vous demande de persuader son mari de parler au médecin.
5. Une femme arrive à votre rendez-vous sous l'emprise de l'alcool.
6. Une femme arrive au rendez-vous avec ses enfants âgés de 4 et 6 ans.
7. Une femme arrive, accompagnée par son conjoint.
8. Une femme appelle juste avant le rendez-vous, pour dire que maintenant tout va bien, et qu'elle n'a plus besoin de vous voir ou de vous parler.

⁶¹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

BIBLIOGRAPHIE

Blank K, Rosslhumer, M. IMPLEMENT Training Manual, “Specialized support for victims of violence in health care systems across Europe” (2015), http://gbv-implement-health.eu/implement_train_EN_201606_hires.pdf

M. Bewley, Susan, and Jan Welch, eds. **“ABC of domestic and sexual violence.”** John Wiley & Sons, (2014)

Fundamental Rights Agency (FRA) “Violence against Women: An EU-Wide Survey” (2014), www.health-genderviolence.org/

IRIS, Identification and Referral to Improve Safety, Training Materials, University of Bristol (2017), <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>

MINT. Motivational Interviewing Training New Trainers Manual (2014). http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/tnt_manual_2014_d10_20150205.pdf

www.motivationalinterviewing.org

PRO TRAIN Project “Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention” (2007-2009), www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. **“Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour”.** (2008) <http://web.vu.lt/mf/r.viliuniene/files/2014/10/Motivational-Interviewing-in-Health-Care.-Helping-Patients-Change-Behavior.pdf>

UNFPA-WAVE Training Manual “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), <http://eeca.unfpa.org/publications/strengthening-health-system-responses-gender-based-violence-eastern-europe-and-central>

UNICEF “Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings” (2010), www.unicef.org/protection/files/GBV_Handbook_Long_Version.pdf

World Health Organization (WHO) “Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines” (2013), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

World Health Organization (WHO) “Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence” — A Clinical Handbook. Geneva (CH), (2014). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>

Women against Violence Europe (WAVE) “WAVE Report 2014” (2014), www.wave-network.org/sites/default/files/01%20WAVEREPORT_2014.pdf



MESSAGES CLEFS

« La réponse clinique aux femmes qui sont isolées et qui ont peur est essentielle pour leur avenir. La première réaction de la personne à qui elles parlent des violences, ainsi que le suivi dans et à l'extérieur de l'établissement médical peut avoir un impact durable sur leur vie, leur santé et leur bien-être. » (Ministère de la santé, Royaume-Uni)

« Maintenant je sais que les violences contre les femmes et les enfants constituent un problème majeur de santé publique, avec des conséquences à long terme pour les femmes et leurs familles. » (Citation à la suite de la formation)

« Peu à peu, j'ai retrouvé ma liberté et je suis très heureuse de prendre mes propres décisions, de mener ma vie comme je le désire. Ce n'est pas seulement pour moi, c'est pour mes enfants et pour les femmes comme moi. » (Citation d'une patiente qui a été adressée par un service médical à une association de lutte contre les violences de genre).