HAL
open science

Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme

Marjorie Rouveyre

To cite this version:

Marjorie Rouveyre. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00779665

HAL Id: dumas-00779665

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00779665

Submitted on 22 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND
Université d'AUVERGNE – Faculté de Médecine

LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES LORS DES CONSULTATIONS PRENATALES :

Etat des lieux de la pratique dans le Puy de Dôme.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Marjorie Rouveyre
Née le 12 Décembre 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

Je tiens tout d'abord, à remercier les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire :

Catherine Foulhy, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils.

Les enseignantes de l'école de sage-femme et en particulier Annick Viallon,

Nicole Bravard et Candice Pétiniot pour leur aide,

Et tous les professionnels qui ont bien voulu remplir mon questionnaire.

Je remercie également :

Ma famille, ma sœur pour avoir corriger mes nombreuses fautes d'orthographe et tout spécialement ma mère sans qui je ne serais jamais arrivée jusqu'ici.

Toute ma promotion, pour ces quatre années passées ensemble.

Et plus particulièrement « mes coupines » : Cécile, Cindy, Brune, Camille, Dédée et Laura pour tous les fous rires, les discussions enflammées et tout ce qui fait que vous êtes vous

Un énorme merci à Cynthia pour ses précieux conseils, son aide et surtout son amitié dans les bons comme les mauvais moments.

A mes amis lozériens parce que depuis le temps que vous me supportez il fallait bien un merci en bonne et du forme

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

ACTH : Adréno Cortico Trophine Hormone

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cs : consultation

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

EUROPOP : European Programme on Occupational Risks and Pregnancy Outcome

HAS : Haute Autorité de Santé

HRP : Hématome Rétro Placentaire

ICOS : Dossier informatisé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

Min : Minutes

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la Parentalité

RAI : Recherche d'Agglutines Irrégulières

RPM : Rupture Prématuré des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION……...…1

REVUE DE LA LITTERATURE

I - Les violences faites aux femmes ……..…….....2

II - Les violences faites aux femmes enceintes ……..……..……10

III - Le rôle des sages-femmes et des autres professionnels de santé ……..……..14

IV - L'après dépistage : l'orientation et transmission ……...……..……..…21

METHODOLOGIE

I - Objectifs de la recherche …….……..……..25

II - Type d'étude ……...……25

III - Matériel ……...…….……..…....25

IV - Méthodes …….…….…..26

V - Analyses statistiques …….…….……..……...……....28

RESULTATS ET ANALYSE

I - Description de la population étudiée ……...……...…29

II – A propos des violences conjugales ……...…….…….……..….35

III - Le dépistage des violences conjugales ……...…….....41

IV - Transmissions entre professionnels …….....……...……52

DISCUSSION

I - Limites de notre étude …….……57

II - Description de la population étudiée ……58

III – A propos des violences conjugales ……...……...……...60

IV - Le dépistage des violences conjugales …….……63

V - Transmissions entre professionnels ……...……...69

VI - Projet d'action ……...…….……71

CONCLUSION ……..……73

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ……...…….……75

ANNEXES

INTRODUCTION

C’est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences et ce sous différentes formes. En France 10% des femmes sont confrontées aux violences conjugales. [1] De plus, la grossesse apparaît comme un moment particulièrement propice à l’apparition ou à l’exacerbation de ces violences [2].

A la vue des conséquences graves que ces violences ont sur la santé des femmes et sur le déroulement de leur grossesse, les professionnels de santé se doivent d’y accorder une importance réelle. Or, la grande majorité d’entre elles sont cachées par les femmes victimes. [1] Le dépistage de telles situations prend donc ici tout son sens, afin d’accompagner ces femmes et de prévenir les conséquences de ces violences. Toutefois, c’est un sujet encore trop peu souvent évoqué lors des consultations prénatales. Nous avons ainsi effectué un travail de recherche permettant d’étudier la pratique réelle des professionnels dans ce domaine.

L’objectif principal de notre étude est donc d’effectuer un état des lieux sur la pratique du dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales par les professionnels exerçant dans le Puy de Dôme.

Les objectifs secondaires sont d’une part, de faire un état des lieux de la traçabilité mise en place suite à la découverte d’une situation de violence, et d’autre part de voir s’il existe des différences de pratiques entre l’exercice en libéral et l’exercice en milieu hospitalier (qu’il soit public ou privé).

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de la littérature sur les violences conjugales et plus spécifiquement dans le cadre de la grossesse, ainsi que sur le rôle des professionnels dans le repérage de telles situations.

Dans un second temps, nous avons réalisé notre travail de recherche. Après l’analyse des résultats, nous les avons discutés afin de conclure et tenter de dégager des propositions pour optimiser la pratique des professionnels.

REVUE DE LA LITTERATURE

I - Les violences faites aux femmes

1.1-Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme : « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entrainer un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ». [3]

Les Nations Unies définissent les violences à l'égard des femmes de la façon suivante : «tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée». [4]

Elles englobent ainsi les violences physiques, les violences sexuelles, verbales et économiques qui peuvent être collectives ou interpersonnelles.

La violence collective est la violence commise par des groupes de personnes ou par des Etats. Elle comprend par exemple : les crimes haineux, les actes terroristes et la violence commise lors de guerre.

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories : la violence familiale ou à l'égard d'un partenaire intime, et la violence communautaire c'est à dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaitre (par exemple les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles commis par des étrangers, et la violence qui se produit dans les écoles, dans le milieu du travail).

La violence à l'égard d'un partenaire intime comprend tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles. [3]

1.2- Données épidémiologiques

Différents facteurs influent sur la qualité et la comparabilité des données relatives aux violences familiales :

- des contradictions dans les définitions des violences et des mauvais traitements,
- des variations dans les critères de sélection des participants aux études (âge, statut marital…),
- des différences résultant de la puissance de l'étude,
- la volonté des personnes interrogées de parler franchement et honnêtement d'un vécu par rapport aux violences.

A cause de ces facteurs, il est impossible de comparer directement la plupart des chiffres de prévalence provenant de différentes études. De plus, toutes ne séparent pas les différents types de violence, ce qui fait qu'il n'est pas toujours possible de faire la distinction entre des actes de violence physique, sexuelle et psychologique. [3]

En France, avant 2000 il n'y avait jamais eu d'enquête nationale sur les violences faite aux femmes. L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a donc enfin apporté des chiffres essentiels. Six milles neuf cents soixante dix femmes, âgées de 20 à 59 ans ont été interrogées sur les violences qu'elles avaient subies au cours de leur vie et les douze mois précédant l'enquête. Au cours des douze derniers mois, **10% des femmes** ont déclaré avoir subi des violences conjugales. Les violences se répartissent en 4,3% d'insultes, 1,8% de chantage affectif, 24,2% de pression psychologique, 2,5% d'agression physique et 0,9% de viols et autres pratiques sexuelles imposées. [1]

Il découle de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde que de **10% à 69%** des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie.

Le tableau ci-dessous reprend les différentes données concernant le pourcentage d'agressions physiques contre des femmes commis par un partenaire intime masculin, à travers le monde. [4]

Pays ou région	**Année d'étude**	**L'échantillon**		**Proportion de femmes agressées physiquement par un partenaire (%)**		
		Taille	**Age**	**Au cours des 12 mois précédents**	**Dans la relation actuelle**	**Jamais**
Afrique						
Ethiopie	1995	673	>15	10		45
Kenya	1984/1987	612	>15		42	31
Nigéria	1993	1000				27
Afrique du Sud	1998	10190	15-49	6		13
Asie et Pacifique Occidental						
Australie	1996	6300		3	8	
Inde	1999	9938	15-49	14		40
Thaïlande	1994	619			20	
Europe						
Suisse	1994/1996	1500	20-60	6	21	
Royaume Uni	1993	430	>16	12		30
Turquie	1998	599	14-74			58
Amérique du Nord						
Canada	1993	12300	>18	3	25	29
Etats unis	1995/1996	8000	>18	1,3		22

1.3- Les formes des violences faites aux femmes [1, 5]

Il existe différents types de violence autre que la violence physique, ayant des conséquences toutes aussi destructrices : la violence verbale, psychologique, économique, administrative et sexuelle. Ces différents types de violences peuvent s'exercer indépendamment, successivement ou conjointement et à différents degrés de dangerosité.

La **violence verbale** est permanente et souvent associée aux autres formes de violence. Elle se manifeste de différentes façons : éclats de voix, hurlements, tonalités inquiétantes, silence. La femme reconnait cette tonalité menaçante, intimidante. On retrouve : des insultes, des sarcasmes, des menaces, des interdictions, des chantages, des ordres. Sans porter atteinte à l'intégrité physique, elle crée une tension insupportable et « elle instaure un climat d'insécurité et de peur ». D'après l'ENVEFF la violence verbale concerne 4,3% des femmes.

La **violence psychologique** est constituée d'attitudes, de propos ou de gestes qui ont pour but de soumettre, de contrôler l'autre de façon à garder une position de supériorité. Elle entraine une dévalorisation de l'image de soi, une mise en péril de l'équilibre mental. Elle apparait sous différentes formes :

- les actions de contrôle (exiger de savoir avec qui et où l'on a été, empêcher de rencontrer ou de parler avec des amis ou membres de la famille), une jalousie excessive,
- les actions d'autorité (imposer une tenue vestimentaire, un comportement),
- les attitudes de dénigrement, de mépris (la dévalorisation, l'humiliation),
- la manipulation,
- les propos culpabilisants.

Le " harcèlement moral " correspond aux situations où plus de trois de ces faits ont été déclarés comme étant fréquents. Selon L'ENVEFF, les pressions psychologiques représentent 37% des violences conjugales et pour 7,7% des victimes cela va jusqu'au harcèlement moral.

La violence psychologique comme la violence verbale accentuent « la perte de repère et déstabilisent gravement » la femme.

Les **violences économiques** visent à priver la femme des ressources du ménage, qu'elle perçoive un salaire ou non. Le compagnon s'empare de ses revenus et empêche sa participation aux décisions concernant son utilisation. Il peut aller jusqu'à l'obliger à contracter des crédits, à s'endetter. La femme se retrouve dépendante financièrement.

La **violence administrative** vise à isoler socialement la femme, la rendre dépendante de l'homme. Il peut confisquer les papiers d'identité, empêcher l'obtention d'un titre de séjour, rendre inaccessible les documents administratifs ou officiels (fiches de paie, déclaration d'impôts, livret de famille, carnets de santé des enfants …).

Les **violences physiques** se caractérisent par une atteinte à l'intégrité physique, elles peuvent laisser des traces, des blessures. Elles peuvent s'exercer à mains nues ou à l'aide d'objets, d'armes. Il s'agit de bousculades, gifles, coups de poings, coups de pieds, morsures, brulures, séquestration, d'actes de barbaries. Elles peuvent aller jusqu'à la tentative de meurtre et le meurtre lui-même.

Ces atteintes représentent 2,5% des violences conjugales. Selon l'observatoire de la délinquance, en France, une femme meurt tous les deux jours sous les coups de son conjoints ou ex-conjoint : 166 sont décédées en 2007, 156 en 2008, 140 en 2009. [6]

Les **violences sexuelles** constituent « une main mise sur la sexualité du couple », ayant pour but de transformer la femme en objet. Elles consistent à un contrôle de l'intimité, à une humiliation de la femme, à la forcer à des pratiques sexuelles non désirées ou vécues comme déviante, à l'imposition de rapports sexuels avec autrui, la prostitution ou la pornographie.

Elles concernent 0,9% des victimes de violences conjugales, mais ce sont celles qui sont le moins reconnues et avouées par les victimes. Près de la moitié des femmes victimes de viol ont été violées par leur conjoint.

Il faut aussi noter l'importance de l'existence des **Mutilations Sexuelles Féminines** (MSF). Elles sont définies comme toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique. Il s'agit de l'excision et l'infibulation. Ces pratiques concernent surtout le continent africain mais aussi le Proche Orient, l'Asie du sud-est.

Elles existent également dans certains pays européens et certains pays d'Amérique où l'immigration africaine est grande. Dans le Monde, on estime les filles et les femmes victimes de mutilations sexuelles entre 100 et 140 millions. [6] En France 65 000 femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être. [7]

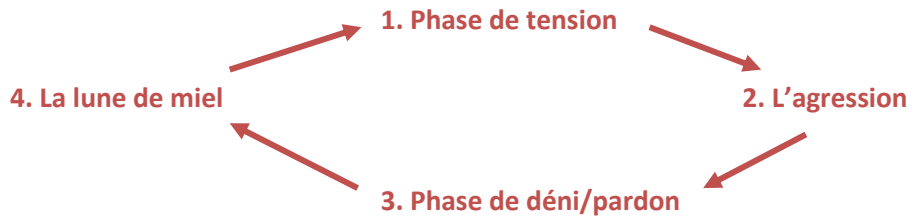
Le **mariage forcé** concerne les jeunes femmes et adolescentes qui se marient contre leur gré, sous la pression familiale, le chantage ou les menaces et parfois même les violences physiques. En France cela touche 70 000 adolescentes dans les communautés africaines, maghrébines, turques mais aussi asiatiques (Pakistan, Inde, Sri Lanka) ou tsigane. [8]

1.4-Le cycle des violences conjugales

Les circonstances d'apparition des violences conjugales sont extrêmement variées. Le plus souvent la violence est d'abord psychologique et verbale, elle vise à créer « un climat d'insécurité et de peur ». L'emprise du conjoint s'installe dans le quotidien du couple, comme un conditionnement. Puis après une période plus ou moins longue (parfois des années), survient le passage à l'acte : l'agression. Il faut noter ici le rôle de l'alcool qui agit comme un désinhibiteur. C'est l'entrée dans le cycle des violences. [9]

Cette chronologie standardisée se déroule en quatre phases distinctes : la tension, l'agression, le déni de l'auteur et le pardon de la victime, et enfin la rémission aussi appelée la lune de miel. [5]

Le cycle de la violence :



La durée et la fréquence des cycles sont variables selon les couples, cependant les différentes phases de ce cycle ont tendance à se raccourcir, tandis que la violence elle s'aggrave. L'escalade se produit lorsque le moyen de contrôle devient inefficace. Plus la femme résiste, plus l'escalade est rapide. [9]

La phase de tension apparait au détour des divergences et des conflits de la vie quotidienne (éduction des enfants, budget …). Il y a une montée progressive de la tension. L'homme est tendu et frustré car il n'obtient pas satisfaction. La femme ressent cette tension, elle se sent stressé, elle a peur. Il s'instaure un climat de peur et d'insécurité, la femme cherche des attitudes pour prévenir le passage à l'acte (se taire, ajuster son comportement à ses humeurs, l'amadouer…)

Puis le conjoint perd le contrôle et a recours à la violence pour garder l'ascendant sur sa femme. C'est **l'agression**, elle peut être physique ou sexuelle. La victime se sent humiliée, triste, désespérée et impuissante. C'est lors de cette phase que les femmes peuvent être amenées à rechercher une aide extérieure, et donc à consulter un professionnel de santé.

Puis vient la reconnaissance des faits, l'auteur cherche à nier leurs gravités. Il se déresponsabilise et va jusqu'à transférer la responsabilité sur la victime. Celle-ci en endosse la responsabilité en s'auto-accusant. Elle culpabilise de ce qui c'est passé. C'est **la phase de déni/pardon**.

Il s'ensuit la phase de rémission, aussi appelée **lune de miel**. Durant cette période, l'auteur cherche à faire excuser sa conduite et obtenir le pardon, pour cela il use de manœuvres de séduction, il fait des promesses, offre des cadeaux… La femme reprend espoir, elle minimise ou nie les faits violents et redonne sa confiance. Puis l'agresseur constate son impunité : il n'y a pas de conséquences de ses actes violents. Le cycle recommence en s'intensifiant. [5, 9, 10, 11]

1.5-Les facteurs de risques

Toutes les femmes peuvent être concernées par les violences conjugales, quel que soit leur âge, leur nationalité, leur catégorie socioprofessionnelle. En effet, les catégories socioprofessionnelles à hauts revenus sont largement représentées chez les victimes comme chez les auteurs. [12]

Cependant, certains facteurs ont été avancés comme étant liés au risque d'être victime de violences conjugales.

Les femmes les plus **jeunes** (20-24 ans) sont deux fois plus touchées que leurs ainées.

Des antécédents de **difficultés pendant l'enfance** (privations matérielles, mesure d'assistance éducative, placement judiciaire ou administratif, conflit avec les parents, conflit entre les parents, problème d'alcoolisme, de drogue, sévices ou coups répétés) est l'un des prédicateurs les plus puissants de violence physique. En effet lors de l'enquête ENVEFF, plus d'un quart (26 %) des femmes qui ont mentionné avoir subi plusieurs problèmes dans leur enfance sont victimes de violences conjugales, contre 6 % de celles qui n'ont dénoncé aucune difficulté durant l'enfance. Les femmes victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans sont presque trois fois plus en situation de violence conjugale que les autres.

D'autres facteurs de risque sont identifiés notamment l'**instabilité professionnelle** et le **retrait du monde du travail** qui semblent favoriser l'émergence de situations de cumul de violences. L'instabilité professionnelle masculine a un impact encore plus grand sur la violence conjugale. Celle-ci est très présente chez les chômeurs non indemnisés (16 %). De plus le manque d'argent, lié aux **situations de précarité**, et surtout la dépendance financière des femmes sans revenu personnel sont des facteurs aggravants des situations de violence conjugale.

Comme autres facteurs, on retrouve de fortes **addictions** à des substances psycho actives médicamenteuses et d'alcool chez la femme et/ou son partenaire. [5,12]

Concernant les violences psychologiques, on remarque qu'il s'agit plus facilement des femmes dont l'âge moyen est significativement plus élevé que celui des femmes victimes de violences physiques (20-24 ans). Les catégories socioprofessionnelles élevées sont plus touchées, on peut parler de violence psychologique « mondaine » ou « huppée ». La prévalence des antécédents psychiatriques est faible (28 %) comparée à celle des victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles (68 %). Leur consommation de psychotropes (53 %) est supérieure par rapport aux femmes victimes de violence physique (30%). [13]

II - Les violences faites aux femmes enceintes

2.1- Epidémiologie de la violence envers les femmes pendant la grossesse

« Les femmes enceintes sont particulièrement exposées aux violences, la grossesse étant un facteur déclenchant ou aggravant par la fragilité physique et morale de la femme qu'elle induit, concomitante d'un remaniement du couple. » [2]

Néanmoins, la survenue d'une grossesse n'est pas l'origine de la violence, seulement le déclencheur d'une tension latente qui va s'extérioriser ou l'accélérateur d'une violence déjà présente. Les traumatismes de violences passées même lorsqu'elles sont stoppées depuis de longues années peuvent être réactivés pendant la grossesse.

Le rapport Henrion rapporte que selon les pays **entre 3 et 8%** des femmes sont victimes de violences au cours de la grossesse. [14]

En 1995-1996, dans le cadre d'une enquête cas-témoin sur la prématurité : the European Programme on Occupational Risks and Pregnancy Outcome (EUROPOP), réalisée dans 16 pays différents, des données ont pu être collectées sur la survenue de violences familiales pendant la grossesse. Parmi la population des femmes ayant accouchées prématurément 2,7% d'entre elles ont déclarés avoir subi des violences, contre 1,7% des femmes ayant accouchées à terme. Selon le pays d'origine le pourcentage de femmes victimes varie : 8,5% des femmes en Hongrie, 7,1% en Russie et **2,1% en France**. On peut noter que ces violences concernent plutôt les femmes jeunes dont le conjoint est inactif et séparées du père de l'enfant pendant la grossesse. [15]

2.2- Conséquences des violences faites aux femmes en périnatalité

« La violence au sein du couple a une incidence majeure sur la santé des femmes, que ce soit du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer. Les coups reçus, l'état de tension, de peur et d'angoisse dans

lesquels les femmes sont maintenues par leur agresseur, ont de graves conséquences et sont à l'origine de troubles très variés. » [14]

Selon l'OMS, les femmes victimes de violence conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.

1- Les conséquences sur la victime [14,16]

Les lésions traumatiques sont multiples, de natures variés et d'âge différent, elles sont la conséquence directe de la violence physique. Les principales lésions retrouvées sont : les érosions, les ecchymoses, les hématomes, les contusions, les plaies, les brulures, les morsures, les marques de strangulation ainsi que les fractures. Leur localisation est variable, mais en générale elles siègent sur la face antérieure du corps (visage, crâne, cou, membres supérieurs, thorax ou jambes). Elles peuvent être cachées par les vêtements. Les fractures le plus souvent retrouvées sont celles du massif maxillo-facial, des os propres du nez, d'un membre. On peut aussi constater une baisse de l'acuité visuelle du à un décollement de la rétine ou de l'acuité auditive du à une perforation du tympan. Parmi les séquelles on retrouve une asthénie et des douleurs musculaires entraînant une impotence fonctionnelle plus ou moins importante.

La femme peut aussi voir **certaines pathologies chroniques s'aggraver**, il s'agit entre autre des affections pulmonaires (asthme, bronchite chronique), d'affection cardiaque (hypertension artérielle), ou métabolique (diabète). Ces pathologies nécessitent un suivi et un traitement régulier, or la femme de par son état dépressif ou parce que son mari l'en empêche ne peut suivre son traitement.

Elle peut aussi présenter **des troubles gynécologiques**, tels que des lésions traumatiques dus aux rapports violents, des douleurs pelviennes chroniques inexpliquées, des troubles de la sexualité (dyspareunie, vaginisme), des troubles des règles (dysovulation, irrégularités menstruelles, dysménorrhées). Elles ont aussi tendance à présenter des infections génitales et urinaires à répétition et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), et elles sont plus à risque d'être contaminée par le VIH.

Elles peuvent aussi présenter **des troubles psychosomatiques**, comme des troubles digestifs, des lombalgies, des céphalées, des sensations d'engourdissement, de

fourmillement dans les mains, des palpitations, une tachycardie, un sentiment d'oppression et de difficulté à respirer. L'étiologie de ces troubles est méconnue. [17]

Les troubles psychiques sont ceux qui sont présent avant les lésions traumatiques. La violence conduit la femme dans un état d'anxiété intense avec un sentiment d'humiliation, de culpabilité et de honte. Elle souffre de troubles du sommeil (insomnie, cauchemars, réveils nocturnes), de troubles de l'alimentation (boulimie plus qu'anorexie), de troubles cognitifs (trouble de la concentration, d'attention et troubles de la mémoire) et de dépression présente dans plus de 50% des cas. Pour faire face à la situation, de nombreuses femmes consomment du tabac, de l'alcool, des drogues, des médicaments psycho-actifs et des antidépresseurs. De nombreuses femmes présentent tous les signes d'un syndrome post-traumatique (flash back des épisodes de violences, cauchemars, un état d'hyperexcitation et des troubles dissociatifs).

2- Les conséquences en obstétrique [14, 16, 18]

La grossesse peut ne pas être désirée ou être le résultat d'un viol conjugal, du contrôle de la contraception par le conjoint violent. Celui-ci peut aussi l'empêcher de se rendre aux consultations de grossesse. En général, les femmes victimes suivent moins d'entretien, de préparation à la naissance, elles sont souvent en retard ou pressées de partir.

La grossesse a donc plus de risque d'aboutir à **une interruption volontaire, à une déclaration tardive et au final à une grossesse mal surveillés**.

On peut trouver chez les victimes **des interruptions spontanées de grossesse (ISG)** à répétition, généralement dus à la violence de leur partenaire. D'après l'enquête de M.J. Saurel-Cubizolles et al, 31% des femmes victimes de violences conjugales ont un antécédent de fausses couches contre 17% pour la population générale. [15]

En 2006, Silverman et al. ont estimé que les femmes victimes de violences conjugales avant et/ou pendant la grossesse ont plus de risque **d'accoucher prématurément**. Ce risque est augmenté jusqu'à 37%. Ces contractions utérines précoces peuvent s'expliquer par une sécrétion accrue de prostaglandines suite à un traumatisme abdominal ou par une libération de catécholamines et d'ACTH suite au stress de la femme violentée. **La rupture prématurée des membranes** et **les infections**

urinaires sont plus fréquentes (risque augmentée jusqu'à 60%) peuvent aussi être une étiologie de la menace d'accouchement prématuré.

L'aggravation des pathologies chroniques entraine aussi un risque augmentée pour le **diabète** (risque augmentée jusqu'à 48%) et pour **l'hypertension artérielle** (risque augmentée jusqu'à 40%).

La femme peut aussi présenter **un hématome rétro placentaire, un décollement prématuré du placenta, une hémorragie foeto-maternelle, une rupture utérine**. Leur risque de métrorragies est d'ailleurs augmenté jusqu'à 90%.

Le travail et l'accouchement sont beaucoup plus pénibles, en particulier si la femme est ou a été abusée sexuellement par son conjoint. On note une augmentation de la douleur, une perte de contrôle pendant le travail. Les examens génitaux et pelviens provoquent une réaction extrême chez la femme (cris, pleurs, terreurs) avec une fréquence accrue du vaginisme.

3- Les conséquences fœtales et néonatales [14, 16]

L'enfant à naitre est lui aussi touché par les violences : augmentation du risque de mort fœtal in utero et de souffrance fœtal aigue (par HRP par exemple).

Il présente un risque accru d'**hypotrophie** jusqu'à 21%. [18] Cette hypotrophie est souvent corrélée aux mauvaises conditions socio-économiques, aux conduites addictives, aux complications maternelles et aux infections.

Les conséquences traumatiques fœtales (fractures, hémorragies…) sont rares le fœtus étant protégé par le liquide amniotique.

L'installation du lien mère-enfant représente pour les femmes violentée une grande difficultée. L'homme peut perturber son choix quant à l'allaitement : l'empêcher ou au contraire le lui imposer. On retrouve souvent un doute sur son aptitude à être une bonne mère par manque d'estime et de confiance en soi, un renforcement de l'isolement. L'attitude face à l'enfant est variable allant de la réaction d'abandon à une attitude de surprotection.

III - Rôle des sages-femmes et des autres professionnels de sante

3.1-Le rôle des professionnels de santé dans la problématique des violences faites aux femmes

La grossesse est le moment de la vie de la femme où elle bénéficie de **consultations régulières** avec un médecin et ou une sage-femme, dans un **climat de confiance**. Les consultations prénatales peuvent donc être le moment propice à la révélation d'une situation, que la femme n'a pu évoquer avant. [14]

L'ENVEFF a montré que les femmes victimes d'agressions physiques au cours des douze derniers mois, se confie en premier lieu à leur médecin (24% des cas) avant la police et la gendarmerie (13% des cas). [1]

L'écoute fait partie du rôle du professionnel de santé, en effet le seul fait de d'évoquer la possibilité que la femme ait pu subir des violences est aidant pour la victime. Elle se sent potentiellement comprise, considérée et peut alors vaincre sa peur d'en parler. [19] Le professionnel de santé doit donc être disponible, savoir engager le dialogue, donner confiance à la patiente pour lui laisser l'opportunité de raconter son histoire. Il doit comprendre sa vulnérabilité, sa tendance à minimiser les faits, à les nier, voire à défendre sn conjoint. Il faut donc accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive. [14]

Le dépistage peut être facile devant des lésions visibles. En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir des violences est **le dépistage systématique**. [14] Ce dépistage très peu fait en France. Il est considéré comme essentiel par les américains et les canadiens. Depuis plus de dix ans, l'American College of Obstretricans and Gynecologists recommande de réaliser un dépistage systématique de la violence chez toutes les patientes. Il préconise de faire ce dépistage lors de la première consultation, une fois par trimestre et à la visite post natale. [20]

Il existe de nombreux **questionnaires simples et rapides** qui permettent aux professionnels de dépister la violence au sein du couple. Parmi les questionnaires validés, on trouve :

-**ISA** (Index of Spouse Abuse) comporte 30 items avec une partie sur les agressions non-physiques et une partie sur les agressions physiques,

-**WAST** (Woman Abuse Screening Tool): il comporte 8 questions et a été élaboré pour des médecins généralistes afin d'identifier leurs patientes victimes de violences conjugales dans leur relation actuelle ou passée,

-**WEB** (Women's Experience with Batterring Scale): ce questionnaire comporte 10 questions, il est rempli par la patiente en fonction de son ressenti, il est surtout axé sur la violence psychologique.

Il existe aussi des questionnaires plus court:

- **AAS** (Abuse Assessment Screen soitAbus, Evaluation, Protection) : qui comporte 5 questions dont une sur l'existence de violences physiques durant la grossesse,

- **HITS** : acronyme pour "Hurt, Insult, Threaten, Scream " soit "blessure, insulte, menace, cri", où une réponse positive à un seul item permet de mettre en évidence une situation de violence conjugale,

-**PVS** (Partner Violence Screen) : qui comporte 3 questions sur la violence physique, la sécurité ou non au sein de la relation actuelle et/ou passée,

-**SAFE**: comportant 4 questions, c'est un acronyme pour Stress and Safety (angoisse et sécurité), afraid or Abused (effrayée ou agressée), Friend or Family awareness (ami ou famille au courant), Emergency Escape plan (plan de départ d'urgence). [21]

Cependant ce ne sont que des exemples et chacun doit interroger de la façon avec laquelle il est le plus à l'aise.

Certains éléments peuvent orienter le diagnostic : une notion de maltraitance de la femme dans l'enfance par exemple (d'après l'ENVEFF les victimes de violences conjugales sont quatre fois plus élevée chez les femmes ayant subi des sévices dans l'enfance) [1]. Le jeune âge de la femme, une séparation récente ou une instabilité du couple, l'alcoolisme du conjoint, le fait que le conjoint soit au chômage ou un état de précarité du ménage, sont aussi des situations évocatrices. [14]

Dans d’autres cas, on peut noter **des indices comportementaux**.

Il peut s’agir d’une femme ayant une " surconsommation médicale " : ses consultations médicales sont fréquentes et répétitives : en effet les violences subies ont de lourdes conséquences (physiques et morales) qui amènent les patientes à consulter, souvent sans dire au praticien qu'elles sont victimes. Elle peut aussi être en retard aux rendez-vous, " oublier " des rendez-vous, partir précipitamment de la consultation, ces signes peuvent être évocateur. Le partenaire maltraitant peut empêcher la femme de consulter, contrôler où elle va et à quelle heure elle « doit » rentrer au domicile. La violence psychologique entraine un état de tension, les patientes ont peur, elles peuvent présenter une nervosité, des sursauts, des pleurs, une inquiétude, une gêne, un embarras, un regard fuyant. Dans leurs attitudes elles sont souvent anxieuses, déprimées ou tristes. Elles peuvent parfois nier la violence, la cacher par honte, ce qui peut entraîner un délai entre l’agression et la demande de soins. La femme peut aussi être dépendante de son conjoint, elle en a peur, elle le regarde avant de parler, sollicite son consentement, son approbation : l’homme contrôle en permanence sa partenaire, même lors des consultations.

Chez l’homme, les comportements qui peuvent éveiller l’attention sont un homme répondant à la place de sa femme, lui coupant la parole (c'est un moyen de contrôle et il s’assure ainsi qu’elle ne révèlera pas la violence), il peut aussi être violent verbalement, critiquant les actes de sa partenaire et il peut aussi surveiller sa partenaire par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes. Mieux vaut alors faire sortir l’accompagnateur sous un prétexte quelconque. [22]

Il faut enfin **évaluer la gravité** de la situation, c'est-à-dire **apprécier les conséquences** des lésions traumatiques, gynécologiques (IST), obstétricales, sur le psychisme (dépression, tentative de suicide) et les conduites addictives de la femme. « La notion d’un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit d’inciter la femme à un éloignement temporaire, soit de porte plainte. Au minimum, il convient de l’orienter vers des relais compétents tels que les associations d’aide aux victimes. » [14]

Un examen général doit être réalisé à la recherche de tout signe évocateur de violence (hématome, plaie, ecchymose, érythème, brûlures, morsures…). Il faut aussi rechercher des troubles psychologiques (anxiété, dépression) et des troubles psychosomatiques (céphalées, asthénie, douleurs chroniques inexpliquées…). [22]

Du fait de la grossesse, une attention sera portée à **tout signe clinique évoquant une pathologie obstétricale traumatique** : HRP, rupture utérine, RPM, hémorragie fœto-maternelle, traumatismes fœtaux. On s'attardera sur la recherche de contractions ou de contracture utérines, la présence ou non de métrorragies, l'écoulement de liquide amniotique, la hauteur utérine, la présentation fœtale.

Au niveau des examens paracliniques, on réalisera : une prise de la tension artérielle, une bandelette urinaire pour rechercher une hématurie et une albuminurie, un enregistrement cardiotocographique (30 à 60 min) à la recherche d'anomalie du rythme cardiaque fœtal et évaluer la présence de contractions utérines. De plus, on réalisera une échographie fœtale comprenant un Manning, une évaluation de la croissance, une recherche de décollement ou une anomalie du placenta et on mesurera la vitesse systolique de l'Artère Cérébrale Moyenne (ACM), une mesure longueur du col sera aussi réaliser. On n'oubliera pas de rechercher des signes de lésions chez le fœtus (hémorragies, traumatismes). Au niveau du bilan biologique, un test de Kleihauer et des RAI seront prélevés, en plus de la NFS et plaquettes, du Bilan de Coagulation, du Groupage phénotypé et Rhésus si la carte de groupe de la patiente n'est pas à jour et un Ionogramme elle est hospitalisée. Si la patiente est de Rh négatif une injection de gamma-globulines anti D peut être nécessaire. [23]

3.2- Difficultés des professionnels à se confronter aux violences faites aux femmes

Pour l'ensemble des violences conjugales, il a longtemps été observé une réticence de la part du corps médical. Ce sujet importune.

Selon le rapport Henrion, beaucoup de médecins sont **inconscient de l'ampleur du problème** et pensent que le phénomène est réservé à des couches de population défavorisée et ne pas atteindre leur clientèle, à laquelle il s'identifie. De plus, ils pensent

que le questionnement de leur patiente est une intrusion dans leur vie privée, de couple et ils craignent de l'offenser. Enfin, certains mettent en doute les déclarations de la femme et disent n'avoir aucune raison de croire l'un des protagonistes plutôt que l'autre. [14]

Dans la thèse du Dr Coy-Gachen, où elle propose un questionnaire aux médecins généralistes afin de dépister systématiquement les violences conjugales, différentes raisons sont évoquées par les médecins. Parmi elles, on retrouve la difficulté de questionner toutes les patientes, dans certaines consultations d'urgence médicale le fait d'interroger la patiente semble ne pas pouvoir s'intégrer dans la consultation. Une autre difficulté rencontrée est celle de ne pas pouvoir interroger certaines patientes du fait de la **barrière de la langue** ou parce qu'elles sont le plus souvent **accompagnées**. Le médecin doit tenter de voir ces patientes seules, sans leur conjoint. **Le manque de temps** est également une difficulté rencontrée par certains médecins. La majorité est plus favorable à un dépistage de la violence conjugale devant des signes évocateurs. [21]

Les professionnels de santé se sentent aussi gênés, ils ne savent pas comment aborder le problème et ils se sentent dépassé par les situations, de part **un manque de formation**. En effet, dans le mémoire de J. Deloye réalisé à Clermont Ferrand en 2004, 86 % des sages-femmes disent se sentir inexpérimentées face à une victime de violence conjugale et 115 sages-femmes sur 118 estiment avoir une formation insuffisante. [10] Cette raison est aussi évoquée dans le mémoire de M. Delspine, où elle a notamment interrogées les sages-femmes sur les obstacles qui les empêchent de réaliser un dépistage systématique. Elles ont aussi évoqué le manque de temps, **le manque d'efficacité de leurs actions**, le fait de ne pas savoir où adresser les victimes et **la peur de mettre les patientes mal à l'aise**. [24]

Le manque de formation et de connaissances des moyens de venir en aide aux femmes victimes est aussi retrouvé dans l'enquête de Guilloto J. Les professionnels évoquent aussi leur crainte du **risque de retombée judiciaire**. [25]

Cependant, dans sa thèse de 2006 le Dr Piau-Charruau retrouve que 72% des femmes interrogées victimes de violences conjugales auraient souhaité que leurs médecins leur posent la question, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient. [26]

De plus Bradley et al. ont retrouvé en 2002, que 77% des patientes étaient favorables à un questionnaire de routine par leur médecin traitant ce sujet. [27]

3.3- Le paradoxe entre le secret professionnel et le devoir d'assistance à personne en danger

Une des raisons évoquée quant à la réticence des professionnels, pour réaliser un dépistage systématique est la crainte du risque des retombées judicaires.

Il est vrai que la législation française à ce sujet est **ambigüe**.

Les professionnels de santé sont pris entre leur devoir de protection des patientes (article 223-6 du Code pénal et article R4127-10 du code de la santé publique) et les impératifs du secret professionnel (article 226-13 du Code pénal et article R.4127-4 du code de la santé publique). [28,29]

Un projet de loi est prévue afin de protéger les professionnels et de lever leur réticence à signaler des situations de danger. En effet, ce projet vise à compléter l'article 4124-6 du Code de santé publique (relatif aux peines disciplinaires) comme suit : « Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article 226-14 du Code pénal. » [25]

Si la femme est d'accord ou si le professionnel juge que **la femme est en danger et refuse de porter plainte, il peut faire un signalement au procureur de la République**. En effet, le secret n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ». [28]

Et aussi précisé que le secret n'est pas applicable : « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une

personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ». [28]

Est considérée comme **facteur aggravant la grossesse**, la menace avec arme, un état de santé délabré, la présence d'enfants au foyer, une dépression, une tendance suicidaire ou une tentative de suicide, une menace de mort. [14]

Dans le Code de déontologie des sages-femmes, il est précisé que le secret professionnel s'impose à toutes sages-femmes, il concerne tout « ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris… ». De plus, il est précisé que « la sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de la famille ».

Cependant, il lui est aussi imposé d'apporter assistance ou de s'assurer que les soins nécessaires sont donnés quand une femme ou un nouveau né se trouve en danger immédiat. En effet, d'après l'article R4127-316 « lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger. ». Ceci est renforcé par l'article R4127-317: « une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements. » [29]

L'HAS (la Haute Autorité de Santé), recommande que « le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme ». Ainsi, l'un des objectifs de la première consultation (avant 10 SA) est **d'identifier les éventuelles situations à risques** et si nécessaire de demander l'avis d'un spécialiste. Lors de la deuxième consultation, il est recommandé de « proposer systématiquement **un entretien individuel ou en couple** et **rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité** (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ». C'est également une possibilité pour la femme d'exprimer ses attentes et ses besoins et donc permettre « le repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et de l'orienter vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique…) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; de l'informer sur les ressources de proximité ». Dans les objectifs de la consultation du neuvième mois, on retrouve **la vérification de l'environnement familial et des conditions de sécurité** de

la femme et de son enfant. Ainsi que l'information sur les interventions possibles, et la proposition de l'intervention éventuellement coordonnée d'une aide social (travailleur social, PMI, psychologue…). [30]

Dans les objectifs de l'entretien individuel ou en couple, on retrouve l'appréciation de la santé globale de la femme enceinte et **le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité** susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à sa protection et à sa sécurité. Il est aussi recommandé « de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales. ». [31]

L'HAS définit une liste des principaux facteurs de vulnérabilité, parmi cette liste on retrouve : « **les problèmes de types relationnel, en particulier dans le couple** : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage » ; **la violence domestique, en particulier conjugale** ; le stress, l'anxiété, les troubles du sommeil en début de grossesse, les dépendances ou addictions, et le risque social. Ces facteurs ne peuvent pas tous être repérés au cours de l'entretien individuel, l'HAS recommande donc que **le professionnel de santé qui assure les consultations de grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs**. [31]

IV - L'après dépistage : l'orientation et transmission

4.1- Informer la patiente

Après avoir écouté et recueilli par écrit les dires de la patiente il est primordial de l'informer. Il faut lui expliquer que la violence est un phénomène de grande ampleur, qui concerne 1 femme sur 5, elle n'est donc pas la seule victime. Et que cette violence a de nombreuses conséquences sur sa santé et celle de ses enfants. Il faut aussi lui **nommer ses droits**, citer la loi et **dénoncer la violence comme un fait inadmissible** dont l'unique responsable est l'agresseur. Il faut aussi informer la patiente qu'**elle peut être aidée** et soutenue par différents professionnels (des membres d'associations, une écoute téléphonique, la police, une assistante social, une psychologue…). Et surtout **la rassurer** en lui disant que les choses évolueront selon ses propres choix, sa réflexion et

ses décisions. [22] Le professionnel doit aussi informer la femme de son **droit de quitter le domicile conjugal**, avec ses enfants, en signalant son départ à la police ou à la gendarmerie. Il peut aussi lui **conseiller de porter plainte** auprès de la police, de la gendarmerie, du procureur de la République. [14]

La loi du 9 juillet 2010, spécifique aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants est un progrès. Elle permet de nouvelles dispositions visant à renforcer la protection des victimes de violences quelle que soit la nature de celles-ci, avec **l'ordonnance de protection**. Celle-ci permet de mettre en place des mesures d'urgence, sans attendre le dépôt d'une plainte par la victime, notamment l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal. [32]

L'analyse de nombreux cas montre que la capacité d'une victime à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offert. [14]

Il faut aussi consigner les données de l'interrogatoire et de l'examen dans le dossier médical afin de rédiger **un certificat médical**, de prouver l'ancienneté et la chronicité des dommages. Le certificat médical décrit les dires de la patiente, les lésions traumatiques et le retentissement psychique des violences. C'est un acte médical. Il doit comporter : l'identification de la personne qui le rédige, de la femme, la date et l'heure de l'examen, **la description exhaustive des lésions**, la description des soins nécessaires, les **conséquences fonctionnelles des blessures** et la détermination de **l'Incapacité Totale de Travail (ITT)** qui concerne le travail personnel et non professionnel. Cependant le retentissement psychologique est souvent sous estimé, en raison des difficultés d'évaluation. L'ITT permet d'apprécier le préjudice subi, d'évaluer la dangerosité de l'agresseur et de fixer la peine. [14]

4.2-Transmission écrite

L'HAS incite les professionnels à faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information. Elle aide les professionnels d'un réseau périnatal, à l'aide d'une liste de questions qu'il peut se poser afin de voir si la transmission d'information est pertinente. Cette liste de question comprend : « Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ? Avec quelle

retombée positive espérée ? Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ? L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ? La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ? Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ? En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ? » [31]

Ici cependant au vu de l'importance de l'information, il est fondamental de garder une trace écrite de l'entretien (consigner par écrit l'observation que l'on a fait de l'état de la femme : son état physique, son stress, son angoisse, les traces constatées…). Le certificat médical, s'il a été rédigé, en est un bon exemple. Il pourra être apporté comme éléments complémentaires dans une procédure judiciaire. En effet, même si la procédure intervient plus tard, la femme aura besoin de différentes attestations, or souvent elles manquent de preuve au moment d'agir. [5]

De plus cette « trace écrite », permet aux différents professionnels qui vont suivre cette femme par la suite de connaitre son histoire et ainsi de mieux comprendre ses différentes réactions pour adapter leur prise en charge. Notamment en salle de naissance où le travail et l'accouchement sont beaucoup plus pénibles et où les examens génitaux et pelviens peuvent provoquer une réaction extrême chez la femme (cris, pleurs, terreurs). [16]

4.3- Orientation

Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaires, elle est à la fois médicale, sociale et judiciaire.

Face à une situation que le professionnel juge grave, il peut décider d'une hospitalisation immédiate de la femme afin de la protéger. [14]

Si la femme, décide de renter au domicile conjugal, il faut alors lui remettre les adresses et numéros de téléphones utiles. Il s'agit aussi de réfléchir aux différentes stratégies de protection dont elle peut disposer pour se protéger de la violence de son conjoint. On lui remet également les informations concernant quoi emporter le jour où elle décidera de quitter le domicile conjugal. On peut lui conseiller de tout mettre dans « un sac de sécurité », si elle doit un jour partir précipitamment. [5]

S’il le juge nécessaire, il peut faire un signalement au procureur de la République en vertu de l’article 226-14 du Code pénal. [28]

Pour la région Auvergne, il existe au CHU de Clermont-Ferrand, **un pôle régional de référence et d’accueil des violences sexuelles et des maltraitances**. Ses objectifs sont d’une part être le lieu d’accueil et de prise en charge des victimes, et d’autre part d’être le lieu de référence, de coordination et de formation des professionnels au niveau régional. Une équipe pluridisciplinaire est présente. Une sage-femme référente et un gynécologue expert auprès de la cours d’appel de Riom, prennent en charge les adultes. Deux infirmières référentes, un pédiatre et un pédopsychiatre prennent en charge les enfants. Une juriste et une psychologue sont aussi présentes.

La victime peut aussi être orientée vers une des nombreuses **associations d’aide aux victimes**.

METHODOLOGIE

I – Objectifs de la recherche

L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux de la pratique du dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé qui suivent des grossesses dans le département du Puy de Dôme.

Les objectifs secondaires étaient :

- de faire un état des lieux de la traçabilité mise en place suite à la découverte d'une situation de violence,
- d'étudier s'il existe des différences de pratiques entre l'exercice en libéral et l'exercice en milieu hospitalier (qu'il soit public ou privé).

II – Type d'étude

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive de type transversale. Il s'agit en effet de décrire la pratique actuelle du dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé dans le département du Puy de Dôme.

III - Matériel

3.1- Critères d'inclusion

La population étudiée regroupait :

- les sages femmes et les gynécologues obstétriciens du Puy de Dôme exerçant en milieu hospitalier, ayant une activité en consultations prénatales de suivi de grossesse et/ou en consultation d'urgence. Cette population a été étudiée dans quatre maternités du Puy de Dôme. A savoir :
    - une maternité de niveau 3 : le CHU d'Estaing à Clermont-Ferrand,
    - une maternité de niveau 2 : la clinique de la Chataigneraie à Clermont-Ferrand,
    - deux maternités de niveau 1 : le CH de Thiers et le CH d'Issoire.

- Les sages femmes libérales et les sages femmes territoriales du Puy de Dôme
- Les gynécologues libéraux exerçant dans le Puy de Dôme
- Un échantillon de 100 médecins généralistes exerçant dans le Puy de Dôme. L'échantillonnage s'est effectué par sélection d'une adresse toutes les dix adresses sur le site départemental du conseil de l'ordre des médecins généralistes.

3.2 - Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude les sages femmes exerçant uniquement dans les secteurs de suites de couches et/ou de grossesse à haut risque et/ou de gynécologie. Et de ce fait ne réalisant pas de consultations prénatales.

3.3 – Règles d'éthiques

Le consentement des sages femmes cadres des maternités interrogées a été recueilli par écrit (attestation écrite), après présentation du sujet et des méthodes de l'étude.

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Lors de l'analyse des résultats, l'anonymat des professionnels a été respecté.

IV –Méthodes

4.1 - Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de professionnels de santé qui abordaient le sujet au moment des consultations prénatales.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- le pourcentage de professionnels effectuant une transmission écrite de ceux qui leur a été rapporté,
- le nombre de professionnels libéraux pratiquant le dépistage des violences et le nombre de praticiens hospitaliers pratiquant le dépistage des violences.

4.2 – Méthodologie de l'étude

Les professionnels ont été interrogés anonymement, par l'intermédiaire d'un questionnaire (Annexe 2) comprenant 24 questions, nous avons essayé de rattacher chaque question à une dimension et nous avons obtenu le résultat suivant :

- une partie sur les renseignements généraux de la question 1 à la question 7,
- une partie concernant les violences conjugales de la question 8 à la question 12,
- une partie concernant le dépistage des violences conjugales de la question 13 à la question 18,
- une partie concernant les transmissions interprofessionnelles de la question 19 à la question 23,
- la question 24 était une question ouverte permettant aux professionnels de s'exprimer librement sur le sujet.

Ces questionnaires ont été distribués par nous même ou par l'intermédiaire des cadres des services dans les différentes maternités. Ceux destinés aux professionnels libéraux ont été envoyés par courrier. Afin de faciliter le retour des questionnaires une enveloppe réponse affranchie était jointe au questionnaire.

Nous avons répartis le nombre de questionnaires en fonction des conseils communiqués par les cadres de chaque maternité sur le nombre à envoyer :

- 110 à la maternité du CHU Estaing,
- 20 à la maternité de la clinique de la Chataigneraie,
- 15 à la maternité du CH de Thiers,
- 20 à la maternité du CH d'Issoire.

Nous avons aussi envoyés des questionnaires par courrier :

- 5 aux sages femmes territoriales,
- 30 aux sages femmes libérales,
- 20 aux gynécologues libéraux,
- 100 aux médecins généralistes.

Au total, sur les 320 questionnaires distribués, 177 questionnaires nous ont été retournés entre le 1er Décembre 2011 et le 1er Février 2012, soit un taux de participation de 55,3%.

V – Analyses statistiques

Les résultats ont été saisis avec le logiciel Microsoft Excel 2007 et analysés avec le logiciel R.

Pour les variables qualitatives, nous avons utilisés le test du KHI carré de Pearson afin de définir si la différence entre les deux variables étudiées était statistiquement significative (non hasardeuse) lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Dans ce cas :

- si $p < 0,05$; la différence est statistiquement significative,
- si $p > 0,05$; la différence n'est pas statistiquement significative.

Lorsque les effectifs étaient insuffisants, nous avons utilisés le test de Fisher.

Lorsque nous disposions d'une variable qualitative et d'une variable quantitative, nous avons utilisés le test de Student (T-test) afin de définir si la différence entre les deux variables étudiées était statistiquement significative (non hasardeuse) lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 30. Dans ce cas :

- si $p < 0,05$; la différence est statistiquement significative,
- si $p > 0,05$; la différence n'est pas statistiquement significative.

RESULTATS ET ANALYSES

I – Description de la population étudiée

1.1 – Le taux de participation

Tableau I : Répartition des professionnels de santé répondant par lieu d'exercice.

Maternité	Nombre de questionnaires distribués	Nombre de questionnaires retournés	Nombre questionnaires
Maternité de niveau 3	110	58	**92 questionnaires du secteur hospitalier**
Maternité de niveau 2	20	9	
Maternité de niveau 1	35	25	

Professionnels libéraux	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires retournés	Nombre de questionnaires
Sages femmes libérales	30	20	**82 questionnaires du secteur libéral**
Gynécologues libéraux	20	8	
Médecins Généralistes	100	54	
PMI	5	3	3 questionnaires

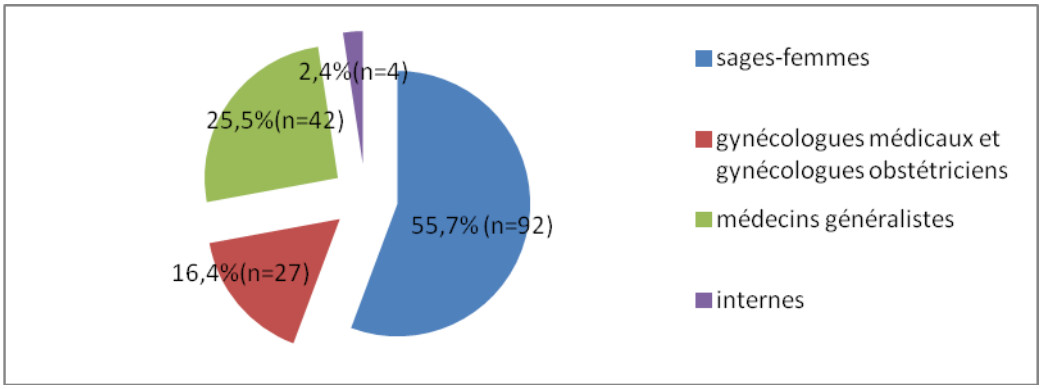
Sur les 320 questionnaires envoyés, seuls 177 nous ont été retournés. Le taux de participation est ainsi de **55,3%.**

Parmi les 54 médecins généralistes 12 n'effectuaient pas de suivi de grossesse, ils ont de ce fait été exclus de notre étude.

Pour les calculs statistiques nous avons exclu les réponses des sages-femmes territoriales du fait de l'effectif réduit de la population.

1.2 – La catégorie de praticiens

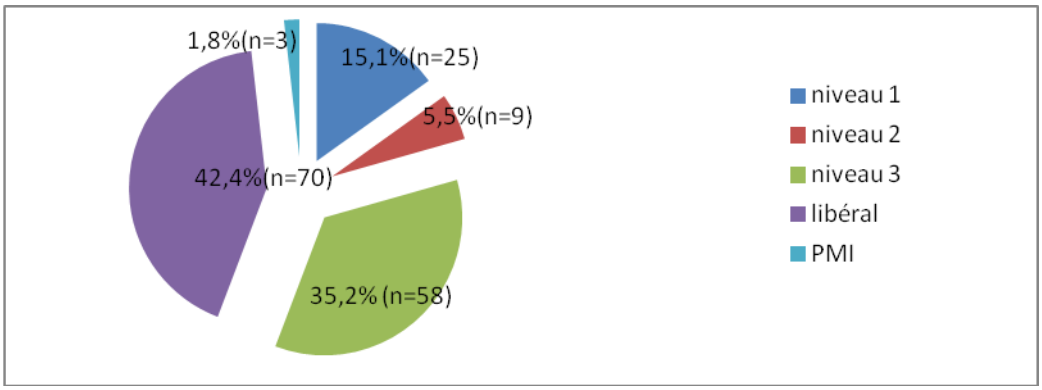
<u>Figure 1</u> : Répartition des professionnels selon la catégorie professionnelle



Notre échantillon de population était composé à 55,7% (n=92) de sages-femmes, à 16,4% (n=27) de gynécologues médicaux et de gynécologues obstétriciens, à 25,5% (n=42) de médecins généralistes et à 2,4% (n=4) d'internes.

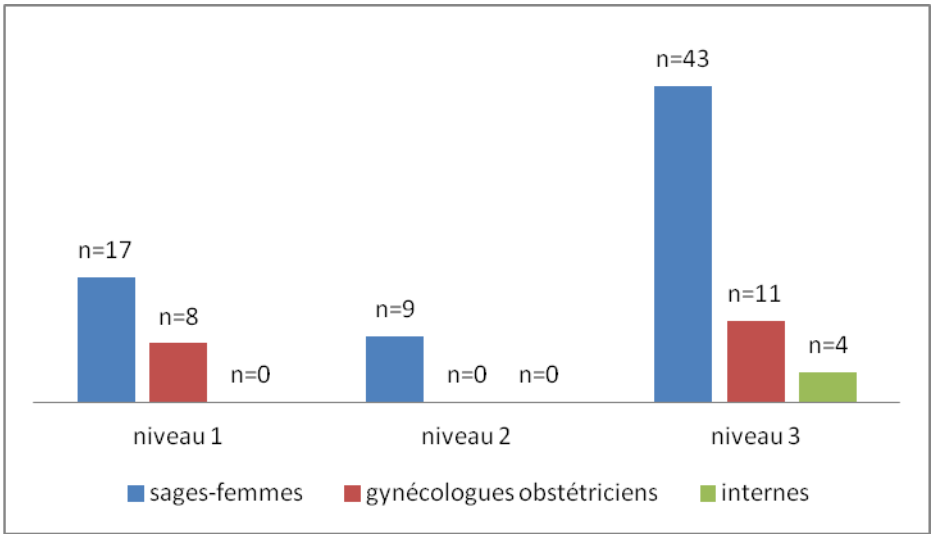
1.3- Le lieu d'exercice

<u>Figure 2 :</u> Répartition des professionnels selon le lieu d'exercice



Le niveau 1 était représenté à 15,1% (n=25), le niveau 2 à 5,5% (n=9), le niveau 3 à 35,2% (n=58), ainsi **55,8% (n=92)** de notre population exerçait en secteur hospitalier alors que le secteur libéral était représenté à **42,4% (n=70)** et le secteur de la PMI à 1.8% (n=3).

<u>Figure 3 :</u> Répartition des professionnels hospitaliers selon leur catégorie et les niveaux de soins des établissements



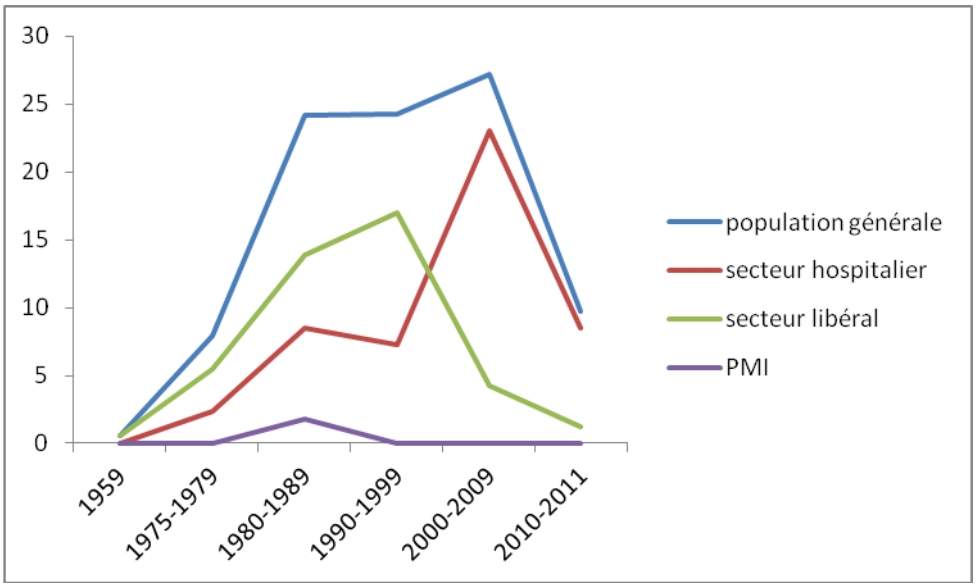
Notre échantillon de population était composé à 10,3% (n=17) de sages-femmes de niveau 1, à 5,5% (n=9) de sages-femmes de niveau 2 et à 26,1% (n=43) de sages-femmes de niveau 3.

Les gynécologues-obstétriciens exerçaient à 4,8% (n=8) en niveau 1, il n'y avait pas de gynécologues-obstétriciens de niveau 2 et 6,7% (n=11) exerçaient en niveau 3.

Les internes n'étaient présents qu'en niveau 3, ils représentaient 2,4% (n=4) de notre échantillon.

1.4- L'année d'obtention du Diplôme d'Etat

<u>Figure 4 :</u> Répartition des professionnels selon l'année d'obtention du Diplôme d'Etat



Les professionnels de notre population ont été diplômés entre 1959 et 2011.

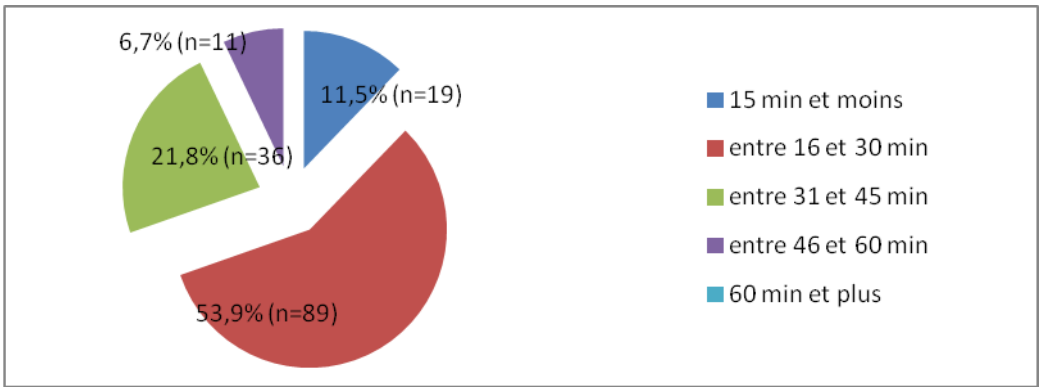
L'année moyenne d'obtention du Diplôme d'Etat du secteur hospitalier était 1999, celle du secteur libéral était 1990.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le secteur d'exercice et l'année d'obtention du Diplôme d'Etat (p= 2.635e-08).

1.5- Le suivi de grossesse

1- La consultation de suivi de grossesse

<u>Figure 5 :</u> Répartition des professionnels selon la durée estimée de la consultation de suivi de grossesse



La majorité de la population 53,9% (n=89) effectuait des consultations de suivi de grossesse de 16 à 30 minutes, aucun professionnel n'effectuait de consultation de 60 minutes et plus.

<u>Tableau II :</u> Répartition des professionnels en fonction de la durée estimée de la consultation de suivi de grossesse et du secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Durée de la consultatio	≤15 min	n= 3	n= 16
	16 à 30 min	n= 48	n= 41
	31 à 45 min	n= 27	n= 8
	46 à 60 min	n= 4	n= 5

Il existe un lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la durée de consultation de suivi de grossesse (p=0.0001384).

Lors de la consultation 51,5% (n=85) des professionnels privilégiaient un temps de parole avec leurs patientes sans la présence de leurs partenaires alors que 44 ,2% (n=73) ne privilégiaient pas ce temps de parole.

Tableau III : Répartition des professionnels en fonction de la possibilité de privilégier un temps de parole seule avec la patiente et du secteur d'activité

Temps de parole seule avec la patiente	Secteur d'activité	
	Secteur hospitalier	Secteur libéral
Oui	n= 39	n= 43
Non	n= 48	n= 25

Il existe un lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la possibilité de privilégier un temps de parole seule avec la patiente sans la présence de son partenaire (p=0.03433).

2. L'entretien Prénatal Précoce

65,4% (n=108) de notre population ne pratiquaient pas l'Entretien Prénatal Précoce alors que 27,3% (n=45) le pratiquaient. On note aussi que 7,3% (n=12) des professionnels a répondu « ne sait pas »

Tableau IV : Répartition des professionnels en fonction de la pratique de l'Entretien Prénatal Précoce et du secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Pratique l'EPP	Oui	n= 13	n= 29
	Non	n= 77	n= 31
	Ne sait pas	n= 2	n= 10

Il existe un lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la pratique de l'Entretien Prénatal Précoce (p=6.284e-07).

3. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité

25,5% (n=42) de notre population pratiquait la Préparation à la Naissance et à la Parentalité alors que 74,5% (n=123) ne la pratiquait pas.

Tableau V : Répartition des professionnels en fonction de la pratique de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité et du secteur d'activité

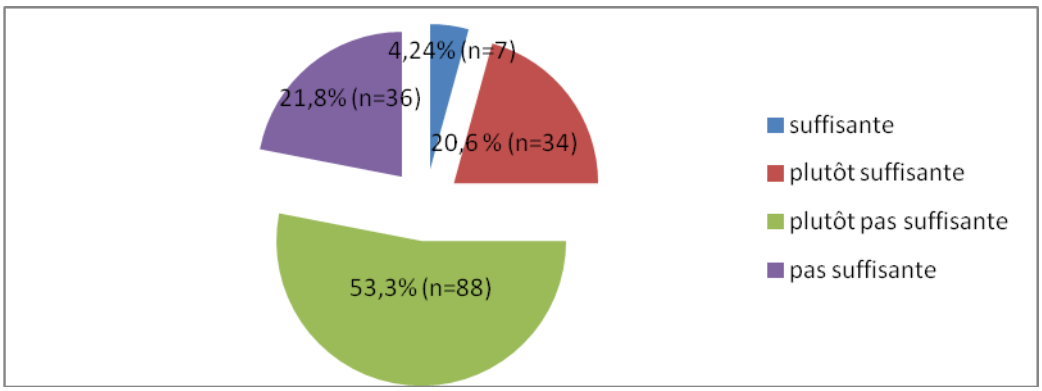
Pratique de la PNP	Secteur d'activité	
	Secteur hospitalier	Secteur libéral
Oui	n= 18	n= 21
Non	n= 74	n= 49

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la pratique de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (p=0,1759).

II – A propos des violences conjugales

2.1 – La formation initiale

Figure 6 : Répartition de l'avis des professionnels sur la qualité de la formation initiale



Globalement 75,2% (n=124) de notre population ne trouvait pas que la formation initiale soit suffisante alors que 24,8% (n=41) la trouvait suffisante.

Tableau VI : Répartition de l'avis des professionnels sur la qualité de la formation initiale en fonction du secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Formation suffisante	Oui	n= 2	n= 5
	Plutôt oui	n= 19	n= 14
	Plutôt non	n= 47	n= 39
	Non	n= 24	n= 12

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et le fait de trouver sa formation initiale suffisante (p=0.2748).

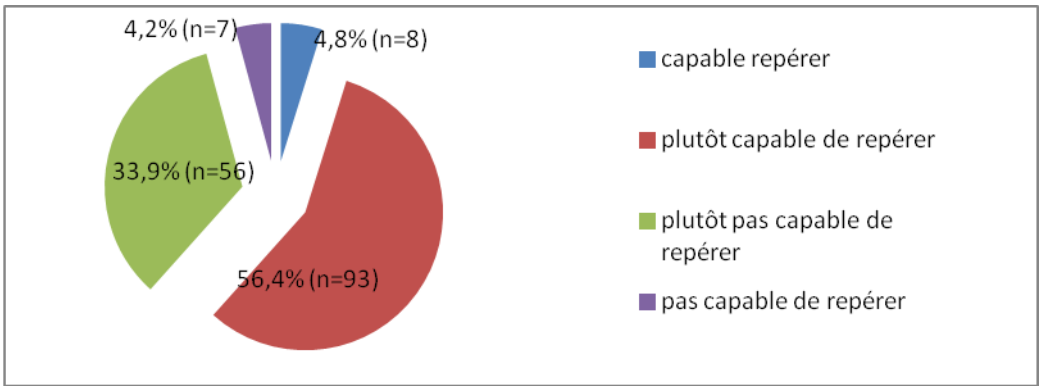
2.2 – La formation continue

Seulement 4,8% (n=8) des professionnels de notre population avait déjà bénéficié d'une formation médicale continue sur les violences conjugales au cours de leur exercice professionnel. Ainsi 94,5% (n=156) de notre population n'en avait jamais bénéficié à ce jour.

Les professionnels ayant bénéficié d'une formation médicale continue au cours de leur exercice professionnel l'avaient réalisée au près du pôle violence du CHU d'Estaing pour trois d'entre eux, de la PMI pour un d'entre eux. Une sage-femme de notre population avait effectué une formation en sexologie où ce thème avait été abordé.

2.3 –La capacité à repérer une situation de violence conjugale

<u>Figure 7</u> : Répartition des professionnels selon le ressenti sur la capacité à repérer une situation de violence conjugale



Globalement 61,2% (n=101) de notre population se sentait plutôt capable de repérer une situation de violence conjugale, alors que 38,2% (n=63) ne se sentait pas capable de repérer une telle situation.

<u>Tableau VII</u> : Répartition des professionnels en fonction du ressenti sur la capacité à repérer une situation de violence conjugale et le secteur d'activité

Capable de repérer une situation de violence conjugale	Secteur d'activité	
	Secteur hospitalier	Secteur libéral
Oui	n= 2	n= 6
Plutôt oui	n= 49	n= 41
Plutôt non	n= 37	n= 19
Non	n= 3	n= 4

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la capacité à repérer une situation de violence conjugale (p=0.11).

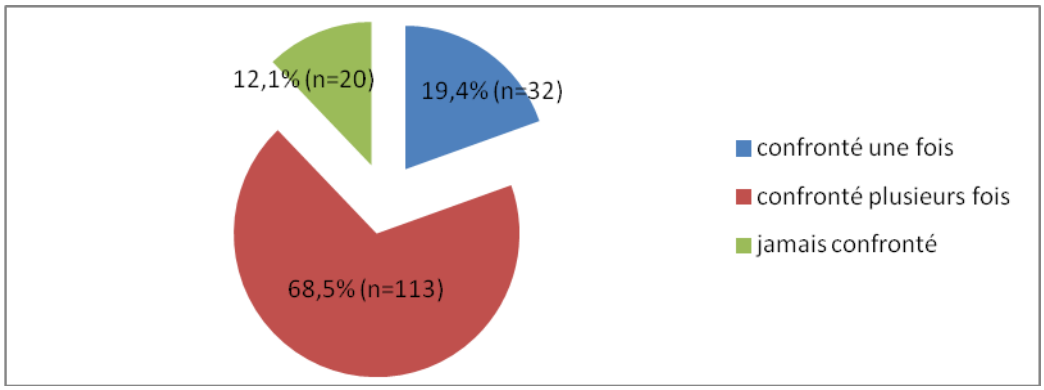
Tableau VIII : Lien entre l'avis des professionnels sur la qualité de la formation initiale et le ressenti sur la capacité à repérer une situation de violence conjugale

		Capacité à repérer			
		Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Formation initiale suffisante	Oui	n= 5	n= 2	n= 0	n= 0
	Plutôt oui	n= 2	n= 29	n= 2	n= 1
	Plutôt non	n= 1	n= 50	n= 37	n= 0
	Non	n= 0	n= 12	n= 17	n= 6

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de trouver sa formation initiale suffisante et celui de se sentir capable de repérer une situation de violence conjugale (p=5,597^{e}-12).

2.4 - La confrontation à une situation de violence conjugale

Figure 8 : Répartition des professionnels selon le fait d'avoir déjà été confrontation à une situation de violence conjugale



87,9% (n=145) de notre population avait déjà été confronté au moins une fois à une situation de violence conjugale, alors que 12,1% (n=20) n'avait jamais été confronté à une telle situation.

Tableau IX : Répartition des professionnels en fonction de la confrontation à une situation de violence conjugale et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Déjà confronté	Oui une fois	n= 16	n= 16
	Oui plusieurs fois	n= 67	n= 43
	Non	n= 9	n= 11

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et le fait d'avoir déjà été confronté à une situation de violence conjugale (p=0.2873).

Tableau X : Lien entre le ressenti sur la capacité à repérer la violence conjugale et la confrontation à celle-ci

		Capacité à repérer			
		Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Déjà Confronté	Oui une fois	n= 1	n= 17	n= 12	n= 2
	Oui plusieurs fois	n= 7	n= 66	n= 35	n= 4
	Jamais	n= 0	n= 10	n= 9	n= 1

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la capacité à repérer la violence conjugale et la confrontation à une telle situation (p=0.7734).

Tableau XI : Lien entre la durée estimée d'une consultation et la confrontation à la violence conjugale

		Durée de la consultation			
		≤15 min	16 à 30 min	31 à 45 min	46 à 60 min
Déjà Confronté	Oui une fois	n= 2	n= 19	n= 8	n= 0
	Oui plusieurs fois	n= 17	n= 62	n= 20	n= 8
	Jamais	n= 0	n= 8	n= 8	n= 3

Il existe un lien statistiquement significatif entre la durée de la consultation et la confrontation à la violence conjugale (p=0,0311)

2.5 – Le certificat médical

32,7% (n=54) des professionnels de notre population avait déjà établi un certificat dans le cadre de violence conjugale alors que 66,7% (n=110) n'en avait jamais rédigé.

Tableau XII : Répartition des professionnels en fonction du fait d'avoir déjà rédigé un certificat médical dans le cadre d'une situation de violence conjugale et le secteur d'activité

Etablissement d'un certificat médical	Secteur d'activité	
	Secteur hospitalier	Secteur libéral
oui	n= 17	n= 37
non	n= 74	n= 33

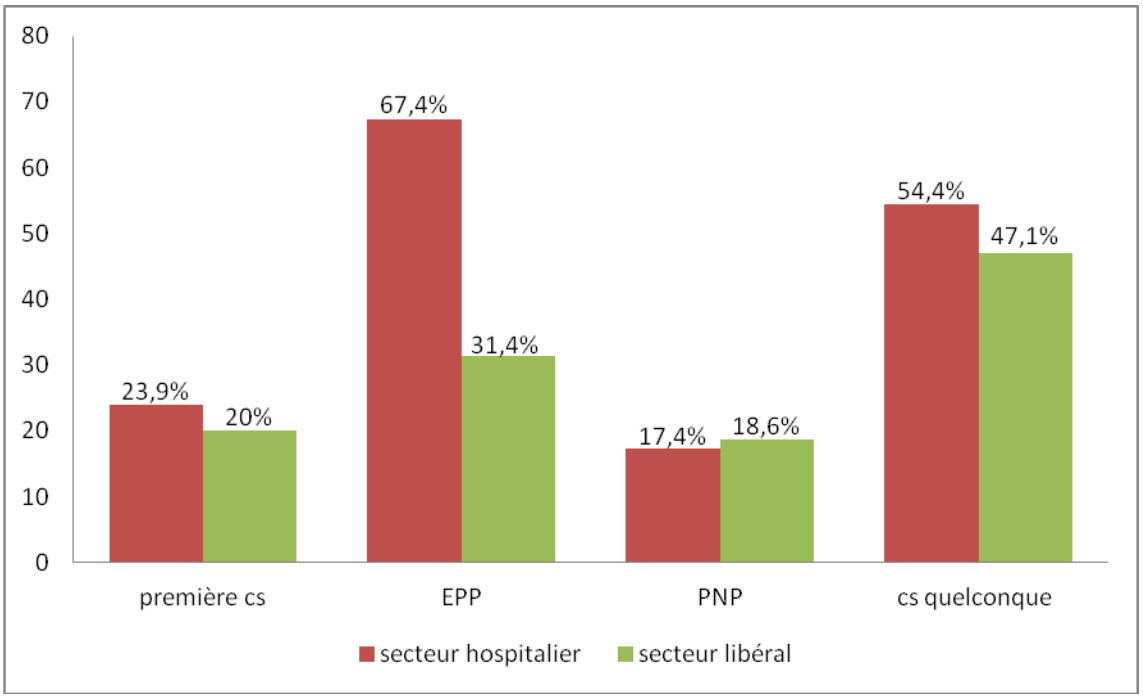
Il existe un lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et la rédaction d'un certificat médical dans le cadre d'une situation de violence conjugale (p=1.161e-05).

III – Le dépistage des violences conjugales

3.1- A quel moment dépister ?

Selon les professionnels de notre étude le moment le plus opportun pour dépister une situation de violences conjugales est lors de l'Entretien Prénatal Précoce pour 52,7% (n=87), lors d'une consultation quelconque du suivi de grossesse pour 50,9% (n=84), lors de la première consultation pour 21,8% (n=36) et lors de la PNP pour 17,6% (n=29).

Figure 9 : Répartition selon l'avis des professionnels sur le moment opportun pour dépister une situation de violence conjugale et le secteur d'activité



Ces résultats ne changent pas en fonction du secteur d'activité.

Les autres moments évoqués sont lors d'une visite à domicile, lors d'une hospitalisation, en salle de naissance et en suites de couches.

3.2- Le dépistage

11,5% (n=19) de notre population réalisait un dépistage systématique des violences conjugales alors que 88,5% (n=146) ne réalisait pas un tel dépistage.

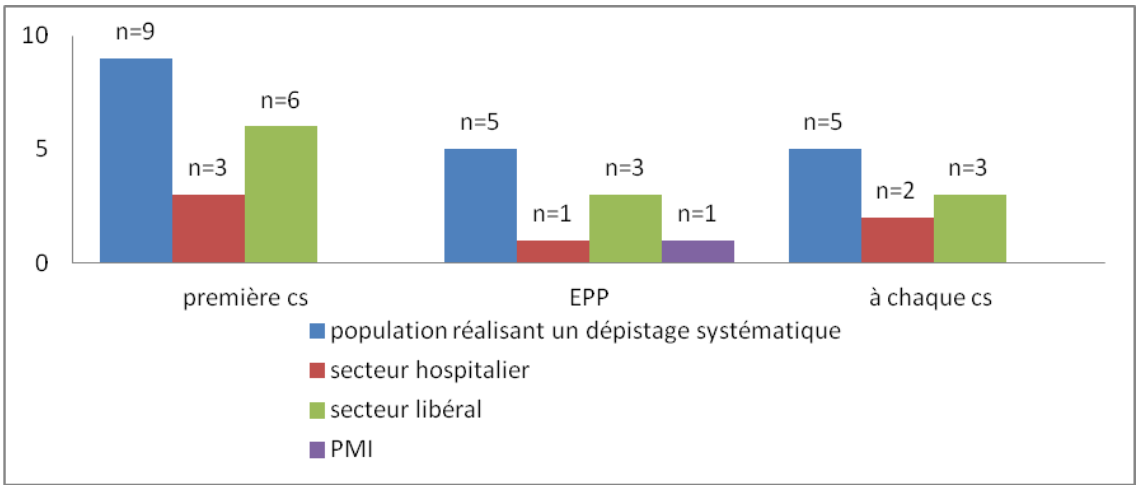
Tableau XIII : Répartition des professionnels en fonction du dépistage systématique des violences conjugales et du secteur d'activité

Dépistage des violences conjugales	Secteur d'activité	
	Secteur hospitalier	Secteur libéral
Systématique	n= 7	n= 11
Non systématique	n= 85	n= 59

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et le dépistage systématiquement des violences conjugales (p= 0.1695).

1. Le dépistage systématique

Figure 10 : Répartition de l'avis des professionnels sur le moment pour dépister systématique une situation de violence conjugale



Sur les professionnels interrogés neuf réalisaient le dépistage systématique lors de la première consultation, cinq lors de l'Entretien Prénatal Précoce et cinq refont un dépistage à chaque consultation.

Un des professionnels a aussi évoqué les séances de rééducation du périnée comme moment où le sujet peut être abordé.

Tableau XIV : Lien entre l'avis des professionnels sur la qualité de la formation initiale et le dépistage systématique des violences conjugales

		Dépistage systématique	
		Oui	Non
Formation initiale suffisante	Oui	n= 3	n= 4
	Plutôt oui	n= 7	n= 27
	Plutôt non	n= 6	n= 82
	Non	n= 3	n= 33

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dépistage systématique des violences conjugales et la formation initiale (p=0,01192).

Tableau XV : **:** Lien entre le ressenti sur la capacité à repérer la violence conjugale et le dépistage systématique des violences conjugales

		Dépistage systématique	
		Oui	Non
Capacité à repérer les violences conjugales	Oui	n= 4	n= 4
	Plutôt oui	n= 13	n= 80
	Plutôt non	n= 1	n= 55
	Non	n= 1	n= 6

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dépistage systématique des violences conjugales et la capacité à les repérer (p=0,001007).

2. Le dépistage non systématique

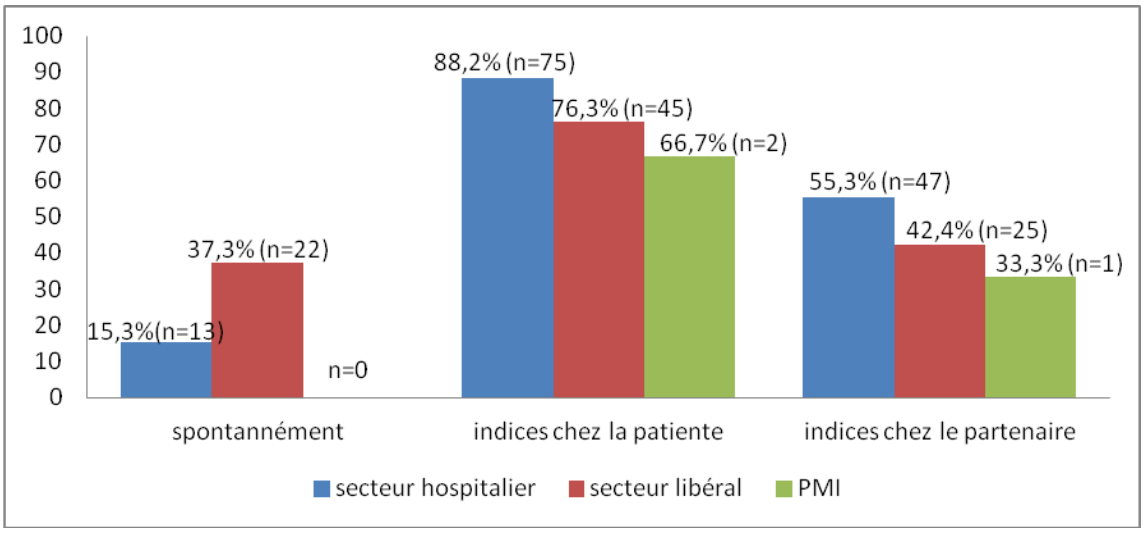
Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

24% (n=35) des professionnels ne faisant pas un dépistage systématique des violences conjugales attendaient que la patiente en parle spontanément pour dépister une telle situation.

83,6% (n=122) des professionnels ne faisant pas un dépistage systématique des violences conjugales abordaient le sujet devant des indices physiques, comportementaux et psychologiques chez la patiente.

50% (n=73) des professionnels ne faisant pas un dépistage systématique des violences conjugales abordaient le sujet à un autre moment devant des indices comportementaux chez le partenaire.

<u>Figure 11</u> : Répartition des professionnels en fonction de la manière de dépister une situation de violence conjugale et du secteur d'activité



Les professionnels en secteur hospitalier abordaient le sujet devant des indices (physiques, comportementaux, psychologiques) chez la patiente pour 88,2% (n=75) d'entre eux ou devant des indices comportementaux chez le partenaire pour 55,3% (n=47) d'entre eux. Seuls 15,3% (n=13) attendaient que la patiente en parle spontanément.

Les professionnels en secteur libéral abordaient le sujet devant des indices (physiques, comportementaux, psychologiques) chez la patiente pour 76,3% (n=47) d'entre eux ou devant des indices comportementaux chez le partenaire pour 42,4% (n=25) d'entre eux. Et 37,3% (n=22) attendaient que la patiente en parle spontanément.

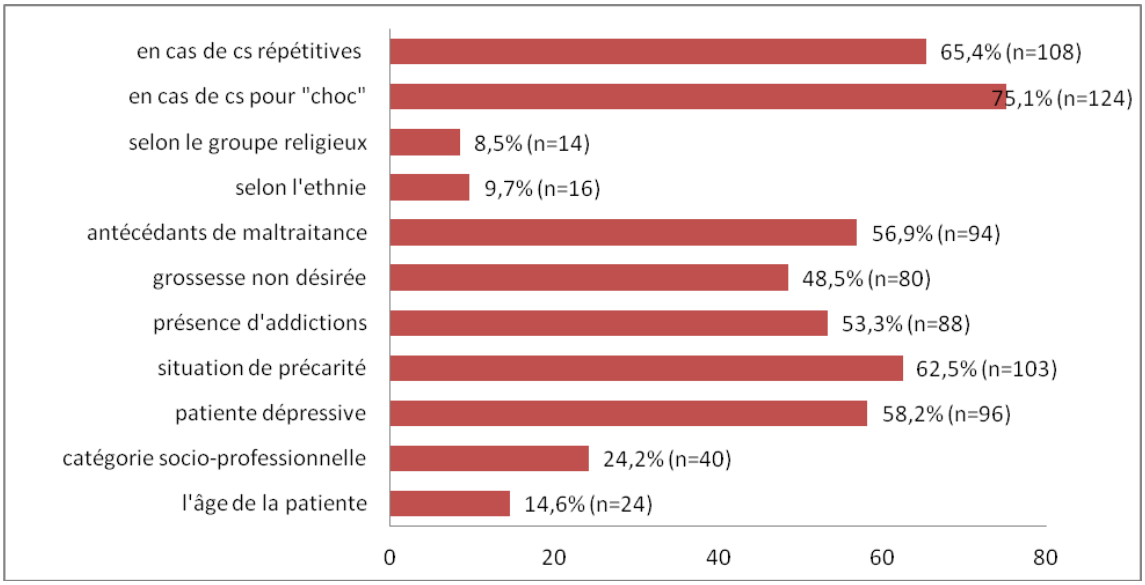
Tableau XVI : Lien entre la capacité à repérer les violences conjugales et le fait d'avoir comme moyen de repérage le fait d'attendre que la femme en parle spontanément

		Moyen de repérage : attendre que la patiente en parle spontanément	
		Oui	Non
Capacité à repérer les violences conjugales	Oui	n= 3	n= 1
	Plutôt oui	n= 10	n= 69
	Plutôt non	n= 20	n= 34
	Non	n= 2	n= 4

Il existe un lien statistiquement significatif entre la capacité à repérer les violences conjugales et le fait d'attendre que la femme en parle spontanément (p=0,0005861).

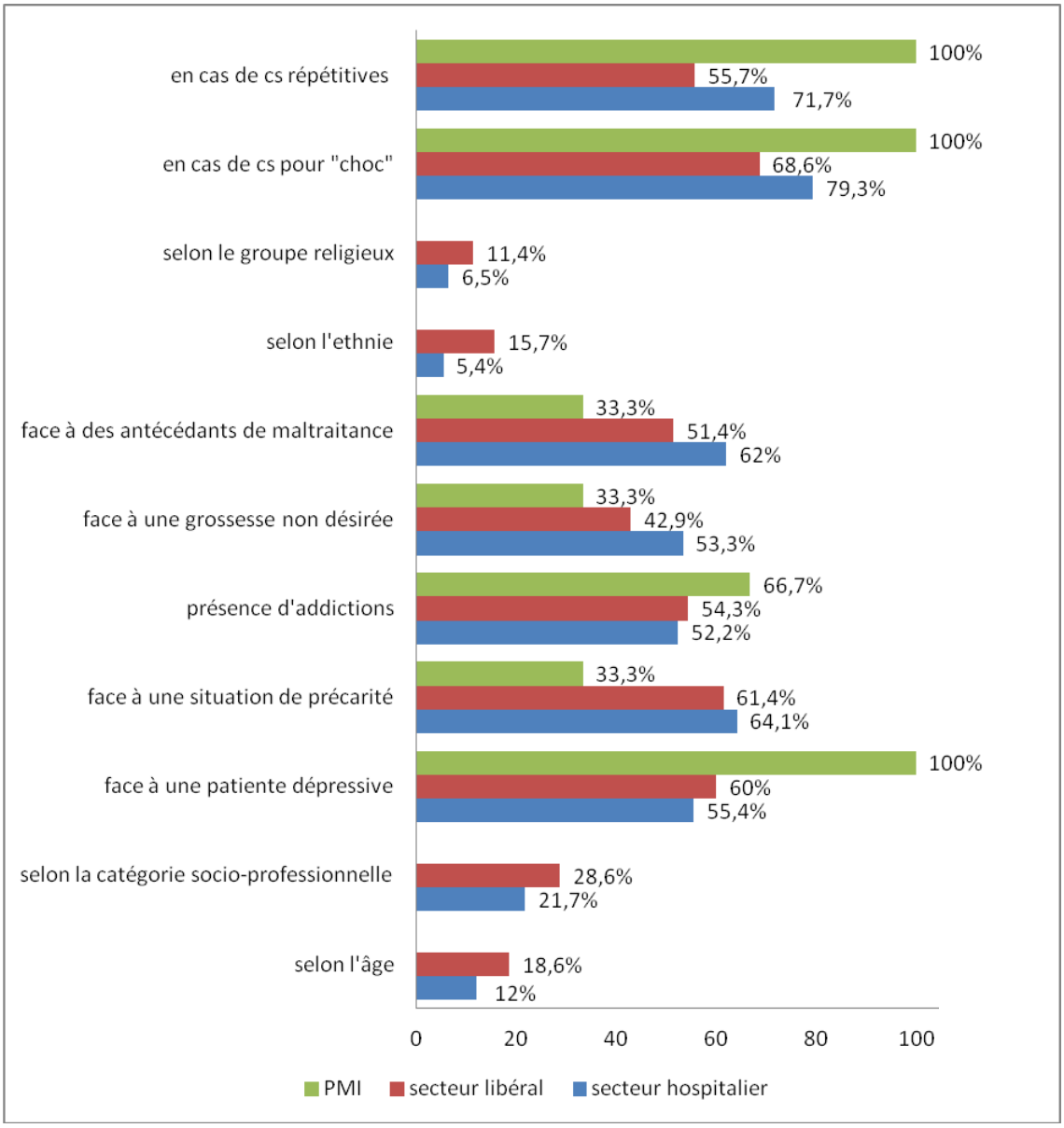
3.3- Quand les professionnels sont-ils plus vigilant ?

Figure 12 : Répartition de la vigilance face à certaines patientes



Les situations où les professionnels étaient plus vigilants étaient notamment en cas de consultations pour « choc » à 75,1% (n=124), en cas de consultations répétitives à 65,4% (n=108) et en cas de précarité à 62,5% (n=103).

<u>Figure 13</u> : Répartition de la vigilance face à certaines patientes selon le secteur d'activité



Les situations où les professionnels du secteur hospitalier étaient le plus vigilants étaient en cas de consultations pour « choc » à 79,3% (n=73), en cas de consultations répétitives à 71,7% (n=66) et en cas de précarité à 64,1% (n=59).

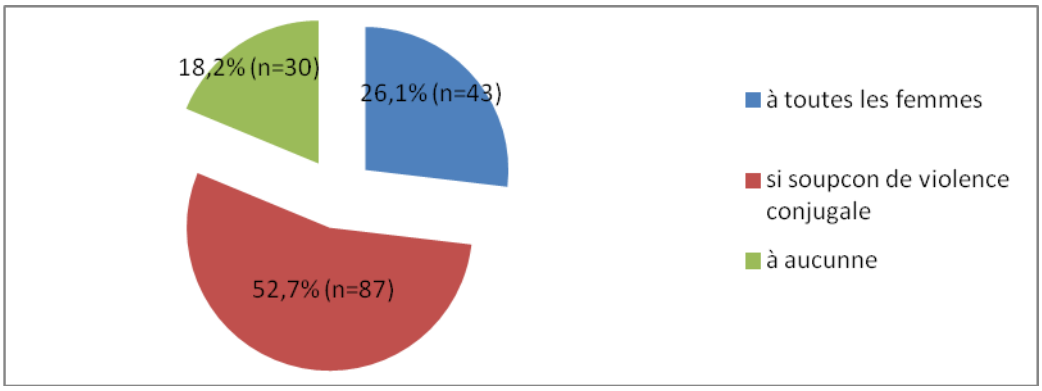
Les situations où les professionnels du secteur libéral étaient le plus vigilants étaient en cas de consultations pour « choc » à 68,6% (n=48), en cas de précarité à 61,4% (n=108) et face à une patiente dépressive à 60% (n=42).

Les situations où les professionnels de PMI étaient le plus vigilants sont en cas de consultations pour « choc », en cas de consultations répétitives et face à une patiente dépressive.

3.4- L'avis des professionnels sur le dépistage des violences conjugales

1. Par une question directe

<u>Figure 14</u> : Répartition des professionnels selon leur avis à la question : « Pensez-vous que l'on puisse demander à toutes les patientes si elles sont victimes de violences conjugales par une question directe ? »



Un peu plus de la moitié 52,7% (n=87) des professionnels pensait que l'on pouvait demander aux patientes si elles étaient victimes de violences conjugales par une question directe, seulement en cas de soupçon d'une telle situation.

Pour 26,1% (n=43) on pouvait poser cette question à toutes les femmes, et 18,2% (n=30) pensait que l'on ne pouvait poser cette question à aucune femme.

Tableau XVII : Répartition des professionnels en fonction de leur avis à la question : « Pensez-vous que l'on puisse demander à toutes les patientes si elles sont victimes de violences conjugales par une question directe ? » et du secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Question directe	A toutes les femmes	n= 25	n= 17
	Si soupçon de violence conjugale	n= 43	n= 42
	A aucunes	n= 20	n= 10

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et l'opinion à la question : « Pensez-vous que l'on puisse demander à toutes les patientes si elles sont victimes de violences conjugales par une question directe ? » (p=0.2715).

2. Par une question indirecte

77% (n=127) des professionnels pensaient que l'on pouvait demander aux patientes si tout se passait bien au sein de leur foyer, alors que 9,7% (n=16) jugeaient que ce n'était pas possible.

Il est à noter que 12,6% (n=21) de la population avait rajouté en commentaire libre que cette question était trop vague et ne permettait pas à la femme de se confier au sujet des violences conjugales.

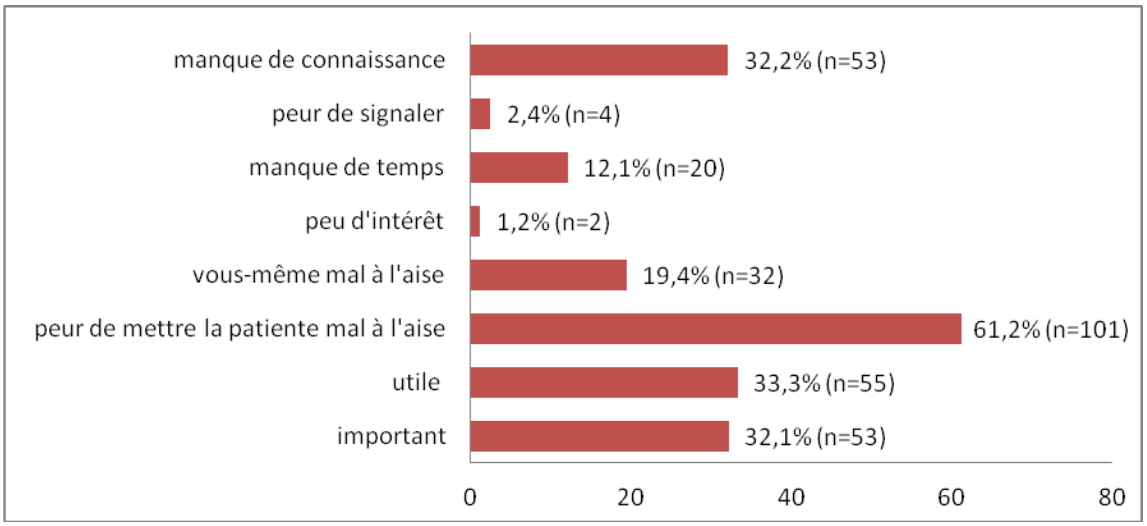
Tableau XVIII : Répartition des professionnels selon leur avis à la question : « Pensez-vous que l'on puisse demander aux patientes si tout se passe bien au sein de leur foyer ? » et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Question indirecte	Oui	n= 71	n= 54
	Non	n= 10	n= 6
	Trop vague	n= 10	n= 10

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le secteur d'activité et l'opinion à la question : « Pensez-vous que l'on puisse demander aux patientes si tout se passe bien au sein de leur foyer ? » (p=0.7472).

3. Pour quelles raisons ?

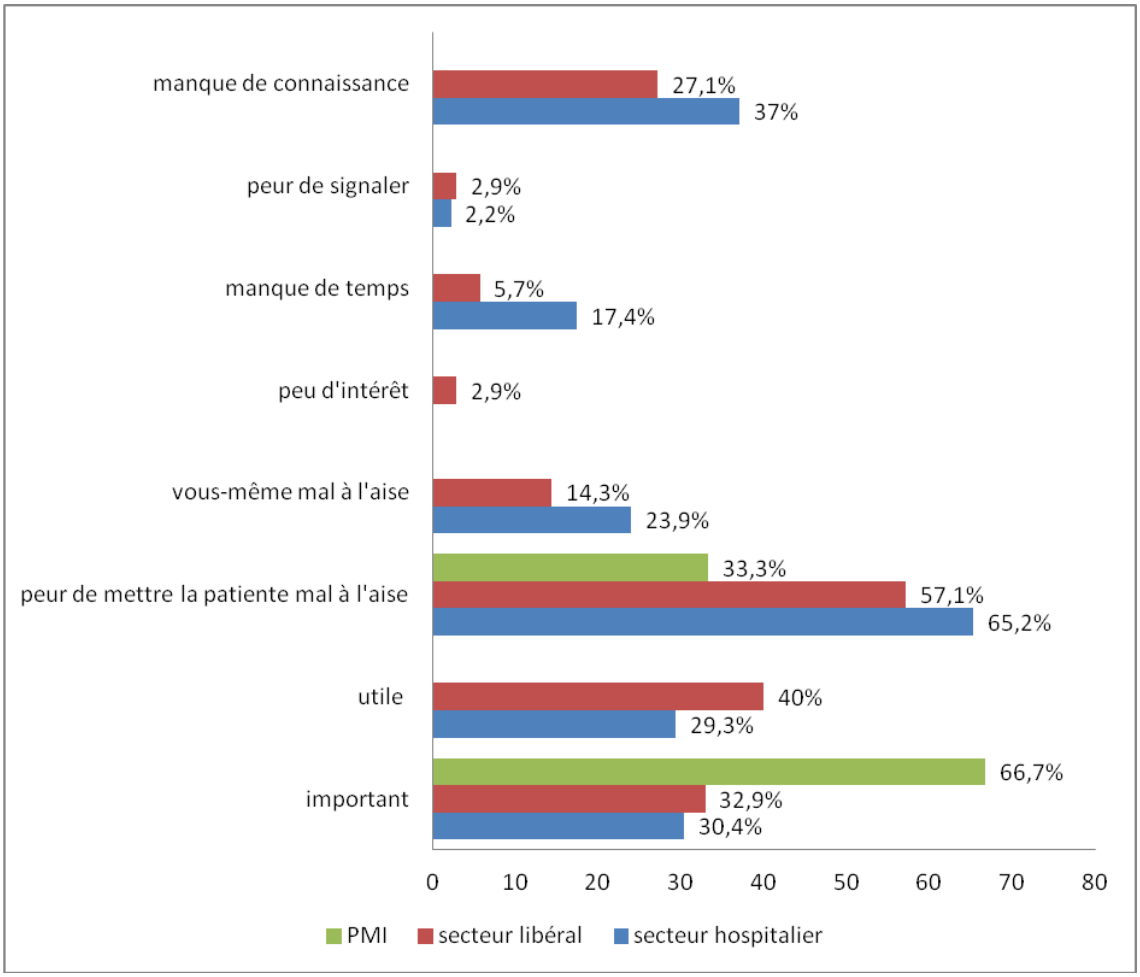
<u>Figure 15</u> : Répartition des professionnels selon les raisons qui pourraient les pousser à réaliser un dépistage systématique



Les raisons qui empêchaient les professionnels de réaliser un dépistage systématique était la peur de mettre la patiente mal à l'aise pour 61,2% (n=101) d'entre eux, et le manque de connaissance pour 32,1% (n=53).

Cependant, pour 33,3% (n=55) d'entre eux ce dépistage était important et pour 32,1% (n=53) ce dépistage était utile.

<u>Figure 16</u> : Répartition des professionnels en fonction des raisons qui pourraient les pousser à réaliser un dépistage systématique et du secteur d'activité



Les raisons pour lesquelles les professionnels du secteur hospitalier ne pensaient pas réaliser un dépistage systématique des violences conjugales étaient la peur de mettre la patiente mal à l'aise pour 65,2% (n=60) d'entre eux et le manque de connaissance pour 37% (n=34).

Une des raisons pour laquelle les professionnels du secteur libéral ne pensaient pas réaliser un dépistage systématique des violences conjugales était la peur de mettre la patiente mal à l'aise pour 57,1% (n=40) d'entre eux, cependant 40% (n=28) d'entre eux estimaient que ce dépistage était utile.

Une des raisons pour laquelle les professionnels du secteur PMI ne pensaient pas réaliser un dépistage systématique des violences conjugales était la peur de mettre la patiente mal à l'aise, cependant 66,7% (n=2) d'entre eux estimaient que ce dépistage était utile.

Tableau XIX : Lien entre le manque de temps pour réaliser un dépistage systématique des violences conjugales et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Manque de temps	Oui	n= 16	n= 4
	Non	n= 74	n= 65

Il existe un lien statistiquement significatif entre le manque de temps pour réaliser un dépistage systématique des violences conjugales et le secteur d'activité (p=0,02948).

Tableau XX : Lien entre le peu de connaissances et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Peu de connaissance	Oui	n= 34	n= 19
	Non	n= 56	n= 50

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le peu de connaissance et le secteur d'activité (p=0,2348).

Tableau XXI : Lien entre le peu de connaissance et l'avis des professionnels sur la qualité de la formation initiale

		Peu de connaissances	
		Oui	Non
Formation initiale suffisante	Oui	n= 0	n= 5
	Plutôt oui	n= 5	n= 29
	Plutôt non	n= 31	n= 55
	Non	n= 17	n= 19

Il existe un lien statistiquement significatif entre le peu de connaissances et la qualité de la formation initiale (p=0,008338).

IV – Transmissions entre professionnels

4.1 – L'information

84,2% (n=139) des professionnels informaient la patiente sur ses droits alors que 10,3% (n=17) ne l'informaient pas.

Tableau XXII : Répartition des professionnels selon s'ils informaient ou non la patiente et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Informe la patiente	Oui	n= 70	n= 66
	Non	n= 14	n= 3

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de délivrer une information à la patiente sur ses droits et le secteur d'activité (p=0,01928).

Tableau XXIII : Lien entre délivrer ou non une information à la patiente et le peu de connaissances

		Peu de connaissances	
		Oui	Non
Informe la patiente	Oui	n= 38	n= 98
	Non	n= 10	n= 7

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de délivrer une information ou non à la patiente sur ses droits et le peu de connaissances (p=0,02089).

4.2- L'orientation

Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

Dans notre population 69,7% (n=115) d'entre eux orientaient la femme vers le pôle violence, 44,9% (n=74) vers une assistante sociale, 32,7%(n=54) vers la justice et 27,9% (n=46) vers une association d'aide aux victimes.

Les professionnels avaient aussi répondu :

- à la cadre de service (n=4)
- à la PMI (n=3)
- à l'interne de garde (n=2)
- à un psychologue (n=2)
- au médecin généraliste (n=1).

Tableau XXIV : Répartition des professionnels selon l'orientation proposée aux femmes après la révélation d'une situation de violence conjugale et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Orientation vers	Le pôle violence	n= 74	n= 38
	La justice	n= 18	n= 35
	Une assistante sociale	n= 42	n= 30
	Une association d'aide aux victimes	n= 20	n= 25

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'orientation vers le pôle régional des violences et le secteur d'activité (p=0,0006802).

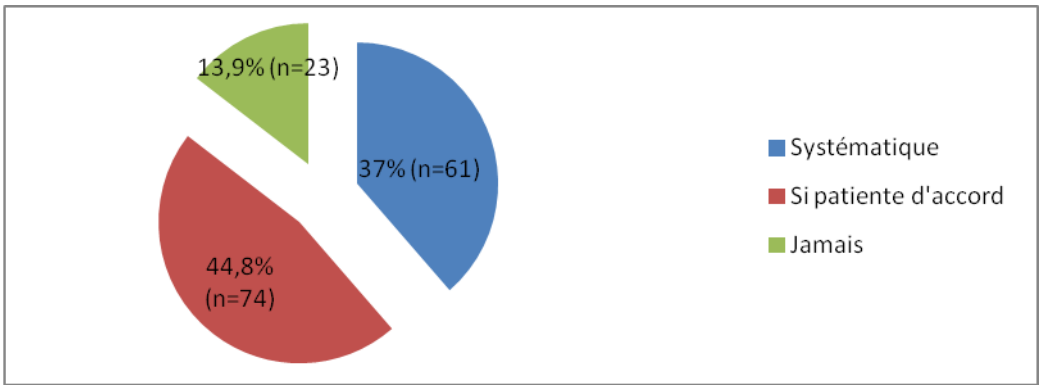
Il existe un lien statistiquement significatif entre l'orientation vers la justice et le secteur (p=8,8^{e}-5).

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'orientation vers une assistante sociale et le secteur d'activité (p=0,8453).

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'orientation vers une association d'aides aux victimes et le secteur d'activité (p=0,07342).

4.3 - Les transmissions interprofessionnelles

Figure 17 : Répartition du mode de transmission aux autres professionnels après la révélation d'une situation de violences conjugales



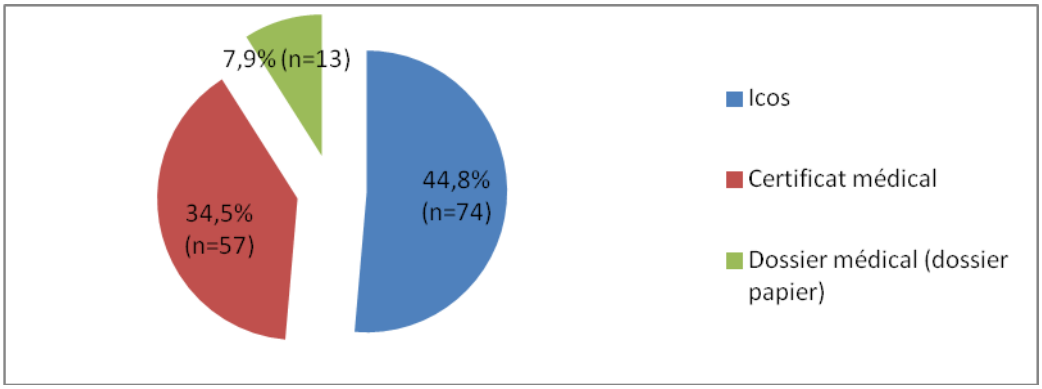
37% (n=61) des professionnels transmettaient systématiquement l'information, 44,8% (n=74) la transmettaient qu'après avoir reçu l'accord de la patiente et 13,9% (n=23) ne la transmettaient jamais.

Tableau XXV : Répartition entre le mode de transmission aux autres professionnels après la révélation d'une situation de violences conjugales et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Transmission	Systématique	n= 51	n= 10
	Si patiente d'accord	n= 28	n= 43
	Jamais	n= 10	n= 13

Il existe un lien statistiquement significatif entre le mode de transmission aux autres professionnels et le secteur d'activité (p=7,056^{e}-7).

<u>Figure 18</u> : Répartition de l'outil de transmission aux autres professionnels après la révélation d'une situation de violences conjugales



44,8% (n=74) de notre population utilisaient le dossier informatisé (ICOS), 34,5% (n=57) utilisaient le certificat médical et 7,9% (n=13) avaient spontanément répondu le dossier papier.

Il avait aussi été évoqué : le médecin généraliste et l'Aide Sociale à l'Enfance.

<u>Tableau XXVI</u> : Répartition entre l'outil de transmission aux autres professionnels après la révélation d'une situation de violences conjugales et le secteur d'activité

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier	Secteur libéral
Outils de transmission	ICOS	n= 61	n= 12
	Certificat médical	n= 17	n= 40
	Dossier médical	n= 8	n= 5

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de transmettre l'information par le biais du dossier informatisé (ICOS) et le secteur d'activité (p=1,755^{e}-8).

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de transmettre l'information par le biais du certificat médical et le secteur d'activité (p=1,37^{e}-9).

Tableau XXVII : Les professionnels qui rédigent un certificat médical transmettent-ils plus souvent l'information par l'intermédiaire de celui-ci ?

		Rédaction d'un certificat médical	
		Oui	Non
Transmettre par l'intermédiaire du certificat médical	Oui	n= 38	n= 19
	Non	n= 9	n= 70

Il existe un lien statistiquement significatif entre la rédaction d'un certificat médical et la transmission aux autres professionnels par son intermédiaire (p=7,752^{e}-11).

4.4 - Le staff social

Parmi les professionnels 29,1% (n=48) soumettaient des dossiers au staff social, 43,6% (n=72) n'en soumettaient pas.

24,9% (n=41) des professionnels n'avaient pas répondu à la question.

Tableau XXVIII : Répartition des professionnels selon s'ils soumettent ou non des dossiers au staff social et le secteur d'activité.

		Secteur d'activité	
		Secteur hospitalier /clinique privée	Secteur libéral
Soumission dossier au staff social	Oui	n= 40	n= 5
	Non	n= 33	n= 39
	Pas de réponse	n= 14	n= 26

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de soumettre des dossiers au staff social et le secteur d'activité (p=3,328^{e}-7).

DISCUSSION

I- Limites de notre étude

Nous pouvons émettre plusieurs limites à notre étude.

Tout d'abord, nous avons recueilli un nombre de réponses moins important que celui attendu. En effet, nous n'avons pu analyser que 177 questionnaires sur les 320 envoyés aux professionnels du Puy de Dôme. Le taux de participation est cependant de 55,3%.

Ensuite, cette étude aurait pu être réalisée sur l'ensemble des professionnels de la région Auvergne, mais pour des raisons budgétaires nous avons fait le choix de nous consacrer exclusivement au département du Puy de Dôme.

De plus, la population de notre étude n'est pas répartie équitablement selon les différents niveaux des maternités. En effet dans le Puy de Dôme, le nombre de maternités de niveau I, II et III n'est pas équivalent. Ainsi, une seule maternité de niveau II a participé à notre étude, où aucun gynécologue obstétricien et seulement neuf sages-femmes ont répondu à notre questionnaire.

Il aurait été aussi intéressant de différencier les consultations prénatales obligatoires du suivi de grossesse et les consultations d'urgences car la conduite de la consultation est différente entre ces deux situations.

Concernant les réponses des sages-femmes territoriales nous ne les avons pas analysées par manque de puissance, en effet seulement trois nous ont répondus sur les cinq exerçant dans le Puy de Dôme.

Enfin, une question s'est révélée être mal formulée au moment de la saisie des questionnaires. En effet, la question 23 concernant la soumission de dossier au staff social aurait du comprendre un item « non possible », puisque 41 professionnels n'ont pas répondu à la question.

II – Description de la population étudiée

2.1- Les conditions d'exercice professionnel

Parmi les questionnaires de notre étude, 165 étaient destinés aux professionnels du secteur hospitalier, 150 aux professionnels du secteur libéral et 5 aux sages-femmes territoriales. Le taux de réponses obtenu pour chaque secteur est environ le même : 55,8% en secteur hospitalier et 54,7% en secteur libéral.

Il est à noter un taux de réponse plus faible en niveau II, qui peut s'expliquer par le nombre important d'enquêtes ayant lieu au même moment.

Notre population comporte une plus grande proportion de sages-femmes : 55,7% (*figure1*), ceci s'expliquant notamment par le fait qu'elles soient nombreuses à exercer en secteur hospitalier.

La répartition de notre population selon le lieu d'exercice (*figure 2*) montre que le secteur libéral et le niveau III sont le plus représentés. Le niveau II est lui sous-représenté à cause du faible taux de réponse obtenu.

En ce qui concerne l'année d'obtention du diplôme d'Etat (*figure 4*), nous pouvons noter qu'un professionnel nous a répondu 1959. On peut penser qu'il s'agit d'une erreur et qu'il nous a renseigné sa date de naissance à la place.

La différence d'âge entre le secteur libéral et le secteur hospitalier est statistiquement significative ($p=2,635^{e}-08$). En effet, les professionnels libéraux ont été diplômés plus tôt, ceci peut s'expliquer par différentes raisons. Pour les sages-femmes l'exercice en libéral est souvent « une reconversion » de milieu de carrière, à la sortie du diplôme d'Etat la majorité exerce en milieu hospitalier. Pour les médecins libéraux on retrouve dans la littérature que leur âge moyen est de 55,24 ans [33], ce qui compte tenu de la durée des études (9ans) implique qu'ils ont été en moyenne diplômés en 1984. Or dans notre étude l'année moyenne d'obtention du diplôme retrouvée est 1990, ce qui correspond à la littérature (si on tient compte des sages-femmes présentes dans l'étude).

2.2- Le suivi de grossesse

1- La consultation de suivi de grossesse

La majorité des professionnels (53,9%) estime la durée de leurs consultations entre 16 et 30 min. (*figure 5*)

Il existe un lien significatif entre la durée de la consultation et le secteur d'activité (*tableau II*). La consultation en secteur hospitalier dure en général plus longtemps qu'en secteur libéral. On peut expliquer cette différence car la moitié des réponses proviennent de sages-femmes qui font majoritairement des consultations d'urgence et lors de ces consultations elles réalisent des enregistrements cardiotocographique, ce qui leur prend plus du temps.

En ce qui concerne le temps de parole seul avec la patiente, il existe un lien statistiquement significatif avec le secteur d'activité (*tableau III*). Plusieurs médecins généralistes nous ont signalé qu'en général lors des consultations les patientes viennent souvent seules.

2. L'entretien Prénatal Précoce

Les professionnels libéraux pratiquent plus l'EPP, notamment les sages-femmes libérales qui pratiquent quasiment toutes l'EPP (18 sages femmes sur 20), quelques médecins pratiquent aussi l'EPP : huit médecins généralistes et six gynécologues.

3. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Nous avons choisi de séparer l'entretien prénatal précoce de la préparation à la naissance, bien que l'entretien soit la première séance de la préparation à la naissance et à la parentalité, car certains professionnels notamment les médecins généralistes réalisent des EPP mais pas de PNP.

On aurait pu aussi demander si la PNP réalisée était individuelle ou en groupe, car le dépistage des violences est alors totalement différent.

Comme pour l'EPP, les professionnels libéraux pratiquent plus la PNP (*tableau V*) : 17 sages-femmes libérales interrogées et quatre médecins généralistes réalisent des séances de PNP contre 18 sages-femmes en milieu hospitalier.

III – A propos des violences conjugales

3.1 - La formation

1. La formation initiale

Dans notre population 75,2% des professionnels estiment que leur formation initiale n'est pas suffisante alors que 24,8% estiment qu'elle est suffisante (*figure 6*). Il n'y a pas de différence significative selon le secteur d'activité (*tableau VI*), ce qui semble logique étant donné que les professionnels ont la même formation initiale.

Depuis 2004, il y a eu une amélioration. En effet dans l'étude sur la formation des sages-femmes face aux violences conjugales dans la région Auvergne, 97,3% d'entre elles estimaient que leur formation était insuffisante. [10] Ce phénomène n'est pas spécifique à l'Auvergne et aux sages-femmes, puisque dans son étude réalisée dans le Finistère auprès de gynécologues-obstétriciens et de sages-femmes, Julie Guilloto retrouve que 93% des professionnels n'ont jamais suivi de formation sur les violences conjugales. [25]

Cette amélioration du ressenti de la formation sur les violences conjugales est surement liée à une amélioration de la formation initiale. En 2006, le gouvernement a mis en place de nombreuses mesures sur le thème des violences conjugales notamment un renforcement de la loi. Ces mesures s'appuyaient sur le rapport Lebas paru en 2005. Parmi les recommandations de ce rapport on en retrouve une sur la formation des professionnels qui préconise « de faire évoluer la formation initiale des professionnels de santé en introduisant dans chaque cursus initial un module sur l'impact de la violence sur la santé ». [34]

Cette recommandation était déjà présente dans le rapport Henrion en 2002, qui préconisait même « d'inscrire impérativement ce sujet dans les programmes des examens voire de l'internat » et « d'inscrire les violences conjugales au programme des études de sages-femmes et d'infirmières ». [14]

2. La formation continue

Même si la formation médicale continue est une obligation, seulement huit professionnels avaient bénéficié d'une formation sur les violences conjugales. Elles avaient notamment eu lieu auprès du pôle régional des violences, ayant un rôle de formation au près des professionnels.

Néanmoins dix professionnels ont rajouté dans les commentaires libres de la question 24, qu'ils seraient intéressés par une formation complémentaire. En interrogeant les professionnels sur la nécessité de formation continue on retrouve que 85,6% à 90,5% semble favorable à une telle action. [10, 25]

3.2 – La capacité à repérer une situation de violence conjugale

Parmi notre population 61,2% des professionnels s'estiment capable de repérer une situation de violence conjugale alors que 38,2% ne sent sentent pas capable (*figure 7*). Il n'y a pas de lien statistiquement significatif selon le secteur d'activité (*tableau VII*).

Un lien statistiquement significatif existe entre le fait de trouver sa formation initiale suffisante ou non et la capacité à repérer une situation de violence conjugale (*tableau VIII*), on voit que l'expérience des professionnels a une place importante. Le fait d'avoir une formation initiale est une base solide qui permet de se sentir mieux armé face à ces situations difficiles.

3.3 - La confrontation à une situation de violence conjugale

87,9% de notre population a déjà été confrontée au moins une fois à une situation de violences conjugales et seulement 12,1% n'a jamais vécue cette situation (*figure 8*). Il n'y a pas de lien avec le secteur d'activité (*tableau IX*), en effet ce phénomène concerne tous les professionnels quelque soit leur mode d'exercice.

Cependant beaucoup de professionnels n'ont pas conscience de l'ampleur de ce phénomène, ils ne peuvent concevoir et imaginer que les violences touchent près d'un tiers des patientes venant les consulter. [17]

On peut aussi noter qu'il existe un lien statistiquement significatif entre la durée de la consultation et le fait d'avoir déjà était confronté à une situation de violences conjugales (*tableau XI*). En effet un lien de confiance a besoin de s'établir afin que la patiente puisse se confier, or pour créer un climat de confiance il faut du temps.

3.4 – Le certificat médical

Seulement 32,7% de notre population avait déjà rédigé un certificat médical comprenant une ITT dans le cadre d'une situation de violences conjugales. Or l'établissement d'une ITT est uniquement possible par un médecin. [35]

Sur les 73 médecins que comporte notre population, 50 avaient déjà établi un certificat médical comprenant une ITT soit 68,5 % d'entre eux.

Ceci explique qu'il y ait une différence significative entre le secteur libéral et le secteur hospitalier (*tableau XII*). En effet le nombre de médecins est plus important dans le secteur libéral (50 en secteur libéral contre 23 en secteur hospitalier).

IV – Le dépistage des violences conjugales

4.1- A quel moment dépister ?

La majorité de notre population a répondu lors de l'EPP ou lors d'une consultation quelconque du suivi de grossesse et ce quelque soit le secteur d'activité (*figure 9*).

Dans le rapport Lebas, le repérage des violences conjugales doit tout particulièrement figurer dans le contenu de l'Entretien Prénatal. [34] Ce repérage est aussi inscrit dans les recommandations de l'HAS parmi les objectifs de l'EPP : « le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité » et notamment : « afin de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales ». [31]

En effet, cet entretien est souvent plus long qu'une consultation de grossesse et permet d'instaurer un climat de confiance afin que la femme puisse se confier.

4.2- Le dépistage

L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux de la pratique du dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé, pour cela nous nous sommes particulièrement intéressés au dépistage systématique.

Dans notre étude nous avons retrouvé que seulement **11,5% des professionnels effectuent un dépistage systématique des violences conjugales chez leur patientes**.

On note une amélioration depuis 2004 où aucune sage-femme ne réalisait de dépistage systématique des violences auprès de leur patientes. [10]

Cependant en 1998 dans son étude Horan DL retrouvait que 39% des gynécologues effectuaient un dépistage systématique des violences conjugales lors d'une première consultation prénatale. [36]

On ne retrouve pas de lien avec le secteur d'activité (*tableau XVIII*).

Il nous semble important de rappeler que le dépistage systématique des violences conjugales est **recommandé par l'HAS** [31], mais **aussi par l'American College of Obstretricans and Gynecologists** qui préconise de dépister les violences lors de la première consultation, une fois par trimestre et à la visite post natale, et ce depuis plus de 10 ans. [20]

1. Le dépistage systématique

Lorsqu'un dépistage systématique des violences conjugales est réalisé, il a lieu lors de l'EPP ou lors de la première consultation (*figure 10*). Un des professionnels nous a répondu que ce dépistage était effectuable lors du remplissage du dossier obstétrical au moment de remplir les données socio-économiques. Or nous avons pu constater lors de nos différents stages que ce volet était rarement complété.

Certains professionnels (n=5) refont un dépistage systématique à chaque consultation. En effet, en dépistant à chaque consultation on a un taux de détection des violences bien meilleur. Ainsi Mayer L. a retrouvé qu'il passe de 5 à 8% au premier trimestre à 17% au troisième trimestre. [37]

Il existe un lien entre le fait de trouver sa formation initiale suffisante ou non et la démarche de réaliser un dépistage systématique des violences conjugales (*tableau XIV*), il en est de même pour la capacité à repérer une situation de violence conjugale (*tableau XV*).

En effet, la réalisation du dépistage systématique des violences conjugales implique que le professionnel soit prêt à entendre la réponse, à prendre en charge et à orienter la femme si besoin. Donc s'il se sent moins bien formé et moins capable il est mal à l'aise et ne pose pas de questions.

2. Le dépistage non systématique

Les professionnels n'effectuant pas de dépistage systématique des violences repèrent celles-ci par des indices physiques, psychologiques et comportementaux chez la femme et/ou chez son partenaire. Cependant 24% des professionnels attendaient que la patiente en parle spontanément.

Il existe un lien significatif entre la capacité à repérer et utiliser comme moyen de dépistage « attendre que la patiente en parle spontanément » (*tableau XVI*).

Cela nous montre donc qu'une partie des professionnels ne mène pas l'enquête et ne pose pas de questions à ce sujet. Cette attitude implique beaucoup de questions. Pourquoi parle-t-on de consommation de tabac, d'alcool, de drogues, d'IST et pas des violences conjugales ? Pourquoi ce sujet est si difficile à aborder ?

Un des professionnels nous a exprimé : « Je pense que les violences sont vraiment un sujet tabou au sein du personnel médical et non médical et que tout n'est pas fait dans les services pour que le diagnostic soit fait ».

Il s'agit certainement d'un début de réponse.

4.3- Quand les professionnels sont-ils plus vigilant ?

Pour cette question nous avons demandé aux professionnels dans quelles situations ils étaient le plus vigilant (*figure 12*). Plusieurs réponses étaient possibles.

85,4% des professionnels ont déclaré ne pas être plus vigilant selon l'âge de la patiente. Or d'après l'ENVEFF, les violences conjugales touchent deux fois plus les femmes de 20 à 24 ans. [1]

24,2% de notre population déclare être plus attentif selon la catégorie socioprofessionnelle. Cependant toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées par ce phénomène. En effet, les catégories socioprofessionnelles à hauts revenus sont largement représentées chez les victimes comme chez les auteurs. [12]

41,8% des professionnels ne considèrent pas une patiente dépressive comme un motif de vigilance supplémentaire. Néanmoins, la dépression est présente chez plus de 50% des victimes de violences conjugales. [14,16]

62,5% de notre échantillon sont plus vigilants face à une situation de précarité. Et en effet, l'ENVEFF a démontré que la précarité était un facteur aggravant des violences conjugales. [1]

53,3% de notre population estime être plus vigilant face à une patiente présentant des addictions, et à raison puisque de fortes addictions à des substances psycho actives médicamenteuses et à l'alcool sont souvent rencontrées chez la femme et/ou son partenaire. [5,12]

48,5% des professionnels considère être plus vigilant face à une grossesse non désirée ou un déni de grossesse. Il arrive parfois que la grossesse soit le résultat d'un viol ou soit imposée par le partenaire.

43,1% de notre population déclare ne pas être plus attentif face à une patiente présentant des antécédents de maltraitance (dans l'enfance par exemple). Pourtant il s'agit d'un des prédicateurs les plus puissants. Dans l'ENVEFF plus d'un quart des femmes ayant mentionné avoir subi des problèmes durant leur enfance sont victimes de violences conjugales. [1]

9,7% des professionnels déclarent être plus vigilant selon l'ethnie de la patiente. Pourtant même si les femmes immigrées sont plus fréquemment en situation de violences conjugales, ceci semble lié aux caractéristiques démographiques telles que l'âge, l'isolement et la précarité. [38]

8,5 % de notre population rapporte être plus attentif selon le groupe religieux auquel appartient la patiente. Et même si l'éducation laïque semble moins engendrée de violences conjugales que l'éducation religieuse, on note surtout de fortes corrélations entre l'importance accordée à la religion et la situation de violences conjugales. [38]

75,1% de notre échantillon sont plus enclin à suspecter des violences conjugales quand une patiente consulte pour « choc accidentel ». En effet, ce motif peut être une excuse pour consulter après avoir reçu des coups de la part de son partenaire, les femmes et les couples dans certains cas peuvent utiliser cette excuse pour cacher la réalité.

65,4% des professionnels prêtent plus d'attention quand une patiente vient consulter à plusieurs reprises. En effet, les femmes victimes de violences conjugales peuvent développer « une surconsommation médicale » sans révéler qu'elles sont victimes de violences conjugales. [22]

4.4- L'avis des professionnels sur le dépistage des violences conjugales

1. Interroger la patiente

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux professionnels leur avis sur la manière d'interroger les patientes : par une question directe et/ou une question indirecte.

Concernant la question directe ils nous en majorité répondu qu'ils la poseraient s'ils avaient déjà des soupçons de violences conjugales (*figure 14*). Une question directe parait selon les professionnels trop brutale, ils ont été nombreux à suggérer d'amener le sujet progressivement.

En effet, 77% pensent qu'on peut demander aux patientes si tout se passe bien dans leur foyer. Cependant une partie nous a spontanément répondu que cette question était trop vague.

Les avis sont les mêmes quelque soit le secteur d'activité, il n'y a pas de différence significative (*tableau XVII et XVIII*)

C'est ici que les questionnaires de dépistage, simples et rapides trouvent leur utilité, tel que le questionnaire SAFE (ANNEXE 1). Ce questionnaire en quatre questions permet d'aborder le sujet des violences conjugales simplement et de manière progressive tout en étant clair. Il existe d'autres questionnaires du même genre afin d'aider les professionnels dans leur démarche de dépistage. [21]

2. Pour quelles raisons ?

Dans la littérature nous avons trouvé diverses raisons qui freinent les professionnels à réaliser un dépistage systématique des violences conjugales. Nous avons donc demandé leur avis aux professionnels sur ce sujet (*figure 15*)

Parmi ces raisons on distingue la peur de mettre la patiente mal à l'aise [24], et en effet 61,2% des professionnels de notre population n'interrogent pas leur patiente pour cette raison.

Or, différentes études ont démontré que les femmes sont favorables à un dépistage systématique des violences conjugales. Ainsi 72% des femmes victimes de

violences conjugales auraient souhaité que leur médecin leur pose la question, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient. [26]

De plus, 77% des patientes (non victimes de violences conjugales) sont favorables à un questionnaire de routine par leur médecin traitant ce sujet. [27]

Une autre des raisons avancées est le peu de connaissance, on la retrouve a hauteur de 32,2% dans notre population. De plus on remarque un lien significatif entre déclarer avoir peu de connaissance et le fait de trouver sa formation initiale insuffisante (*tableau XXI*). D'où l'importance de proposer des formations aux professionnels dans le cadre de la formation continue. On note aussi qu'il n'y a pas de différence selon le secteur d'activité (*tableau XX*), on peut ainsi supposer que les professionnels libéraux n'ont pas eu plus de formation continue sur ce thème.

Le fait de se sentir soit même mal à l'aise concerne 19,4% des professionnels. On peut expliquer ce mal à l'aise par des réticences, des freins culturels, qu'il faut mettre en lumière afin de les corriger. [14]

Le manque de temps concerne 12,1% de la population. Or comme vu précédemment il existe un lien entre la durée de la consultation et le fait d'avoir déjà était confronté à une situation de violence conjugale (*tableau XI*). Il serait intéressant de proposer une formation afin que les professionnels prennent conscience des conséquences que les violences conjugales peuvent avoir sur les femmes et sur leur grossesse, de manière à les inciter à prendre plus de temps lors de leur consultation afin de repérer ces situations.

La peur de retombée judiciaire en cas de signalement était retrouvée dans plusieurs études, dans la nôtre elle concerne quatre professionnels. Une simple information leur permettrait de comprendre que la loi leur permet dans certaines situations de ne pas appliquer le secret professionnel sans risque de retombée judiciaire. [28,29]

Seulement deux personnes ont répondu que le dépistage de la violence conjugale était peu intéressant pour le suivi de grossesse alors que 33,3% jugent ce dépistage utile et 32,1% intéressant. Il est nécessaire de rappeler que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant de la violence conjugale. [2]

V – Transmissions entre professionnels

5.1 - L'information

Comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature après avoir écouté et recueilli les dires de la patiente il est primordial de l'informer sur ses droits, citer la loi et dénoncer les violences comme un fait inadmissible et lui affirmer qu'elle peut être aidée et soutenue par différents professionnels [22] Or, dans notre étude 10,3% des professionnels n'informaient pas la patiente.

Une des raisons qui peut expliquer cette non information est le peu de connaissance des professionnels (*tableau XXIII*), il semble logique de penser que si on ne connait pas soit même les droits et les lois on ne peut pas les transmettre à la patiente. On note encore une fois l'importance de la formation des professionnels.

Une autre explication peut être liée avec le secteur d'activité, les professionnels informent moins en milieu hospitalier, car ils nous ont signalé orienter la patiente directement vers le pôle régional des violences dès la découverte d'une telle situation.

5.2- L'orientation

Les professionnels orientent leurs patientes victimes de violences conjugales en majorité vers le pôle régional des violences. Il existe un lien avec le secteur d'activité qui peut s'expliquer par le fait qu'une part de notre population travaille en niveau III (35,2% des professionnels de notre étude). Or le pôle régional de violences est établi au CHU d'Estaing, ils ont du coup une plus grande facilité à s'y référer.

Concernant l'orientation vers la justice, c'est un choix réalisé par 32,7% des professionnels, là encore il existe un lien avec le secteur d'activité. Les professionnels libéraux orientent plus facilement les femmes vers la justice, car ils entreprennent eux même les démarches que le pôle régional des violences effectuent.

On note aussi que certains professionnels nous ont répondu la PMI et l'interne de garde, d'où l'importance d'avoir interrogé ces populations afin de connaitre leurs pratiques.

5.3 - Les transmissions interprofessionnelles

Dans le cadre des violences conjugales au vu de l'importance de l'information, il est essentiel de garder une trace écrite de l'entretien. Le certificat médical, s'il a été rédigé, en est un bon exemple. [5] De plus, cette « trace écrite », permettra aux différents professionnels qui vont suivre cette femme de connaitre son histoire, et ainsi de mieux comprendre ses différentes réactions, et d'adapter leur prise en charge. [16]

Or, dans notre étude 13,9% des professionnels ne transmettent jamais cette information, 44,8% le font seulement si la patiente est d'accord et seulement 37% le font systématiquement (*figure 17)*. Pourtant cette transmission en plus d'être un lien entre les différents professionnels, pourra être apportée comme éléments complémentaires dans une procédure judiciaire. [5]

Les professionnels ne transmettent pas l'information de la même manière selon le secteur où ils travaillent. En effet les professionnels travaillant en secteur hospitalier et ayant une facilité d'accès à ICOS utilisent ce moyen préférentiellement. Tandis que les professionnels libéraux, qui rédigent plus de certificats médicaux, utilisent plutôt ce moyen là. (*Tableau XXVI*)

5.4 - Le staff social

Cette question n'a pas pu être analysée de manière optimum car 24,9% de la population n'y a pas répondu.

Néanmoins, on note un lien entre la soumission de dossier au staff social et le secteur d'activité (*tableau XXVIII*), ceci s'explique aisément par la facilité d'accès qu'on les professionnels de santé aux staffs sociaux comparé aux professionnels du secteur libéral. De plus les déclarations de grossesses étant toutes transmises au conseil général, les patientes peuvent être recrutées pour le staff social par ce moyen ou lors de l'orientation par un professionnel libéral vers une structure hospitalière

VI – Projet d'action

Le dépistage des violences conjugales fait parti du rôle du professionnel de santé. Nous nous sommes intéressés dans notre étude au dépistage de ces violences lors des consultations prénatales.

La majorité des professionnels jugent que leur formation initiale est insuffisante et qu'ils ont peu de connaissances sur le sujet. Certains d'entre eux ont évoqué leur intérêt pour une formation continue sur ce thème.

Notre étude a fait ressortir des raisons pour lesquelles les professionnels ne pratiquent pas ou peu le dépistage systématique des violences conjugales. Il s'agit avant tout d'une peur de mettre la patiente mal à l'aise et d'un manque de formation. En effet, le dépistage des violences conjugales ne peut se réaliser qu'à partir du moment où on est prêt à entendre la réponse de la femme.

Nous avons également mis en évidence le manque de formation initiale. En effet, 75,2% des professionnels jugent leur formation initiale non suffisante.

Cependant lors des études de sages-femmes un cours de 3h sur les violences et un stage d'une semaine au pôle violence ont lieu en deuxième année de deuxième phase. Cet enseignement permet d'avoir une notion de base sur les violences.

Néanmoins les médecins ne bénéficient pas eux de cet enseignement. Lors de leurs études ils ont 1h de cours sur la prise en charge une fois la situation de violence révélé. Cela semble insuffisant. Il serait intéressant de développer davantage cet enseignement et d'évoquer le dépistage. Peut être faudrait il mettre en place un chapitre sur la violence conjugale au programme des études de médecine.

En ce qui concerne les formations sur les violences conjugales, le pôle régional des violences a réalisé de nombreuses interventions auprès des professionnels qui ont eu plus ou moins de succès. En effet, en Mars 2012 une intervention a eu lieu auprès des médecins généralistes où un faible nombre d'entre eux était présent.

Au sein du CHU Estaing une demi-journée de formation est faite à chaque nouvelle arrivée d'internes. Il serait intéressant d'ouvrir et de surtout de faire connaitre cette formation aux différentes sages-femmes du service.

Une journée de formation au sein du réseau de santé et de périnatalité en Auvergne pourrait aussi être réalisée en collaboration avec le pôle régional des violences qui est un acteur de majeur dans la formation des professionnels sur ce sujet.

Ces formations pourraient ainsi indiquer aux professionnels quels sont les facteurs de risques des violences conjugales, les droits des femmes et porter à leur connaissances les questionnaires de dépistage. Et surtout leur permettre de savoir comment orienter la patiente, comment transmettre l'information et savoir s'ils doivent réaliser signalement au procureur de la République.

CONCLUSION

A l'issue de notre étude, nous pouvons tout d'abord conclure que les professionnels du département du Puy de Dôme dépistent les violences conjugales lors des consultations prénatales.

Cependant, une minorité dépiste systématiquement ces violences. La majorité préférant d'abord repérer des indices physiques, psychologiques ou comportementaux chez la patiente et/ou son partenaire. Néanmoins les professionnels connaissent mal les facteurs de risques des violences conjugales tels que l'âge, la dépression, la catégorie socioprofessionnelle…Et par ailleurs 24% des professionnels attendent que la patiente leur en parle spontanément. Les principales raisons de cette pratique sont une peur de mettre la patiente mal à l'aise et un manque de connaissance.

En effet notre étude a également montré que les professionnels ne sont pas satisfaits de leur enseignement sur les violences conjugales reçus durant leur formation initiale. Ils le jugent pour la majorité d'entre eux insuffisants. Par ailleurs ils sont très peu à avoir bénéficié d'une formation continue à ce sujet durant leur activité professionnelle.

Par la suite, nos résultats ont permis de mettre en évidence que seul 1/3 des professionnels transmettait systématiquement la situation de violence conjugale dans laquelle se trouve leur patiente. La majorité transmettait l'information uniquement s'ils avaient l'accord de la patiente et 13% ne la transmettaient jamais.

Nous avons ensuite conclut que le secteur d'activité n'influencé pas la formation sur les violences conjugales, ni la manière d'envisager leur dépistage. A l'inverse le secteur d'activité à une influence sur la façon d'orienter la femme dans une situation de violences et sur la transmission de cette information aux autres professionnels.

Au vu de ces résultats nous avons dégagé des propositions pour optimiser la pratique des professionnels. Nous pensons qu'il faudrait accorder plus de temps aux violences lors de la formation initiale notamment dans les études de médecine et proposer des formations médicales continues sur les violences, en particulier sur la manière de les dépister.

A l'heure actuelle peu de professionnels dépistent les violences conjugales lors des consultations prénatales. Pourtant ce dépistage fait parti de leur rôle. Il serait intéressant de connaitre plus précisément les raisons qui freinent ce dépistage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jaspard M. Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. Paris : La documentation française ; 2003.

[2] Morel C. Violences conjugales et grossesse. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 303 : 18-9.

[3] Krug E.G, Dahlberg L.L, Mercy J.A, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la sante, Organisation Mondiale de la Santé. Genève ; 2002. 376 p.

[4] Organisation Mondiale de la Santé, Aide mémoire n°239 : La violence à l'encontre des femmes. 2008

[5] Faucher C, Pernot C. Le rôle des sages-femmes face à la violence conjugale. Les dossiers de l'obstétrique : 2002 ; 303 : 20-31.

[6] Bonnald M. Mutilations génitales féminines : action de formation au sein du RSPA. Mémoire Sage-femme : Med université de Clermont-Ferrand I. 2011

[7] Létard V. Dossier de presse de la journée internationale pour l'élimination de la violence envers les femmes. Paris : Ministères du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité : 2008 ; 23p.

[8] Haut Conseil à l'intégration. Le contrat et l'intégration. Paris : Rapport à Monsieur le Premier ministre : 2003 ; p. 51.

[9] Coutanceau R. Amour et violence : le défi de l'intimité. Paris : Odile Jacob ; 2008. P.113-22

[10] Deloye J. La sage-femme face à la violence conjugale. Mémoire Sage-femme : Med université de Clermont-Ferrand I. 2004

[11] Guilloto J. La violence conjugale, comment mieux comprendre ce fléaux social ?. Vocation Sage-femme 2008 ; 60 : 20-1.

[12] Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. Presse Med : 2004 ; 33 : 1566-8.

[13] Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Revue d'Epidémiologie et de Sante Publique 2009 ; 57 : 267–74.

[14] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales. Le rôle des professionnels de santé. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 303 : 3-17.

[15] Saurel-Cubizolles M.-J, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (suppl 1) : 47-53.

[16] Guilloto J. Les conséquences de la violence conjugale. Vocation Sage-femme 2008 ; 65 : 25-7.

[17] Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. J Gynecol Obstet Reprod 2005 : 34 (suppl 1) : 62-7.

[18] Silverman J.G, Decker M, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006 ; 195 : 140–8.

[19] Diquelou JY, Amar P, Boyer S, Montilla F, Karoubi R. Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis. La revue Sage-femme 2008 ; 7 : 203-16.

[20] American College of Obstretricans and Gynecologists. Screening Tools--Domestic Violence [consulté le 21/11/2011]. Disponible à partir de : l'URL :
< http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?recno=17&bulletin=585 >

[21] Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPS. Thèse : Med : Université de Paris VI. 2005

[22] L'Institut de l'Humanitaire. Suspecter, Identifier, Evaluer, Agir. [consulté le 21/11/2011]. Disponible à partir de : l'URL : <http://www.violences.fr/Lorsduneconsultation/Suspecteridentifier%C3%A9valueragir/tabid/58/language/fr-FR/Default.aspx >.

[23] Gallot D, Azuar AS, Lagrange E, Agar N. Conduite à tenir devant un traumatisme abdominal au cours de la grossesse. Protocole médical : « traumatisme abdominal et grossesse» : CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine : 2010.

[24] Delespine M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes. Mémoire Sage-femme : Ecole de sage-femme de Baudelocque. 2009.

[25] Guilloto J. les professionnels de l'obstétrique face à la violence conjugale. Vocation Sage Femme 2009 ; 68 : 22-5

[26] Piau-Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès des femmes victimes. Thèse : Med : Université d'Angers. 2006.

[27] Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002 ; 324 : 271-4.

[28] République française. Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. JO du 23 juillet 1992

[29] République française. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JO du 8 août 2004 p.14150

[30] La Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007 42p. [Consulté le 21/11/2011]. Disponible à partir de : URL : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>

[31] La Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité. 2005 56p. [Consulté le 21/11/2011]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf >

[32] République française. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JO du 10 juillet 2010 page 12762.

[33] Caisse Autonome des Retraite des Médecins en France. Démographie au 1er Janvier 2012. [Consulté le 26/02/2012]. Disponible à partir de : l'URL :
< http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/Stats/2012/demographie.htm>.

[34] Lebas J. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. [consulté le 26/02/2012] Disponible à partir de : l'URL :
< www.wmaker.net/reseaupsycho.fr/file/11198/>

[35] La Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2011 66p. [consulté le 26/02/2012] Disponible à partir de : l'URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_argumentaire.pdf >

[36] Horan DL et al. Domestic Violence Screening Practices of Obstetrician-Gynecologists. Obstet Gynecol 1998 ; 92 : 785-9.

[37] Mayer L, Liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient: obstetric and behavioral interventions. Obstet Gynecol Surv 1998 ; 53 : 627-35.

[38] Haut comité de la santé publique. Rapport violences et santé. 2004 190p. [consulté le 26/20/2012] Disponible à partir de : l'URL :
< http://www.hosto-psy.fr/Documents/Rapports/rapports_psy/violence_sante.pdf>

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaires validés

Annexe 2 : Questionnaire pour interroger les professionnels

Annexe 3 : Législation

Annexe 1: questionnaires validés

Abuse Assessment Screen: AAS

1 - Avez-vous déjà été abusée moralement ou physiquement par votre partenaire ou par un proche ?

2 – Dans le passé, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement d'une autre manière par quelqu'un ?

3 – Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement d'une autre manière par quelqu'un ?

4 – Dans l'année qui vient de s'écouler, quelqu'un vous a-t-il déjà forcée à avoir des relations sexuelles ?

5 – Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou d'une des personnes citées plus haut ?

Hits :

1- Hurt :Est ce que parfois votre conjoint vous frappe ?

2- Insult : Est ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?

3- Threaten : Est ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?

4- Scream : Est ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?

Partner Violence Screen: PVS

1- Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée, ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? si oui , par qui ?

2- Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?

3- A ce jour, vous sentez-vous menacée par un ex-partenaire ?

Safe :

1- Stress and safety :vous sentez-vous en sécurité dans votre relation conjugale ? Que se passe–t-il lorsque vous et votre conjoint n'êtes pas d'accord ?

2- Afraid or Abused :avez-vous été, vous et vos enfants, menacés physiquement ou frappés ? avez-vous déjà été forcée d'avoir une relation sexuelle ?

3- Friend and Family Awareness : Est ce que vos amis ou votre famille sont au courant de ce qui vous arrive ? Pouvez-vous compter sur leur appui et leur aide ?

4- Emergency Escape Plan :Êtes-vous en danger actuellement et aimeriez-vous aller dans un foyer ou parler avec quelqu'un ? avezvous un lieu où, vous et vos enfants, pourriez vous réfugier en cas d'urgence ?

Wast:

1- En général , comment pourriez-vous décrire votre vie conjugale :beaucoup de tension , quelques tensions, pas de tension.

2- Lorsque vous n'êtes pas d'accord sur un sujet, est ce que vous et votre conjoint vous en discutez avec une grande difficuté, quelques difficultés, aucune difficulté ?

3- Est-ce-que au terme de la discussion, vous vous sentez rabaissée?

4- Est-ce-que la discussion finit parfois par des coups, des coups de pieds, ou le fait d'être poussée?

5- Vous sentez vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait ?

6- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé physiquement?

7- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé psychologiquement?

8- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé sexuellement?

Women's experience with battering scale: WEBS

1- Je ressens une insécurité dans ma propre maison

2- Je me sens honteuse des choses qu'il me fait

3- J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire

4- J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière

5- J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection

6- Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire

7- J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
8- Il peut m'effrayer sans lever une main sur moi

9- Il a un regard qui me transperce et me terrifie

Réponses : pas du tout d'accord=1 ;
parfois d'accord = 2 ;
un petit peu d'accord = 3 ;
un peu d'accord = 4 ;
parfois d'accord = 5 ;
tout à fait d'accord = 6.

➔si total > ou égal à 20 : positif

Annexe 2

Marjorie Rouveyre
64, avenue Charras
63000 Clermont-Ferrand
rouveyremarjorie@yahoo.fr
06 84 51 89 55

Novembre 2011

Mesdemoiselles, Mesdames, Messieurs,

Actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'études sur «le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales ».

Je souhaiterais que vous participiez à ce travail en répondant au questionnaire ci-joint. Les objectifs de cette étude sont :

- de faire un état des lieux de la pratique du dépistage fait par les professionnels de santé,
- de faire un état des lieux de la traçabilité mise en place suite à la découverte d'une situation de violence.

L'anonymat de chacun sera respecté.

Madame Foulhy, ma directrice de mémoire, et moi-même vous remercions par avance de votre participation et de l'aide que vous apporterez à la réalisation de ce travail.

Veuillez accepter, Mesdemoiselles, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Marjorie Rouveyre

PS : Ce questionnaire va jusqu'à la page 7.

Partie 1 : renseignements généraux :

1. A quelle catégorie de praticien appartenez-vous ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin gynécologue obstétricien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Interne en : …….

2. Quel est votre lieu d'exercice ?

- ☐ En maternité
  - ☐ En niveau 1
  - ☐ En niveau 2
  - ☐ En niveau 3
- ☐ En libéral
- ☐ En PMI

2.1. Pour les médecins généraliste, réalisez-vous des suivis de grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3. En quelle année avez vous obtenu votre diplôme ? ……

4. Quelle est la durée moyenne de vos consultations de suivi de grossesse ?

- ☐ 15 min et moins
- ☐ Entre 16 min et 30 min
- ☐ Entre 31 et 45 min
- ☐ Entre 46 et 60 min
- ☐ 60 min et plus

5. Dans votre pratique professionnelle, privilégez-vous toujours un temps de parole avec vos patientes sans la présence de leur partenaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Pratiquez-vous l'entretien prénatal précoce ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

7. Pratiquez-vous la Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Concernant les violences conjugales :

8. Avez-vous eu une formation particulière ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui laquelle : ……..

9. Pensez-vous avoir une formation initiale suffisante ?

- ☐ Oui
- ☐ Plutôt oui
- ☐ Plutôt non
- ☐ Non

10. Vous-sentez-vous capable de repérer une situation de violence conjugale ?

- ☐ Oui
- ☐ Plutôt oui
- ☐ Plutôt non
- ☐ Non

11. Dans le cadre de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté(e) à une situation de violence conjugale ?

- ☐ Oui, une fois
- ☐ Oui, plusieurs fois
- ☐ Non

12. Avez-vous déjà établi un certificat médical (comprenant une Incapacité Temporaire de Travail), dans le cadre de violence conjugale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie 2 : Concernant le dépistage des violences conjugales :

13. Quel moment vous semble le plus opportun pour dépister les violences conjugales ?

- ☐ La 1ère consultation de grossesse
- ☐ L'entretien prénatal
- ☐ Lors de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- ☐ Lors d'une consultation du suivi de grossesse
- ☐ Autre : ……..

14. Réalisez-vous un dépistage systématique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14.1. Si vous dépistez systématiquement la violence conjugale chez vos patientes, vous le faites :

- ☐ A la première consultation
- ☐ Lors de l'entretien prénatal
- ☐ A chaque consultation vous refaites un dépistage
- ☐ Autre : ……

14.2. Si vous ne faites pas un dépistage systématique comment dépistez-vous les violences ?

- ☐ Vous attendez que la patiente vous en parle spontanément
- ☐ Devant des indices comportementaux, psychologiques, physiques chez votre patiente, vous abordez le sujet
- ☐ Devant des indices comportementaux chez le partenaire de votre patiente, vous abordez le sujet à une prochaine consultation
- ☐ Autre : ……

……

……

……..

15. Etes-vous plus vigilent face à certaines patientes ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Selon l'âge de la patiente
- ☐ Selon la catégorie socioprofessionnelle
- ☐ Face à une patiente dépressive
- ☐ Face à une situation de précarité
- ☐ Face à une patiente présentant des addictions
- ☐ Face à une grossesse non désirée/un déni de grossesse
- ☐ Si elle présente des antécédents de maltraitance (dans l'enfance par exemple)
- ☐ Selon l'ethnie
- ☐ Selon le groupe religieux
- ☐ En cas de consultation pour « choc accidentel »
- ☐ En cas de consultations répétitives

16. Pensez-vous que l'on puisse demander à toutes les patientes si elles sont victimes de violence conjugale par une question directe ?

- ☐ Oui, à toutes les femmes
- ☐ Seulement aux femmes chez qui vous soupçonnez une violence par certains indices
- ☐ A aucune femme
- ☐ Autres : ……

Si oui, comment : ……

…….

……..

……

17. Pensez-vous qu'on puisse demandez simplement aux femmes si tout se passe bien au sein de leur foyer ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non pourquoi ? ……

……

……

…….

18. Pour vous demander aux femmes si elles sont victimes de violence conjugale par une question directe est : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Important
- ☐ Utile
- ☐ Difficile, vous avez peur de mettre la patiente mal à l'aise
- ☐ Difficile, vous vous sentez vous-même mal à l'aise
- ☐ Présente peu d'intérêt pour le suivi de la grossesse
- ☐ Vous manquez de temps pour réaliser ce dépistage
- ☐ Vous avez peur de signaler par peur du risque de retombée judiciaire
- ☐ Vous pensez ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet
- ☐ Autre : ……

Partie 3 : Concernant les transmissions entre professionnel(le)s :

19. Une fois la situation révélée, vous informez la patiente sur ses droits :

- ☐ Oui
- ☐ Non

20. Vous orientez la femme vers : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le pôle régional des violences
- ☐ La justice (police, procureur)
- ☐ Une assistante sociale
- ☐ Une association d'aide aux victimes
- ☐ Autres : …….

21. Vous faites une transmission écrite de ce qu'il vous a été rapporté :

- ☐ Systématiquement
- ☐ Seulement si vous avez l'accord de la patiente
- ☐ Jamais

22. Si vous réalisez une transmission écrite, vous notez celle-ci :

- ☐ Sur le dossier médicalisé informatisé (ICOS) si vous y avez accès
- ☐ Par le biais du certificat médical
- ☐ Autres : ……..

23. Si un staff social est pratiqué dans l'établissement où vous travaillez, ou dans un établissement proche de votre lieu d'exercice, vous arrive t'il de soumettre des dossiers ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24. Avez-vous des commentaires à ajouter :

……

……

……

……

……

Je vous remercie de votre participation.

Annexe 3 : Législation

Extrait du site http://www.avecegalite.com/Que-dit-la-loi-sur-les-violences.html et

La loi sur les violences conjugales

La loi du 22 juillet 1992 mentionne que la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante « des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne ». Il en ressort que même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces faits de violence sont constitutifs d'un délit, donc passibles du Tribunal correctionnel.

Ces violences sont punies de **3 ans d'emprisonnement** et de **45 000 €** d'amende, si elles ont entraîné une ITT de moins de 8 jours ou même aucune ITT, et de **5 ans d'emprisonnement** et de **75 000 €** d'amende si elles ont entraîné une ITT supérieure à 8 jours.

La loi du 4 avril 2006 renforce cette répression. Elle étend la circonstance aggravante aux pacsés, aux ex-conjoints, ex-concubins, ex-pacsés et en élargit le champ d'application à de nouvelles infractions (meurtres, viols et agressions sexuelles autres).
La loi prévoit également l'éloignement du domicile des auteurs de violences à différents stades de la procédure pénale.

Le Code pénal contient de nombreuses autres dispositions pour réprimer certaines formes de violences conjugales : administration de substances nuisibles, appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores, menaces de commettre un crime ou un délit, entrave aux mesures d'assistance, omission de porter secours, séquestration, vol de documents indispensables à la vie quotidienne (identité, moyens de paiement...)

Ces violences, quelles qu'elles soient sont inacceptables et constituent des infractions, crimes ou délits, réprimées par la loi.

« Toute menace ou tout autre acte d'intimidation à l'égard de quiconque, commis en vue de déterminer la victime d'un crime ou d'un délit à ne pas porter plainte ou à se rétracter, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende ».

La loi du 9 juillet 2010

Spécifique aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants est un **progrès**,

Cette loi comporte trois volets principaux :
- d'une part, des dispositions visant à **renforcer la protection des victimes** de violences quelle que soit la nature de celles-ci, avec l'ordonnance de protection
- d'autre part, des dispositions relatives à la **prévention** de ces violences (informations des scolaires, formations des professionnels, institution d'une journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes fixée au 25 novembre)
- enfin, des dispositions visant à **renforcer la répression** des auteurs de violences faites aux femmes (nouveau délit de violences psychologiques).

L'ordonnance de protection permet de mettre en place des mesures d'urgence, sans attendre le dépôt d'une plainte par la victime, notamment :
- l'éviction du conjoint violent

- la dissimulation du domicile de la victime ou de sa résidence
- la prise en compte de la situation des enfants exposés à ces violences (au travers de l'adoption de mesures provisoires et urgentes en matière d'exercice de l'autorité parentale, d'attribution de la jouissance du logement conjugal, de contribution aux charges du ménage)
- l'admission provisoire à l'aide juridictionnelle de la partie demanderesse
- la limitation du recours à la médiation pénale (réservée à la demande ou à l'accord de la seule victime).
- La délivrance et le renouvellement automatique de la carte de séjour temporaire

Cette ordonnance de protection est applicable durant quatre mois, avec possibilité de renouvellement en cas de dépôt par la victime d'une requête en divorce ou en séparation de corps.

Cette loi met aussi en place l'expérimentation, pendant 3 ans, du bracelet électronique auprès d'auteurs de violences au sein du couple (conjoint, concubin, partenaire, « ex »)

Cette loi introduit un **nouveau délit de violences psychologiques au sein du couple dans le code pénal** en se fondant sur la définition du harcèlement moral :

Art. 222-33-2-1 : « Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail, et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ».

Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint, un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire.

La loi concernant les agressions sexuelles et le viol

Le viol est un crime : « Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace, ou surprise, est un viol » (art 222.23 du Code pénal).

La qualité de conjoint, concubin, pacsé ou ex-conjoint, ex-concubin, ex-pacsé constitue une circonstance aggravante de cette infraction (loi du 4 avril 2006, art 222-24 du code pénal).

Les pénétrations buccales ou anales, ainsi que les pénétrations sexuelles par les mains ou des objets, sont elles aussi des viols quand elles sont commises par violence, contrainte ou surprise. Le viol est jugé par la Cour d'assises

La loi du 9 Juillet 2010 supprime dans le code pénal la mention de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel s'agissant du viol entre époux.

Les autres agressions sexuelles sont des délits jugés par le Tribunal correctionnel.

« ***Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise*** » (art 222.22 du Code pénal).

Les autres agressions sexuelles sont jugées par le Tribunal correctionnel**.**

En Résumé

Code Pénal	Infraction	Peine maximale encourue
Art. 222-12	Violences ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Art. 222-13	Violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, ou sans aucune ITT par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
Art. 222-16	Appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores	1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende
Art. 222-17	Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende en cas de menace de mort
Art. 222-27	Agression sexuelle autres que le viol	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Art. 222-28	Agression sexuelle aggravée (ayant entraîné une blessure ou lésion ou commises par une personne ayant autorité sur la victime ou commises avec usage ou menace d'une arme)	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
Art. 222-29	Agression sexuelle sur un mineur de 15 ans, sur une personne vulnérable ou une femme en état de grossesse	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
Art. 222-3	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-5	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente	30 ans de réclusion
Art. 222-8	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-10	Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	15 ans de réclusion

Art. 222-23	Viol	15 ans de réclusion
Art. 222-24	Viol aggravé : ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, commis sur une personne en état de grossesse ou vulnérable ou par une personne ayant autorité sur la victime, commis avec ou sur la menace d'une arme	20 ans de réclusion
Art. 222-26	Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	Réclusion criminelle à perpétuité
Art. 224-1	Séquestration supérieure à 7 jours	20 ans de réclusion