



HAL
open science

Violences conjugales : état des lieux des connaissances des femmes et perception du rôle de la sage-femme dans le dépistage

Margaux Rousset

► **To cite this version:**

Margaux Rousset. Violences conjugales : état des lieux des connaissances des femmes et perception du rôle de la sage-femme dans le dépistage. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01414316

HAL Id: dumas-01414316

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414316>

Submitted on 12 Dec 2016

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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE
Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**VIOLENCES CONJUGALES :
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES
DES FEMMES ET PERCEPTION DU ROLE DE LA
SAGE-FEMME DANS LE DEPISTAGE**

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique
Marseille Méditerranée

Le 25 avril 2016

Par

ROUSSET Margaux
Née le 16/08/1993
à Avignon

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme

Directeur de mémoire :
TACIAK Sophie
Sage-femme diplômée d'Etat

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Aix Marseille Université

**VIOLENCES CONJUGALES :
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES
FEMMES ET PERCEPTION DU ROLE DE LA SAGE-
FEMME DANS LE DEPISTAGE**

Rousset Margaux
16 août 1993

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-femme
Année universitaire 2015-2016**

- Validation session juin 2016**
Mention :
- Félicitations du jury
- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Passable

- Validation session septembre 2016**

Visa de l'école

**VIOLENCES CONJUGALES :
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES
DES FEMMES ET PERCEPTION DU ROLE DE LA
SAGE-FEMME DANS LE DEPISTAGE**

Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, Sophie Taciak, de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail et de m'avoir fait part de son expertise dans le domaine des violences conjugales.

Merci à Mme Gilbertas, Mme Courtoisier, Mme Allard, Mme Sanchez et Mme Gagliano ainsi qu'aux sages-femmes des trois maternités dans lesquelles a été réalisée cette étude, pour leur soutien et leur implication.

Je remercie également Sébastien Riquet pour son apport bibliographique très riche, ainsi que Vanessa Pauly pour son aide statistique.

Merci aux Chicas pour leur infini soutien durant ces quatre dernières années et leur amitié indétrônable.

Enfin, merci à Justine et Timothé pour leur aide précieuse et à mes proches pour leur présence indispensable chaque jour.

Sommaire

I) Introduction.....	1
II) Matériels et méthode	5
III) Résultats.....	8
A) Caractéristiques de la population	8
B) Résultats principaux.....	10
B-1) Point de vue des femmes sur le rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales.....	10
B-2) Point de vue des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales	13
B-3) Etat des lieux des connaissances des femmes sur les violences conjugales	14
C) Résultats secondaires	17
IV) Analyse et discussion	20
A) Validité de l'étude	20
B) Caractéristiques générales de la population.....	21
C) Rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales	22
D) Dépistage systématique des violences conjugales.....	25
E) Connaissances des femmes sur les violences conjugales.....	27
F) Opportunités de dépistage des violences conjugales par les sages-femmes	29
V) Conclusion.....	33
Bibliographie	
Annexes	

I) Introduction

Les violences conjugales concernent près de 10% des femmes en France. [1] Ce phénomène, d'ampleur pourtant considérable, demeure méconnu et trop peu dénoncé, autant par les victimes que par la société. Pourtant, sa fréquence ne désemplie pas. Les dernières données statistiques nationales révèlent que chaque année 216 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Une femme décède tous les deux jours et demi environ sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint. [2]

En 2016, l'Institut national d'études démographiques (Ined) a pour projet une nouvelle enquête intitulée « Violences et rapports de genre » (VIRAGE) qui permettra d'actualiser ces données statistiques.

Au niveau mondial, le dernier rapport consacré à ce phénomène montre que presque un tiers des femmes ayant eu une relation de couple a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire. [3]

D'après le site internet concernant les violences conjugales et dédié aux professionnels de santé, les violences conjugales regroupent « toutes les formes de violence, utilisées par un partenaire ou ex-partenaire, à l'encontre de sa femme, dans un but d'emprise et de contrôle permanent. » [4]

On distingue six formes de violences conjugales : physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique, administrative.

Les violences conjugales peuvent donc se traduire par une atteinte de l'intégrité du corps (coups, secouements, brûlures, étranglements, etc.) mais également de l'intégrité psychique (chantages, menaces, critiques, etc.). Elles incluent entre autres, le viol, l'humiliation pendant les rapports sexuels. Elles peuvent aussi se manifester par l'instauration d'un rapport inégalitaire avec l'autre, l'utilisation d'un ton autoritaire ou encore par le fait de ne pas écouter son interlocuteur. Enfin, il peut également s'agir d'une interdiction de travailler, d'avoir accès à l'argent du couple, aux documents administratifs.

Concernant la grossesse, une étude menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans dix pays du monde a montré que plus de 5% des femmes ont été physiquement maltraitées lorsqu'elles étaient enceintes. 13 à 50% d'entre elles ont déclaré avoir été victimes pour la première fois pendant la grossesse. [5]

En France, 3 à 8% des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales. [6]

En réponse à ce problème majeur de santé publique, depuis quelques années, la France a fait de la lutte contre les violences envers les femmes une priorité.

Actuellement, le 4^e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, comporte d'importantes mesures nouvelles : création d'une ligne téléphonique unique, gratuite et disponible sept jours sur sept, d'établissements d'hébergement d'urgence, d'une campagne nationale d'information, d'un plan de coordination des intervenants auprès des victimes avec désignation d'un référent, etc. [7]

D'autre part, depuis sa création en 2013, la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) est chargée, entre autre, de produire et diffuser des données relatives à la violence envers les femmes, de sensibiliser les professionnels de santé, d'élaborer des outils de formations. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ainsi que d'autres associations représentant la maïeutique participent à ces travaux. [8]

Malgré ces efforts, les professionnels de santé se sentent toujours démunis face aux situations de violences. Les freins évoqués à l'absence de dépistage des violences sont nombreux : manque de temps, manque de formation ou de connaissances sur le phénomène, peur des retombées judiciaires, peur d'offenser les patientes, etc. [9]

Récemment, une enquête menée par la MIPROF auprès des sages-femmes a montré que seulement 19% d'entre elles pratiquent le dépistage systématique des violences conjugales. Pourtant 97% affirment porter un intérêt à ce dépistage. Cette contradiction s'explique principalement par le manque de formation qu'elles estiment avoir reçue. Enfin, cette étude a révélé que la quasi-totalité des sages-femmes pratiquant le dépistage systématique met en évidence des violences de façon quotidienne. A l'inverse, les sages-femmes qui n'interrogent jamais sur les violences, n'en ont jamais dépistées. [10] Ces derniers résultats peuvent être corrélés au fait que les victimes sont souvent muselées par la peur, mais dans l'attente implicite que la sage-femme aborde le sujet, qui est pour elles difficile à révéler.

A toutes ces raisons qui entravent le dépistage, vient s'ajouter l'absence de « standardisation » du dépistage en lien avec les recommandations floues et hétérogènes dont disposent les professionnels de santé en France.

Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de « proposer systématiquement un entretien individuel [...] et rechercher [...] toute forme d'insécurité » au cours de la grossesse. [11]

D'autre part, depuis 2014, Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) invite les professionnels de santé « à soutenir les actions de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences... ».

Pourtant, dans d'autres pays, le dépistage des violences conjugales est réalisé en routine à l'aide d'outils valides de dépistage utilisés par les professionnels de santé.

Par exemple, au Canada, l'outil « ALPHA^a » (Antenatal Psychosocial Health Assessment) est utilisé auprès des femmes enceintes pour dépister les violences physiques et psychologiques. Il comporte six questions telles que : « Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait ? », « Avez-vous déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire? ».

Aux Etats-Unis, un outil intitulé « évaluation prénatale de la santé psychosociale^b » est utilisé à l'occasion de la première consultation prénatale, puis une fois par trimestre et lors de la visite post-natale. Il comporte trois questions destinées à mettre en évidence les femmes enceintes victimes de violences conjugales. [12]

Il existe en fait quinze outils d'identification précoce des violences. Cependant, aucun n'est utilisé en France.

Bien que moins de 20% des sages-femmes pratiquent le dépistage systématique, la presque totalité d'entre elles estime avoir un rôle à jouer dans le repérage des violences conjugales. [10] Mais qu'en pensent les femmes ? Attribuent-elles à la sage-femme une place dans ce repérage des violences conjugales ?

Les questions de recherche de cette étude sont les suivantes :

D'après les femmes ayant accouché à Marseille entre mars et juin 2015, quelle est la place de la sage-femme en matière de dépistage des violences conjugales en périnatalité ?

^a Voir Annexe 1

^b Voir Annexe 2

Quelles sont les connaissances de ces femmes sur le thème des violences conjugales ?

L'étude a pour objectif principal d'analyser le point de vue des femmes sur le rôle qu'occupe la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité.

Elle comporte également deux objectifs secondaires :

Identifier le point de vue des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales.

Etablir l'état des lieux des connaissances des femmes sur les violences conjugales.

II) Matériels et méthode

Pour répondre aux objectifs de recherche, une étude prospective, descriptive, multicentrique et quantitative a été réalisée.

L'étude a été conduite dans les services de suites de couches de trois maternités de Marseille : la maternité de niveau III du CHU Conception (maternité 1), la maternité de niveau IIb du centre hospitalier Saint Joseph (maternité 2) et la maternité de niveau IIa de l'hôpital Beaugard (maternité 3). Ce choix a été fait afin de représenter les trois niveaux de maternités présents à Marseille.

Plusieurs critères ont été définis préalablement pour pouvoir sélectionner la population de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient : les patientes majeures, souhaitant participer à l'enquête, parlant la langue française, n'ayant pas subi une interruption médicale de grossesse ou une mort in utero, dont le nouveau-né était en bonne santé et auprès de sa mère.

Les critères de non inclusion étaient : les patientes mineures, ne souhaitant pas participer, ne parlant pas la langue française, ayant subi une interruption médicale de grossesse ou une mort in utero, dont le nouveau-né était hospitalisé en réanimation-néonatalogie.

Les critères d'exclusion étaient : les patientes n'ayant pas répondu à plusieurs questions constituant l'enquête.

L'étude s'est déroulée sur une période de quatre mois, de mars 2015 à juin 2015.

Du mois de mars 2015 au mois de juin 2015 : l'étude a été menée simultanément dans la maternité 1 où 186 questionnaires ont été distribués parmi lesquels 73 ont été récupérés et 5 ont été exclus ; et dans la maternité 2 où 160 questionnaires ont été distribués parmi lesquels 85 ont été récupérés et 1 a été exclu.

Au mois de juin 2015, l'étude a été réalisée dans la maternité 3 où 70 des 80 questionnaires distribués ont été récupérés dont 1 exclu.

Au total, l'étude a donc concerné 221 patientes dont 68 de la maternité 1, 84 de la maternité 2 et 69 de la maternité 3.

Initialement le projet était de réaliser des entretiens semi directifs auprès des patientes mais après plusieurs essais non concluants (refus des patientes ou réticences à l'idée de verbaliser auprès d'une étudiante sage-femme leur ressenti sur les sages-femmes rencontrées pendant la grossesse ou sur le « sujet tabou » des violences conjugales), l'outil de recueil de données a finalement été un questionnaire^c anonyme. Ce dernier a tout d'abord été testé auprès de dix accouchées du CHU Conception. Les réponses obtenues à l'issue de cette période d'essai n'ont pas été incluses dans l'étude.

Le questionnaire comportait 22 questions en grande majorité fermées. Il a été divisé en quatre parties. La première partie concernait les renseignements généraux sur la patiente. La seconde partie évoquait le suivi de la grossesse. La troisième partie interrogeait sur les connaissances de la patiente en matière de violences conjugales. La dernière partie traitait du rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales.

Dans ce questionnaire, des variables quantitatives et qualitatives ont été mesurées. Il s'agissait de : l'âge, la situation familiale, le niveau d'études, la profession, le nombre d'enfants, les modalités de suivi de la grossesse, la perception des qualités relationnelles des sages-femmes rencontrées, le point de vue sur le dépistage des violences conjugales par les sages-femmes, les connaissances sur : la définition des violences conjugales, les démarches des victimes et le pourcentage de femmes victimes dans le monde et pendant la grossesse en France.

Le questionnaire a été distribué aux patientes durant leur séjour, par moi-même uniquement, présentée en tant qu'étudiante sage-femme, réalisant cette enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études. Les objectifs de cette étude leurs étaient rappelés au préalable, et l'anonymat leur était garanti.

Les participantes ont rempli le questionnaire de façon autonome et l'ont remis au personnel afin qu'il soit récupéré le jour suivant.

Concernant l'analyse statistique, les données ont été saisies sur le serveur Excel.

^c Voir Annexe 3

Les statistiques ont été réalisées sur Excel et Sofastat.

Les variables quantitatives sont exprimées par des moyennes. Le minimum et le maximum sont indiqués de la façon suivante : [min ; max].

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages (arrondis au dixième près).

Les tableaux et figures exposées dans la partie « Résultats » ont été réalisés sur Excel.

Des comparaisons ont été réalisées entre les trois populations à l'aide des tests de Chi 2 et exact de Fisher. Lorsque la différence est statistiquement significative ($p < 0.05$), la valeur de « p » est indiquée dans les résultats et les tableaux comparatifs sont présentés en annexes.^d

^d Voir Annexe 4

III) Résultats

A) Caractéristiques de la population

Ci-dessous sont représentées les caractéristiques permettant de décrire la population étudiée. Elles ont été demandées dans la partie I du questionnaire. Les résultats sont présentés individuellement, pour chaque maternité, et pour l'ensemble de la population. Lorsque des différences statistiques de résultats entre les trois maternités ont été démontrées, la valeur de « p » est indiquée.

Tout d'abord, l'âge moyen de la population étudiée a été de 30,6 ans [18 ; 44]. La différence d'âge observée entre les trois maternités a été statistiquement non significative ($p=0,55$).

Ensuite, les résultats relatifs au statut conjugal de la population étudiée sont représentés dans le tableau suivant :

	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3	3 Maternités
Mariées	58,8% (40)	53,6% (45)	50,7% (35)	54,3% (120)
En union libre	23,5% (16)	28,6% (24)	40,6% (28)	30,8% (68)
Pacsées	4,4 % (3)	14,3% (12)	5,8% (4)	8,6% (19)
Célibataires	11,8% (8)	1,2% (1)	1,4% (1)	4,5% (10)
Séparées/divorcées	1,5% (1)	2,4% (2)	1,4% (1)	1,8% (4)

n=221

Tableau 1 : Statut conjugal de la population étudiée

Le statut conjugal différait dans les trois maternités de façon significative ($p=0,012$).

Concernant le niveau d'études des patientes, les résultats sont présentés dans le tableau ci-après :

	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3	3 Maternités
Brevet des collèges	7,4% (5)	2,4% (2)	8,7% (6)	5,9% (13)
CAP	13,2% (9)	1,2% (1)	4,3% (3)	5,9% (13)
BEP	8,8% (6)	3,6% (3)	15,9% (11)	9,0% (20)
Baccalauréat	17,6% (12)	17,9% (15)	20,3% (14)	18,6% (41)
Etudes supérieures	47,1% (32)	75,0% (63)	47,8% (33)	57,9% (128)

n=221

Tableau 2 : Niveau d'études de la population étudiée

La différence dans les trois maternités était statistiquement significative ($p=0,004$).

Concernant la profession des femmes, l'ensemble des résultats est présenté dans le tableau ci-dessous :

	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3	3 Maternités
Sans profession	45,6% (31)	4,8% (4)	24,6% (17)	23,5% (52)
Agriculteurs, exploitants	1,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,5% (1)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0,0% (0)	2,4% (2)	2,9% (2)	1,8% (4)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10,3 % (7)	28,6% (24)	11,6% (8)	17,6% (39)
Professions intermédiaires	16,2% (11)	29,8% (25)	18,8% (13)	22,2% (49)
Employés	23,5% (16)	31% (26)	42% (29)	32,1% (71)
Ouvriers	1,5% (1)	1,2% (1)	0,0% (0)	1,4% (3)
Etudiants	0,0% (0)	2,4% (2)	0,0% (0)	0,9% (2)

n=221

Tableau 3 : Profession des femmes de la population étudiée

Concernant le nombre d'enfants par femme dans la population étudiée, la moyenne a été de 1,8 [1 ; 4].

B) Résultats principaux

B-1) Point de vue des femmes sur le rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales

Les résultats suivants sont relatifs à l'objectif principal de cette étude qui consiste à analyser le point de vue des femmes sur le rôle qu'occupe la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité.

Concernant le graphique ci-dessous, les résultats sont présentés pour chaque maternité et pour la population dans sa totalité car la différence selon les maternités est statistiquement significative ($p=0,008$) :

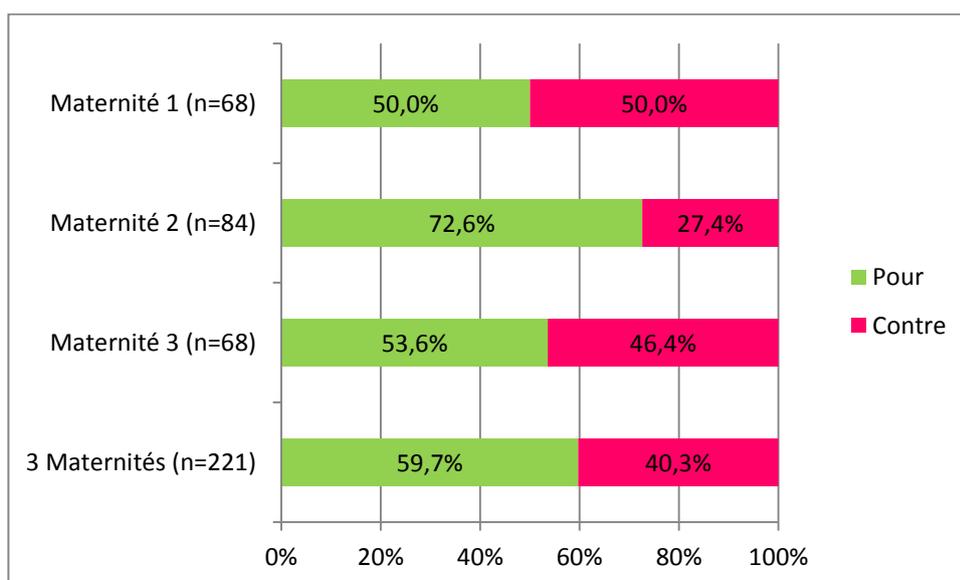
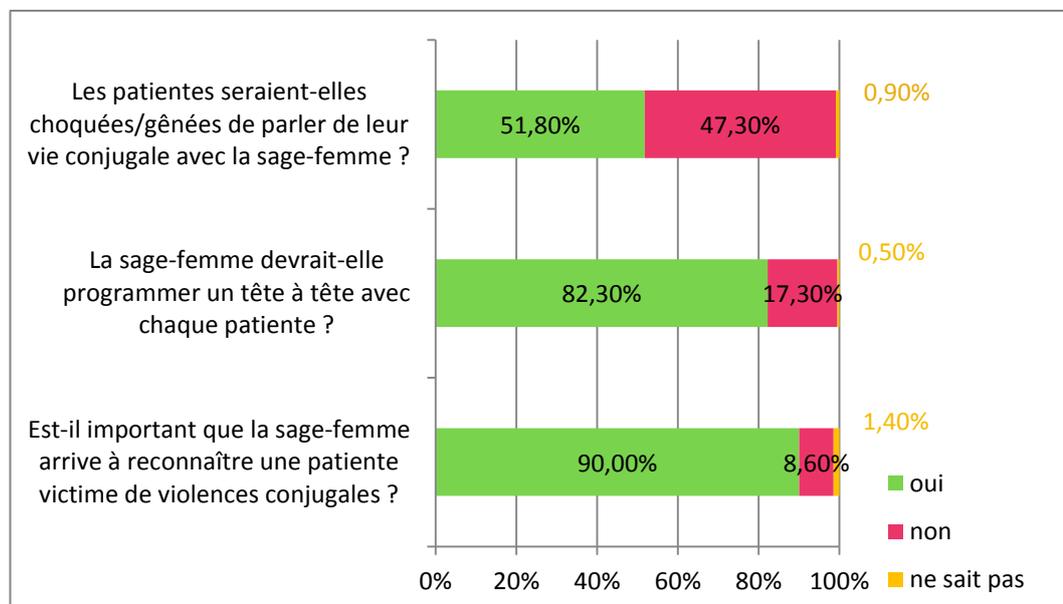


Figure 1 : Pourcentage de patientes pour et contre l'interrogation systématique sur la vie conjugale par la sage-femme

Sur le graphique suivant, les résultats ne sont présentés que pour la totalité de la population étudiée car les différences retrouvées entre les trois maternités ne sont pas significatives (respectivement : $p=0,082$ / $p=0,072$ / $p=0,456$).



n=221

Figure 2 : Point de vue des patientes sur le rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales

Concernant l'importance du dépistage des violences conjugales :

Chacun des critères suivants : toxicomanies, violences conjugales, dépressions, alcoolisme, tabagisme, troubles du comportement alimentaire (TCA), ont été numérotés par les patientes de 1 à 6, par ordre d'importance de dépistage par la sage-femme.

Le graphique suivant présente les pourcentages de patientes ayant classé au premier rang d'importance (c'est-à-dire numéroté 1) chacun des critères :

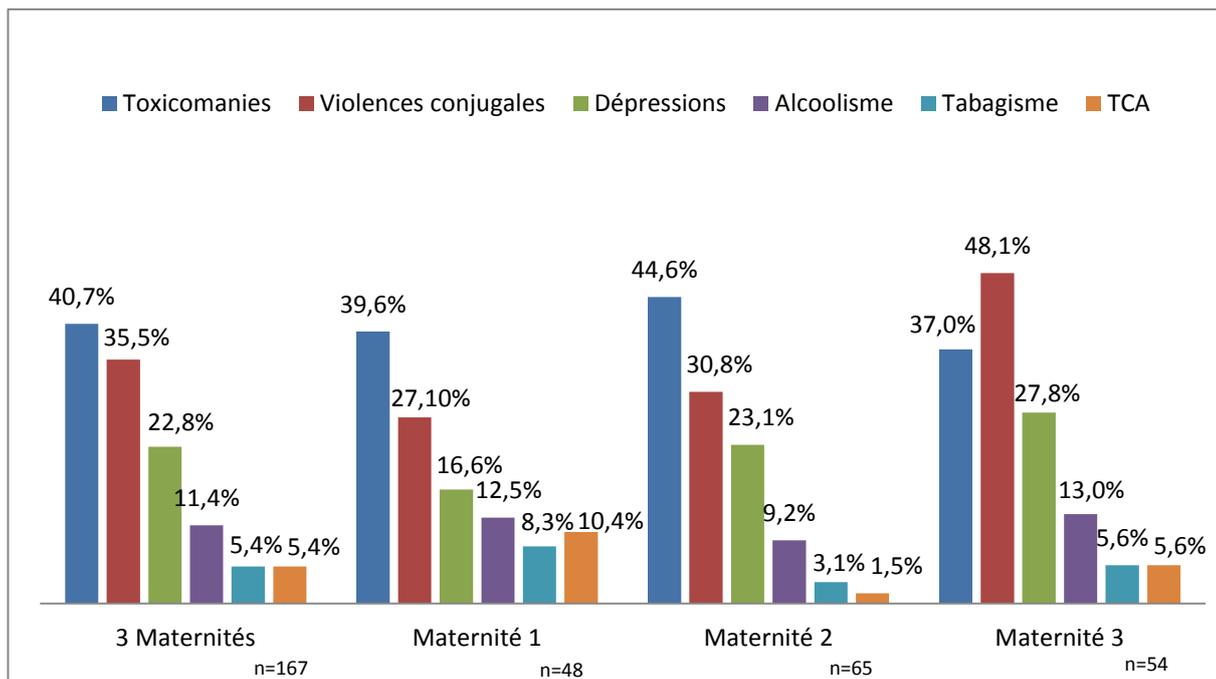


Figure 3 : Critère le plus important à dépister par une sage-femme (classé au premier rang) selon la population étudiée

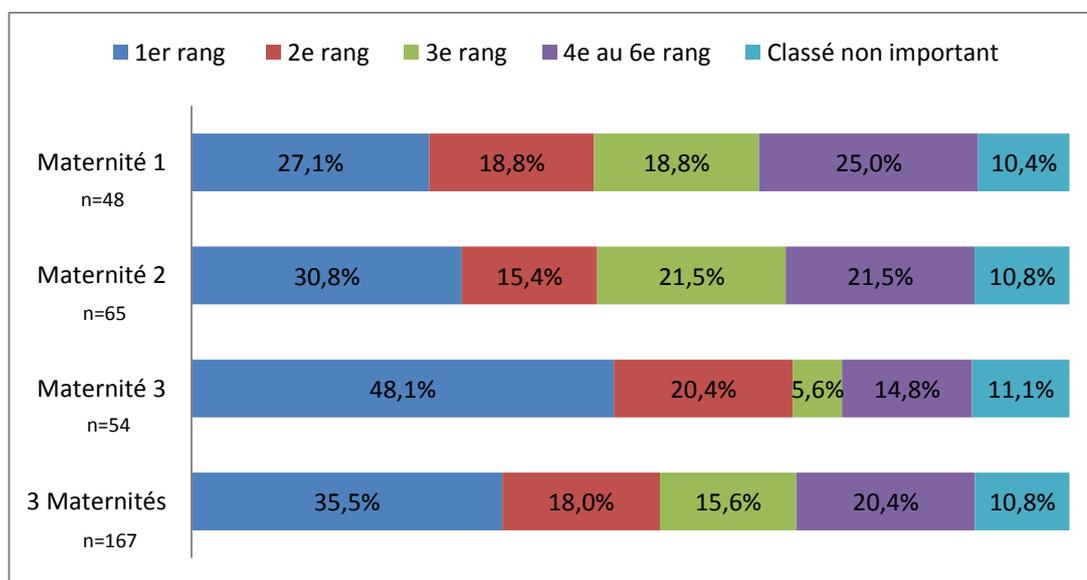


Figure 4 : Rang d'importance du dépistage des violences conjugales selon la population étudiée

B-2) Point de vue des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales

Les résultats ci-après sont relatifs au premier objectif secondaire qui consiste à identifier le point de vue des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales. Ils décrivent le point de vue des patientes concernant trois questions extraites d'outils de dépistage des violences conjugales utilisés à l'étranger.

Pour chacune des trois variables présentées dans ce tableau, les différences de résultats selon la maternité sont statistiquement significatives. La valeur de « p » est précisée.

	Les questions :		
	Sont trop intimes	Ne regardent pas les professionnels de santé	Devraient faire partie de l'interrogatoire
Maternité 1 n=68	19,1% (13)	8,8% (6)	30,9% (21)
Maternité 2 n=84	6,0% (5)	1,2% (1)	57,1% (48)
Maternité 3 n=69	15,9% (11)	1,4% (1)	46,4% (32)
3 Maternités n=221	13,1% (29)	3,6% (8)	45,7% (101)
p valeur	0,004	0,02	0,005

Tableau 4 : Point de vue des patientes sur les outils de dépistage systématique des violences conjugales utilisés à l'étranger

De plus, 4,1% des patientes (9) ont mentionné qu'elles trouvaient ces questions trop directes.

La figure ci-dessous décrit l'attitude des patientes si on leur posait des questions comme celles issues des outils de dépistage systématique. Elle présente le pourcentage de femmes qui répondraient à ces questions, le pourcentage de celles qui

n'y répondraient pas et le pourcentage de celles qui n'ont pas dit qu'elles y répondraient mais n'ont pas dit non plus qu'elles n'y répondraient pas.

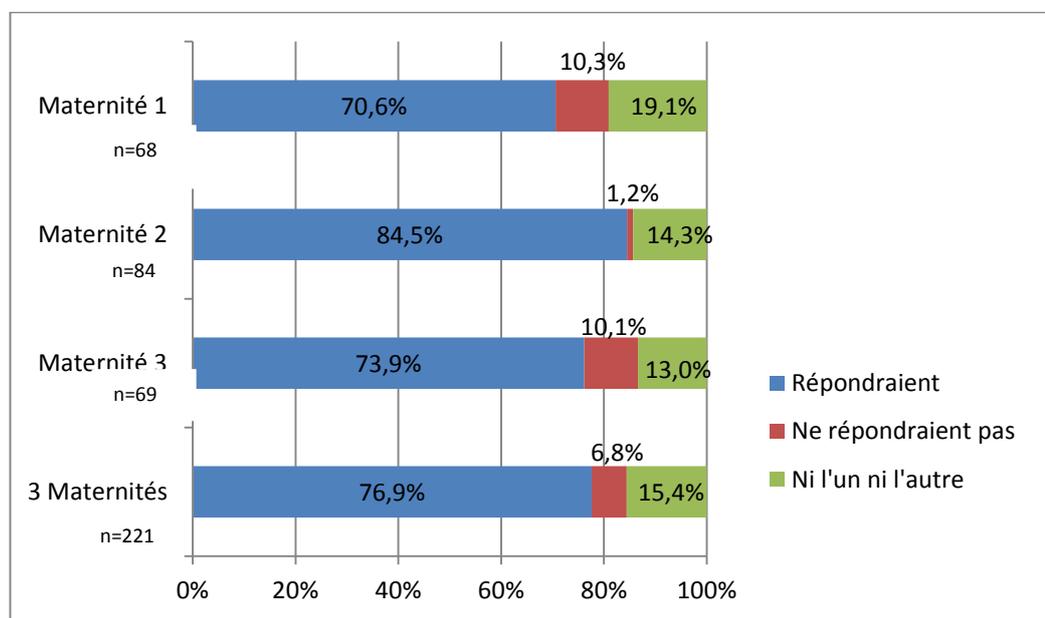


Figure 6 : Attitude des patientes si on leur posait des questions comme celles issues des outils de dépistage systématique

B-3) Etat des lieux des connaissances des femmes sur les violences conjugales

Les résultats suivants sont relatifs au deuxième objectif secondaire de cette étude qui consiste à établir l'état des lieux des connaissances des femmes sur les violences conjugales.

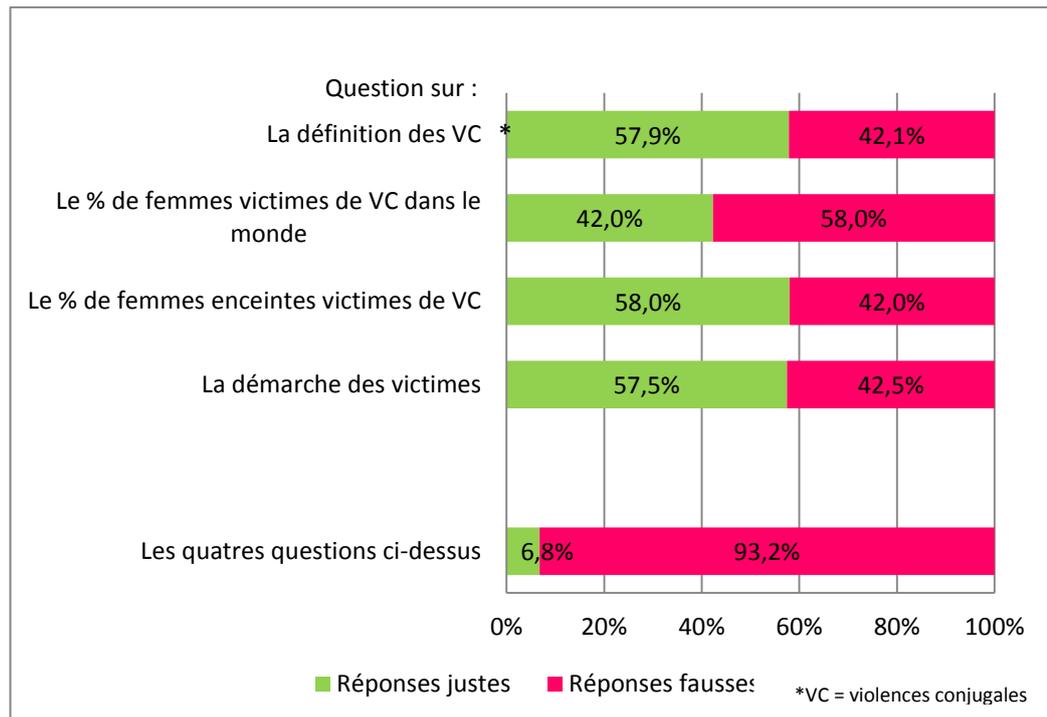


Figure 5 : Connaissances de la population étudiée sur les violences conjugales

Ci-dessous sont détaillés les résultats pour chacune des quatre questions posées aux patientes.

Le tableau suivant montre les proportions de femmes ayant mentionné et n'ayant pas mentionné chacun des items constituant la définition des violences conjugales :

	Mentionné	Non mentionné
Coups, claques, secouements	93,6% (206)	6,4% (15)
Insultes, menaces, chantage	90,0% (199)	10,0% (22)
Séquestrations, interdiction de sortir	84,6% (187)	15,4% (34)
Interdiction d'accès à l'argent, de posséder une carte bancaire	61,5% (135)	38,5% (86)

n=221

Tableau 5 : Réponses des femmes concernant la définition des violences conjugales

Le tableau ci-dessous présente les réponses données par les femmes concernant :

- la prévalence des femmes victimes de violences conjugales dans le monde ;
- la prévalence des femmes enceintes victimes de violences conjugales, en France.

dans le monde		
1 femme sur 3	1 femme sur 10	1 femme sur 100
42,0% (92)	43,4% (95)	14,6% (32)
en France, chez les femmes enceintes		
1% des femmes	5% des femmes	20% des femmes
26,0% (57)	58,0% (127)	16,0% (35)

n=219

Tableau 6 : Réponses des femmes concernant la prévalence des violences conjugales

Enfin, en ce qui concerne la démarche des victimes de violences conjugales, le tableau suivant présente les réponses des femmes concernant le premier interlocuteur des victimes :

Proche	Professionnel de santé	Police/gendarmerie	Association d'aide aux victimes
57,5% (126)	24,7% (54)	2,7% (6)	20,1% (44)

n=219

Tableau 7 : Réponses des femmes concernant le premier interlocuteur des victimes de violences conjugales

C) Résultats secondaires

Concernant les modalités de suivi de la grossesse :

La figure ci-dessous représente le nombre de femmes dont le suivi de grossesse (consultations prénatales) a été réalisé par une sage-femme :

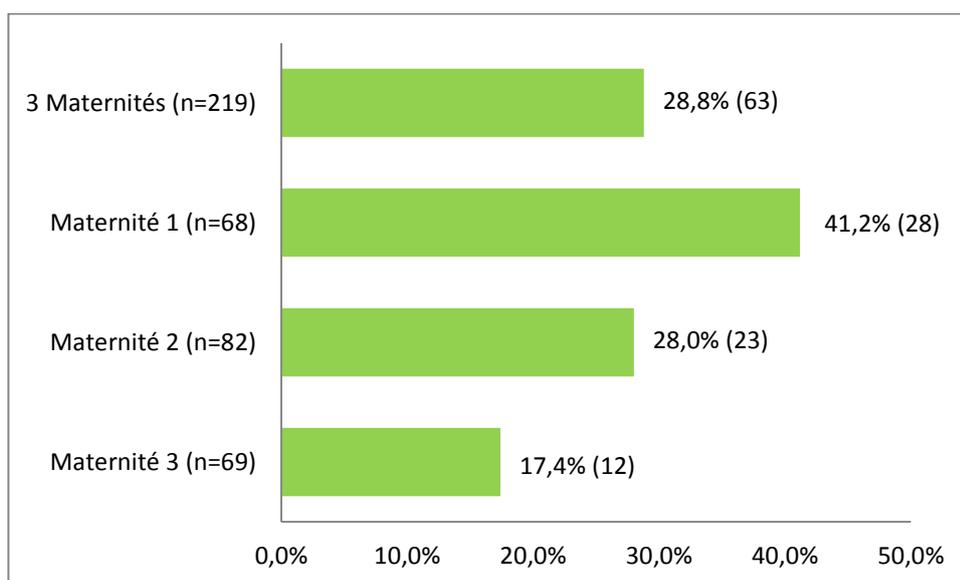


Figure 6 : Suivi de grossesse réalisé par une sage-femme

Le tableau ci-après présente le point de vue des 63 patientes qui ont été suivies par une sage-femme sur les compétences relationnelles de celle-ci :

	Maternité 1	Maternité 2	Maternité 3	3 Maternités
Effectif total	28	23	12	63
Suffisamment à l'écoute	100,0% (28)	95,5% (21)	100,0% (12)	98,4% (61)
Mise en confiance	100,0% (28)	95,5% (21)	100,0% (12)	98,4% (61)
Possibilité d'aborder tous les sujets	85,7% (24)	95,5% (21)	100,0% (12)	91,9% (57)

Tableau 5 : Point de vue des patientes sur les compétences relationnelles de la sage-femme qui a suivi la grossesse

Les résultats suivants (tableaux 8 et 9) ne concernent que les 165 patientes qui ont répondu avoir rencontré au moins deux sages-femmes depuis le début de la grossesse.

Le tableau 8 classe par ordre décroissant les sages-femmes rencontrées par les patientes depuis le début de la grossesse :

Lieu d'exercice de la sage-femme	Effectif
Salle de naissances	81,8% (135)
Suites de couches	77,6% (128)
Cours de préparation à la naissance et à la parentalité	52,1% (86)
Suivi à domicile	37,6% (62)
Entretien prénatal précoce	33,9% (56)
Consultations	30,3% (50)
Urgences	28,5% (47)
Echographie	22,4% (37)
Hospitalisation en grossesses à risque élevé	18,8% (31)

Tableau 8 : Répartition des sages-femmes rencontrées depuis le début de la grossesse, par les patientes ayant rencontré au moins deux sages-femmes

Les résultats ci-dessous identifient par ordre décroissant les sages-femmes avec lesquelles les patientes se seraient senties les plus confiantes pour parler de vie privée.

Sage-femme	Effectif
Sage-femme libérale	77,4% (48)
Sage-femme de PNP	52,3% (45)
Sage-femme des GRE	32,3% (10)
Sage-femme de la salle de naissances	30,4% (41)
Des consultations prénatales	30,0% (15)
De l'EPP	28,6% (16)
Sage-femme échographiste	21,6% (8)
Sage-femme des suites de couches	21,1% (27)
Sage-femme des urgences	19,1% (9)

Tableau 9 : Identification par la population étudiée de la sage-femme mettant le plus en confiance pour parler de vie privée

IV) Analyse et discussion

A) Validité de l'étude

En ce qui concerne la validité de l'étude, plusieurs biais ont été identifiés.

Tout d'abord, un biais d'information lié à la méconnaissance des compétences et du champ d'exercice de la sage-femme. Par exemple, parmi les 165 patientes ayant rencontré au moins deux sages-femmes depuis le début de la grossesse, 18,2% n'ont pas répondu qu'elles avaient rencontré une sage-femme en salle de naissances, et 22,4% ont pensé qu'elles n'avaient pas rencontré de sage-femme en suites de couches. Ceci est pourtant peu probable.^e

Ensuite, un second biais lié au fait que les patientes avaient connaissance du fait que l'enquête était menée par une étudiante sage-femme et qu'elles n'ont peut-être pas osé donner leur point de vue réel sur la profession.

Enfin, un biais de sélection lié au fait que les trois maternités n'ont pas été choisies au hasard mais dans le but de représenter les trois niveaux de maternités (III, IIb, IIa) présents à Marseille. D'autre part, le service de suites de couches de la maternité IIa de l'étude était également mon terrain de stage durant la période à laquelle l'enquête a été menée. Les réponses des patientes ont donc pu être influencées par le fait qu'elles me connaissaient.

Cependant, l'étude a concerné 221 patientes, c'est-à-dire un effectif assez conséquent pour tenter de reproduire au mieux la population générale des accouchées de Marseille. De plus, elle a porté sur une population hétérogène, répartie dans trois maternités différentes de la ville.

Dans la partie suivante relative à l'analyse des caractéristiques générales de la population, il sera mis en évidence une grande hétérogénéité, notamment concernant le niveau d'études, la profession et le statut conjugal des femmes. C'est pourquoi les résultats me semblent généralisables à une population plus large, à l'ensemble de la ville de Marseille.

^e Voir tableau 8 de la partie « Résultats »

Par ailleurs, le questionnaire d'une part anonyme et d'autre part rempli en autonomie, paraît être l'outil le plus approprié au recueil de données sur un thème tabou. Pour que les femmes puissent émettre avec honnêteté leur avis sur les qualités relationnelles et le rôle de la sage-femme, il paraît donc adapté.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de cette étude. La première est liée au coût d'impression de plus de 400 questionnaires. La seconde difficulté concerne les nombreux déplacements effectués dans les trois maternités, et le temps passé à distribuer et récupérer les questionnaires. Enfin, les réticences de certaines patientes à l'égard du sujet d'étude ont compliqué le recueil des données. Cependant, pour pallier à cette difficulté, des précisions orales sur l'objectif de l'enquête ont été apportées à chaque patiente lors de la distribution du questionnaire. Il leur a été expliqué que le but n'était pas de dépister les difficultés au sein de leur couple, ce qui a facilité leur adhésion au projet.

Le taux de réponses aux questionnaires distribués a été de 53,5%.

Il a été de 39,3% pour la maternité 1, 53,1% pour la maternité 2 et 87,5% pour la maternité 3. Cependant, comme expliqué ci-dessus, ce dernier résultat est à corrélérer au fait que les patientes de la maternité 3 me connaissaient et ont pu être influencées. Il est, par conséquent, non significatif.

B) Caractéristiques générales de la population

L'analyse des résultats concerne tout d'abord les caractéristiques de la population.

L'âge moyen des patientes était de 30,6 ans, le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,8. Ces deux résultats sont comparables à ceux de l'enquête nationale de périnatalité de 2000, dans laquelle la tranche d'âge la plus représentée était celle des 30-34ans (33,2%) et dans laquelle la majorité des femmes enceintes participantes étaient nullipares ou primipares (78,0%). [13]

Concernant le statut conjugal nous avons constaté que le célibat était majoritairement présent dans la maternité 1. Dans la maternité 3, la proportion de femmes en union libre a été plus élevée que dans les deux autres maternités, au profit des femmes mariées qui elles, ont été moins nombreuses.

Concernant le niveau d'études, c'est dans les maternités 1 et 3 qu'il a été dénombré le plus de femmes possédant des certificats d'aptitude professionnelle (CAP) et brevets d'études professionnelles (BEP). A l'inverse, la maternité 2 a comporté en majorité des femmes ayant réalisé des études supérieures.

Enfin, nous avons pu observer un taux décroissant de patientes sans profession, de la maternité 1 à la maternité 3 puis à la maternité 2. D'autre part, les employées ont constitué la classe socioprofessionnelle la plus représentée dans la maternité 1 comme dans la maternité 3. En revanche, dans la maternité 2 les femmes ont été réparties quasiment à parts égales dans trois classes : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires et employés.

Finalement, l'hétérogénéité de ces caractéristiques descriptives montre une grande diversité au sein de la population sélectionnée. Elle renforce la validité de l'étude.

C) Rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales

Ensuite, sont analysés les résultats permettant d'atteindre l'objectif principal qui consiste à analyser le point de vue des femmes sur le rôle qu'occupe la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité.

Pour 90,0% des femmes interrogées, il paraît important que la sage-femme sache reconnaître une patiente victime de violences conjugales. La majorité des femmes s'accordent donc à dire que le repérage des violences conjugales fait partie des compétences de la sage-femme. Le Référentiel métier et compétences, rappelle d'ailleurs que la sage-femme est chargée dans le cadre des consultations prénatales, de réaliser un « interrogatoire personnalisé [...] pour détecter les facteurs de risque éventuels, de vérifier la « qualité du soutien de l'entourage » et de repérer les situations de maltraitances, et les conditions de vie domestique défavorables. [14]

Toujours en lien avec l'importance du dépistage par la sage-femme, plus d'un tiers des femmes (35,5%) a classé les violences conjugales au premier rang d'importance de dépistage, devant tous les autres comportements à risque (toxicomanies, dépressions, alcoolisme, tabagisme et troubles du comportement alimentaire). Même si, une plus grande proportion de la population totale (40,7%) a classé en tête de la liste d'importance les toxicomanies ; pour les accouchées de la maternité 3, les violences conjugales ont été perçues comme primordiales à dépister (rang numéro 1).

Ces résultats confortent les données précédentes, selon lesquelles neuf femmes sur dix de notre étude ont jugé important que la sage-femme arrive à reconnaître une victime de violences.

Toutefois, même s'il s'agit d'une minorité, 10,8% des femmes ont classé non important le dépistage des violences conjugales. Notons que ce résultat coïncide avec les 10,0% de femmes pour lesquelles il n'est pas important que la sage-femme arrive à repérer les violences au sein du couple. De plus, 20,4% ont classé les violences conjugales entre le quatrième et le sixième et dernier rang d'importance de dépistage. Finalement, il en découle qu'un peu plus d'un tiers des femmes sous-estime largement le risque et la sévérité liés au phénomène des violences conjugales.

Plus de la moitié des femmes interrogées (59,7%) a répondu que, selon elle, la sage-femme devrait interroger chaque patiente sur sa vie conjugale. Ceci se rapproche d'un des résultats rapportés par M. Palisse dans sa thèse présentant le point de vue des patientes sur le repérage des violences sexuelles. En effet, parmi les 145 femmes interrogées dans son étude, 77 (53,1%) ont considéré qu'un questionnaire sur la vie sexuelle devrait être systématique. [15]

A ce propos, il a été mis en évidence que la crainte d'être intrusif dans la vie privée des couples ainsi que la réaction des femmes constituent un frein au dépistage des violences par les professionnels de santé. [9] En corrélation avec cette connaissance, dans cette étude, 51,8% des patientes interrogées ont répondu que selon elles, les femmes seraient choquées/gênées de parler de leur vie conjugale avec la sage-femme. Ceci confirme qu'il s'agit d'un sujet encore perçu comme tabou pour de nombreuses personnes et laisse penser qu'il persiste dans les esprits une appréhension à aborder le thème des violences.

Cependant, en 2013, M. Palisse a montré à travers sa thèse que seulement 7,0% des femmes avaient été mal à l'aise suite à un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste, et 2,0% avaient été choquées. Ces résultats nous laissent supposer que finalement, lorsque les femmes se retrouvent face à la situation de dépistage, celle-ci leur paraît adaptée. Il faut donc, pour pouvoir questionner les femmes sur l'entente au sein de leur couple, passer outre les préjugés selon lesquels aborder le thème des violences peut paraître choquant.

L'auteur a également rapporté que plus de deux tiers des femmes victimes de son étude auraient souhaité que leur médecin les questionne sur les violences au moment des faits. Nous pouvons donc penser que le questionnement par le professionnel de santé permettrait d'ouvrir une porte à la victime, qui jusque-là n'avait osé aborder ce sujet, par laquelle elle entrera lorsqu'elle se sentira prête. Il convient donc, pour pallier au sentiment de malaise ou de recul qu'elle pourrait éprouver, de lui laisser le choix de répondre ou de ne pas répondre et de lui faire comprendre que la conversation pourra être reprise plus tard, lorsqu'elle l'aura décidé.

En ce qui concerne la manière d'aborder le sujet, pour 82,3% des femmes interrogées, une consultation où la patiente serait seule face à la sage-femme devrait être programmée. Ce résultat rejoint les recommandations de la HAS en matière de suivi des femmes enceintes à risque, qui préconise de « proposer systématiquement un entretien individuel [...] [pour] rechercher [...] toute forme d'insécurité ». [11]

Pour M. Delespine, sage-femme chargée du programme de prévention des violences faites aux femmes au réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien, la question des violences conjugales ne peut être abordée en présence de quiconque. En effet, la présence du conjoint peut constituer un danger si des violences existent au sein du couple. Par ailleurs, des violences antérieures, exercées par un ex-partenaire, mais dont le conjoint actuel n'a pas connaissance, peuvent avoir existé. Il convient donc de les évoquer lors d'une consultation aménagée en tête à tête avec la patiente pour faciliter ses confidences. Pour l'auteur précédemment cité, les premières consultations prénatales constituent une opportunité au questionnement sur les violences puisque, certains actes tels que l'interrogatoire sur les antécédents d'interruption de grossesse, ou encore la prescription des sérologies imposent « le secret en faveur des patientes ». [16]

Nous reviendrons plus tard (dans la partie sur l'analyse des résultats secondaires) sur les situations propices au dépistage.

D) Dépistage systématique des violences conjugales

Les résultats relatifs au premier objectif secondaire de l'étude (qui consiste à identifier le point de vue des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales) sont analysés ci-dessous.

« Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poing ou de pieds, ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ? »

« Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? »

« Etes-vous en relation avec une personne qui vous menace ou vous blesse physiquement ? »

Après lecture des trois questions ci-dessus, extraites d'outils valides de dépistage systématique des violences conjugales (l'AAS (Abuse Assentiment Screen)^f, le WAST (Woman Abuse Screening Tool)^g et l'évaluation prénatale de la santé psychosociale (ACOG)^h :

76,9% des patientes interrogées ont répondu que si un professionnel de santé leur posait ces questions, elles y répondraient. En revanche, 6,8% ont déclaré qu'elles n'y répondraient pas, et 15,4% ne se sont pas prononcées.

Ces résultats se rapprochent de l'étude de Bacchus et al, menée en Angleterre, dans laquelle les femmes interrogées avaient déclaré être favorables à un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse, si interrogées par une personne compétente. [17] En effet, lorsque ces patientes ont réalisé l'évaluation du dépistage des violences conjugales auquel elles avaient toutes participé pendant leur grossesse, 99% ont déclaré « acceptable » d'être interrogées par une sage-femme sur ce sujet.

Par ailleurs, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommande de réaliser un dépistage des violences conjugales chez toutes les patientes, mais également de le répéter plusieurs fois en période périnatale. En effet, il préconise de pratiquer ce dépistage à la première consultation, une fois par trimestre et à la visite post-natale. [4] Le mot systématique prend alors un double sens, signifiant à la fois « pour toutes » et « à plusieurs reprises ».

^f Voir Annexe 5

^g Voir Annexe 6

^h Voir Annexe 2

Dans l'étude anglaise précédemment citée, les femmes trouvaient particulièrement bénéfique de renouveler le dépistage car la nature de la relation avec le partenaire peut évoluer au cours du temps. En effet, il a été mis en évidence que les violences conjugales s'aggravent durant la grossesse pour plus de la moitié des victimes. [18] Ou encore, que ces violences débutent, dans 40% des cas pendant la grossesse. [19] C'est pourquoi, le repérage de cette situation de vulnérabilité paraît essentiel en période périnatale, y compris pour les patientes déjà rencontrées précédemment (que ce soit au cours d'un suivi gynécologique de prévention ou d'une consultation préconceptionnelle) et pour lesquelles des violences avaient été écartées.

En revanche, dans notre étude auprès des accouchées, seulement 45,7% ont répondu que des questions telles que celles issues des outils de dépistage systématique devraient faire partie de l'interrogatoire du professionnel de santé. 13,1% d'entre elles les ont trouvées trop intimes et 4,1% ont mentionné qu'elles étaient trop directes.

En résumé, bien que les trois quarts des patientes aient mentionné qu'elles répondraient à des questions de ce type, plus de la moitié a jugé qu'elles n'étaient pas adaptées à l'interrogatoire du professionnel de santé. Selon les femmes, cette manière de questionner sur les violences faites aux femmes ne semble donc pas être la plus efficace.

Dans la littérature actuelle, la manière de mener l'interrogatoire à la recherche des violences est très controversée, à l'image des avis divergents des femmes de l'étude. Pour certains auteurs, le dépistage doit être réalisé systématiquement mais à l'aide de questions moins directives que celles citées plus haut.

Par exemple, pour la sage-femme M. Delespine, la forme du dépistage « doit être propre à chaque professionnel » mais il est nécessaire que la question de violences antérieures y compris sexuelles soit posée systématiquement. Le questionnement peut prendre cette forme : « avez-vous été violentée ou malmenée ? ». [16]

Pour R. Henrion, en l'absence de signes physiques évocateurs, la seule façon de dépister les violences est l'interrogatoire systématique par des questions simples telles que : « Vous entendez-vous bien avec votre mari ? », « Que se passe-t-il quand vous vous disputez avec lui ? ». Pour créer un climat de confiance et faciliter le dialogue avec les victimes, l'auteur préconise également de montrer à la patiente « l'automatisme » du questionnement à l'aide de questions telles que : « On parle

beaucoup en ce moment de mésentente dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? ». [9]

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, encourage elle aussi à rendre compte à la femme de la généralisation du dépistage, en indiquant par exemple « je pose cette question systématiquement à toutes mes patientes ». En revanche, elle affirme que les questions directes, plus « terre à terre » portant sur le comportement du partenaire (mentionnant les mots « gifles », « claques », « coup de pieds », etc.) sont moins ambiguës et plus efficaces que celles qui contiennent les mots « sévices », « agression ».

En résumé, la systématisation du dépistage semble être la solution adéquate pour repérer les victimes et les aider à briser le silence. En revanche, les outils de dépistage utilisés à l'étranger ont été décrits comme trop « stigmatisants » par les patientes de l'étude (constitués de questions inadaptées, trop intimes ou trop directes). En France, il n'existe pas de réel consensus quant à la manière de mener ce dépistage, mais de nombreux guides tel que l'outil pédagogique « ANNAⁱ » élaboré par la MIPROF sont à disposition des sages-femmes. Le questionnement sur les violences doit être fait dans un climat d'écoute active et de confiance, et doit être personnalisé en fonction de chaque patiente mais aussi de l'expérience et de la personnalité du praticien.

E) Connaissances des femmes sur les violences conjugales

Concernant le deuxième objectif secondaire qui consiste à établir l'état des lieux des connaissances des femmes sur les violences conjugales, les résultats sont analysés ci-après.

- 42,0% des femmes interrogées ont eu une idée réaliste de la prévalence des violences conjugales dans le monde. Elles ont répondu qu'une femme sur trois était concernée, comme l'a établi l'OMS dans son rapport de 2013. [3]

ⁱ Voir Annexe 7

Il est à souligner que plus de la moitié des femmes (58,0%) ont sous-estimé largement l'ampleur des violences conjugales. Nous ne disposons pas d'enquête comparative, testant les connaissances des patientes sur le thème des violences conjugales. Néanmoins, dans l'étude de Bacchus et al, en 2002, après interrogation des sages-femmes sur la prévalence des femmes victimes, il en était ressorti qu'un tiers d'entre elles avait répondu juste. [17] Nous pouvons penser, au vu de ces résultats, que même si le phénomène des violences conjugales reste en grande partie méconnu, les nombreuses campagnes d'information actuelles tendent à accroître les connaissances de la population.^j

- 58,0% des femmes interrogées connaissaient la prévalence des femmes enceintes victimes de violences conjugales, et ont répondu qu'environ 5% étaient concernées.

En effet, en France, depuis 1997, la prévalence de victimes de violences conjugales parmi les femmes enceinte est estimée entre 3 et 8%. [6] Au niveau mondial, d'après une enquête multipays réalisée par l'OMS en 2005, la proportion de femmes ayant été enceintes et physiquement maltraitées dépassait 5%. [5]

Encore une fois ici, une part importante des femmes interrogées (42,0%) ignorait la prévalence exacte.

- En ce qui concerne, la définition des violences conjugales, une grande partie de la population (42,1%) n'a pas mentionné que les violences conjugales pouvaient être à la fois physiques (coups, claques, secouements), verbales (insultes, menaces, chantages), psychiques (séquestrations, interdictions de sortir) et économiques (interdiction d'accès à l'argent, de posséder un moyen de paiement). Pourtant, en 2000, les formes de violences les plus fréquemment révélées par les victimes étaient les violences verbales et psychologiques. [1] En revanche et de manière logique, la quasi-totalité des femmes interrogées (93,6%) a reconnu l'existence des violences physiques. Il est à noter que 38,5% des femmes ont ignoré l'existence des violences économiques.

^j Voir Annexe 8

- Enfin, concernant la démarche des victimes de violences conjugales : l'enquête Cadre de vie et sécurité de l'INSEE réalisée en 2007, a montré que les victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du ménage se confiaient en premier lieu à un proche. [20] Dans notre étude, la majorité des patientes (57,5%) a donné cette réponse exacte. Plusieurs enquêtes (celle précédemment citée ainsi que l'enquête ENVEFF publiée en 2000) ont confirmé qu'un grand nombre de victimes (environ 20%) se confiaient à un professionnel de santé, avant la, police, la gendarmerie et la justice. Le recours aux associations d'aide aux victimes est toutefois controversé. Dans l'enquête de 2000, il a été retrouvé que les femmes s'y adressaient en dernier lieu, tandis que dans l'enquête de 2007, jusqu'à 20% des victimes y avaient eu recours. Finalement, dans notre étude, les réponses données par les femmes concernant les interlocuteurs premiers des victimes (par ordre décroissant : proches, professionnel de santé, association, police/gendarmerie), ont été cohérentes par rapport à la démarche réelle des victimes.

Pour conclure sur ce test des connaissances sur les violences conjugales, il est important de rappeler que seulement 6,8% des patientes ont répondu juste à la totalité des questions posées. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle le phénomène des violences conjugales reste méconnu. En effet, les dernières données statistiques remontent à plus de quinze ans. Ces connaissances médiocres confortent également l'idée selon laquelle les violences sont trop souvent tues, par peur des représailles pour les victimes qui briseraient le silence, et par honte de leur situation.

F) Opportunités de dépistage des violences conjugales par les sages-femmes

Sont ensuite analysés les résultats secondaires de l'étude.

Le suivi de grossesse a été réalisé par une sage-femme pour moins d'un tiers (28,8%) des femmes. Une différence statistiquement significative a été notée dans les

trois maternités ($p=0.009$). En effet, les résultats montrent que la prévalence du suivi par une sage-femme est décroissante de la maternité 1, à la maternité 2 puis la maternité 3. Pourtant, des consultations prénatales réalisées par des sages-femmes existent dans les trois maternités. D'autre part, la maternité 1 (étant une maternité de niveau III) compte plus de grossesses pathologiques que les deux autres. Il peut donc paraître surprenant qu'elle comporte la plus grande proportion de femmes suivies par une sage-femme.

Malgré ces différences inter-maternités, la quasi-totalité des femmes suivies par une sage-femme en consultations prénatales a trouvé la sage-femme suffisamment à l'écoute (98,4%), a ressenti la possibilité d'aborder tous les sujets avec elle (91,9%) et s'est sentie en confiance (98,4%). Ces résultats renforcent l'hypothèse selon laquelle les consultations prénatales pourraient être pour la sage-femme une opportunité pour dépister les violences conjugales, notamment lors du premier trimestre (par exemple à l'occasion de la réalisation de l'anamnèse, la prescription des sérologies) comme le proposait M. Delespine. [16] Par ailleurs, la répétition à sept reprises des consultations prénatales, pouvant être réalisées par la même sage-femme, permet de créer un climat de confiance propice au dialogue sur la vie privée des patientes. Il apparaît donc, pour la sage-femme des consultations de grossesse, une place évidente dans le dépistage.

Toujours en faveur des situations propices au dépistage, « dans le cadre de la prise en charge de sa grossesse, une femme est vue habituellement 18 fois par un(e) soignant(e) : sept visites prénatales, trois échographies, six séances de préparation à la naissance, un entretien prénatal et une consultation d'anesthésie. Ces rendez-vous constituent autant d'opportunités pour prendre le temps de poser systématiquement la question de la violence ». [21]

Il a donc été demandé aux patientes ayant rencontré au moins deux sages-femmes entre le début de la grossesse et le séjour en suites de couches, de déterminer avec quelle sage-femme elles se seraient senties les plus confiantes pour parler de leur vie privée.

La majorité (77,4%) a répondu qu'il s'agissait d'une sage-femme libérale effectuant un suivi à domicile. Nous pouvons en effet penser que les visites répétées (au moins une fois par semaine) par la même sage-femme (laquelle peut être choisie par la patiente), favorisent l'instauration d'un climat de confiance. A cela, s'ajoute le fait que la patiente se retrouve dans son environnement personnel et que la sage-femme a souvent plus de temps à lui consacrer, par rapport à un monitoring effectué à l'hôpital par exemple.

La sage-femme libérale occuperait donc une place très importante dans le repérage des difficultés au sein du couple.

Ensuite, plus de la moitié (52,3%) des patientes ayant pris des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a pensé que la sage-femme qui les avait réalisés était celle avec laquelle elle se serait sentie la plus confiante pour aborder sa vie privée. Pour 28,6% des femmes ayant participé à un entretien prénatal précoce (EPP), il s'agissait de la sage-femme avec laquelle elles l'avaient réalisé.

D'après les recommandations professionnelles éditées par la HAS en 2005, l'entretien prénatal précoce a, entre autres, pour objectif : « un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité » y compris des violences conjugales, et « de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas [les] taire ». [22]

Depuis l'Enquête périnatale de 2010, où 21,4% des femmes participantes avaient assisté à un EPP au cours de la grossesse, le taux de participation semble en hausse au vu des résultats de notre étude. [13] Cependant, dans notre enquête, seulement 33,9% des femmes ont réalisé un EPP, alors qu'il permet d'ouvrir le dialogue sur la vie conjugale et sur des violences éventuelles. Toutes les femmes enceintes devraient bénéficier de cet entretien afin d'être soumises au moins une fois pendant leur grossesse à un questionnement sur les comportements au sein du couple, l'entente avec le partenaire.

Il est important, pour toutes femmes victimes ou à risque de violences et qui n'auraient pas osé dénoncer leur situation au cours de l'EPP, de répéter le dépistage au cours des séances de PNP. Le dépistage peut alors prendre la forme d'un dialogue sur la nécessité d'un environnement sécuritaire pour l'enfant à naître, de comportements parentaux adaptés, etc.

Parmi les femmes qui ont été hospitalisées pendant la grossesse, 32,3% ont répondu que la sage-femme du service de grossesses à risque avait été celle avec laquelle elles se seraient senties les plus en confiance. Ceci peut être expliqué par la répétition de soins réalisés par la même sage-femme au cours de la journée, sa disponibilité.

Il a été démontré que les violences conjugales pouvaient être la cause de nombreuses pathologies obstétricales. [9] Il paraît donc essentiel de les dépister au cours d'une hospitalisation.

30,4% des patientes ont répondu que la sage-femme avec laquelle elles auraient été les plus confiantes pour parler de leur vie privée était celle qui avait suivi leur travail. Cependant, nous savons qu'il est préférable que le repérage des violences conjugales soit fait en l'absence du conjoint. Sa présence en salle de naissances peut donc être un frein au dialogue sur la vie conjugale entre la sage-femme et la parturiente. Néanmoins, ce moment peut être propice au repérage des difficultés du couple, par l'observation des comportements.

Pour conclure, la grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences. [8] D'une part, la relation de confiance qui s'établit entre la patiente et la sage-femme facilite le dépistage par cette dernière, en particulier lorsque les rencontres se multiplient (consultations prénatales, cours de PNP, suivi à domicile). Il convient donc de profiter de ces situations pour ouvrir le dialogue sur les violences. Par ailleurs, d'autres situations, telles que l'EPP, ou encore la recherche d'une étiologie chez une patiente hospitalisée pour un motif qui pourrait être la conséquence de violences physiques), facilitent grandement le questionnement des femmes. L'étude ayant montré que la majorité des patientes serait capable de « parler vie privée » avec les sages-femmes, il ne manque plus qu'à saisir ces opportunités !

V) Conclusion

Tout d'abord, les femmes ayant accouché à Marseille entre mars et juin 2015, ont attribué à la sage-femme une place essentielle dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité. D'après 90% d'entre elles, la sage-femme se doit de mettre en évidence les situations de violences à l'égard de ses patientes. Cependant, les avis divergent quant à la manière d'y parvenir. Pour plus de la moitié des femmes, un questionnement sur la vie conjugale doit être systématique. En revanche, moins de la moitié semble favorable à l'utilisation d'outils de standardisation du dépistage utilisés à l'étranger, les questions étant jugées maladroitement, trop directes.

Enfin, cette étude a permis de mettre en évidence que les femmes ne sont, en grande majorité, absolument pas réfractaires à un questionnement sur les violences conjugales par les sages-femmes.

Quant à la mise en place future d'un dépistage systématique des violences conjugales en période périnatale, plusieurs pistes ont été mises en évidence. En effet, les femmes ont révélé leur sentiment de confiance envers les sages-femmes, notamment les sages-femmes libérales, celles réalisant les cours de PNP, celles des services de GRE et des consultations prénatales. Du fait de leur disponibilité et de leurs objectifs (préparation aux responsabilités parentales, à l'accueil d'un nouveau-né dans un environnement sécurisé ; recherche de l'étiologie probable d'une pathologie obstétricale, etc.), elles pourraient être les mieux placées pour la réalisation du dépistage.

La mise en place du repérage systématique au sein des services de GRE, de consultations prénatales et de PNP, et par les sages-femmes libérales constituerait une perspective intéressante, afin de tester son efficacité.

Cependant, nous pouvons nous demander quel type de dépistage des violences conjugales serait le plus efficace et permettrait de révéler le plus grand nombre de victimes ? Il serait intéressant de mettre en place deux sortes de dépistage systématique : un dépistage à l'aide d'un outil utilisé en routine à l'étranger et un dépistage comportant une question sur l'entente dans le couple telle que « je pose systématiquement cette question à toutes mes patientes, est-ce que tout va bien avec votre conjoint ? ». Ceci permettrait de comparer ensuite les taux de victimes dépistées

afin d'évaluer l'efficacité des deux sortes de dépistage. A l'image du travail réalisé par M. Palisse dans sa thèse, l'étude pourrait également permettre d'interroger les femmes sur leurs ressentis après ce dépistage. [15]

Dans un second temps, l'étude a révélé des connaissances médiocres de la population sur le thème des violences conjugales. C'est à la question qui les concerne le plus (prévalence des femmes enceintes victimes) qu'elles ont su le mieux répondre. En revanche, au vu de ces résultats, il paraît essentiel de poursuivre les campagnes d'information concernant les violences exercées par le partenaire intime. Il est important que les femmes sachent que les violences psychologiques ou encore économiques existent et sont punies par la loi. Ou encore, qu'il existe des interlocuteurs et des démarches pour les aider.

La publication cette année de la nouvelle enquête nationale sur les violences (enquête VIRAGE) permettra de diffuser des données statistiques plus récentes sur le sujet. La multiplication d'enquêtes de ce type, de grande ampleur, est à mon sens indispensable pour que les victimes prennent conscience qu'elles ne sont pas seules, et qu'elles peuvent être aidées.

Bibliographie

- [1] Jaspard M. *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*, Rapport final. 2000.
- [2] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. *La criminalité en France, Les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » INSEE-ONDRP 2007 à 2012*. 2012.
- [3] Organisation mondiale de la santé. *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. 2013.
- [4] Site pour les professionnels de santé sur la violence conjugale : <http://www.sivic.org> : 01/03/2016.
- [5] Organisation mondiale de la santé. *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*. Rapport succinct. 2005
- [6] Saurel-Cubizolles M.J., Blondel B., Lelong N., Romito P. *Violence conjugale après une naissance*, Contracept. Fertil. Sex. 1997
- [7] Ministère des Droits des femmes. *4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016*. 2014
- [8] Keller M J. et Pisani L. *Les sages-femmes s'engagent*. Contact sages-femmes n°38, avril-mai-juin 2014 ; p 5

[9] Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé*. Rapport au ministre délégué à la santé. Paris : la documentation française ; 2001.

[10] Keller M J. *Enquête nationale auprès des sages-femmes sur les violences faites aux femmes*. Contact sages-femmes n°42, avril-mai-juin 2015 ; p10

[11] Haute Autorité de Santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations professionnelles. 2007.

[12] SOGC. *Directives cliniques de la SOGC, Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*. Avril 2005.

[13] Blondel B., Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Mai 2011.

[14] Conseil national de l'ordre des sages-femmes et Collectif associatif et syndical des sages-femmes, *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*. Octobre 2007, 29 p.

[15] Palisse M., *Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Human health and pathology. 2013

[16] Delespine M. *Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences*. Dossier violences faites aux femmes et grossesse. Vocation Sage-femme n° 111, novembre-décembre 2014 ; p24-28.

[17] Bacchus L., Mezeya G., Bewley S. *Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service*. 2002.

[18] Stewart D E. *Physical abuse in pregnancy*. 1993

[19] Association mémoire traumatique et victimologie. Mémoire traumatique et victimologie : <http://www.memoiretraumatique.org> : 01/03/2016.

[20] INSEE. *Enquête Cadre de vie et sécurité*. 2007

[21] Piet E. *Violences envers les femmes, la grossesse : un moment particulier*. Dossier violences faites aux femmes et grossesse. *Vocation sage-femme* n°111 novembre-décembre 2014 ; p 10-14.

[22] Haute Autorité de Santé. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), Recommandations professionnelles*. Saint Denis : HAS ; 2005.

Annexes

Annexe 1

Outil ALPHA :

Comprend une section sur le fait d'être témoin de violence (patiente et partenaire); violence courante ou passée contre la patiente ; violence passée contre les enfants exercée par la patiente ou le partenaire; discipline des enfants. Cet outil a fait l'objet d'une évaluation et bénéficie de l'approbation/l'appui des gouvernements provinciaux. L'administration du questionnaire peut être répartie sur plusieurs consultations prénatales. Parmi les questions qu'il compte, on trouve ce qui suit :

- « Comment vous et votre partenaire mettez-vous un terme à vos disputes? »
- « Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait? »
- « Avez-vous déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire? »
- « Votre partenaire vous a-t-il déjà humiliée ou a-t-il déjà utilisé d'autres formes de violence psychologique envers vous? »
- « Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles contre votre gré? »

Annexe 2

Évaluation prénatale de la santé psychosociale :

L'évaluation prénatale de la santé psychosociale recommande que les médecins procèdent au «dépistage» de la violence exercée par le partenaire intime chez toutes les patientes. Chez les femmes enceintes, ce «dépistage» devrait être effectué à divers moments au cours de la grossesse, puisque certaines femmes ne divulguent pas la violence dont elles font l'objet la première fois qu'on leur pose des questions en ce sens et puisque la violence peut débuter tardivement. Les questions devraient être posées à l'occasion de la première consultation prénatale, au moins une fois par trimestre, ainsi qu'au cours de la consultation de suivi post-partum. Ce qui suit constitue un exemple de script préliminaire :

« Puisque la violence est si courante pour de nombreuses femmes et qu'il existe des ressources visant les femmes violentées, je pose dorénavant des questions sur la violence conjugale à chacune de mes patientes. » Parmi ces questions, on trouve ce qui suit :

1. « Au cours de la dernière année, ou depuis le début de votre grossesse, avez-vous été victime de coups, de gifles, de coups de pied ou de quelque acte violent physique que ce soit? »
2. « Êtes-vous en relation avec une personne qui vous menace ou vous blesse physiquement ? »
3. « Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles qui vous ont incommodée ? »

Annexe 3

Questionnaire :



Questionnaire sur les violences conjugales en périnatalité

Bonjour, je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^e année et je réalise une étude dans le cadre de mon mémoire, afin de savoir ce que les patientes pensent du dépistage des violences conjugales par la sage-femme. C'est pourquoi je sollicite votre participation en vous demandant de répondre à ce questionnaire. Ceci ne demande que 5 minutes.

Je vous remercie !

Margaux Rousset

I) Questions générales :

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ? *(cocher la bonne réponse)*

Célibataire En union libre Mariée Séparée/divorcée Autre

Quel est votre niveau d'études ? *(cocher la bonne réponse)*

Brevet des collèges Certificat d'aptitude professionnelle(CAP)
 Brevet d'études professionnelles (BEP) Baccalauréat
 Études supérieures

Quelle est votre profession ?

Cette/ces sage(s)-femme(s) a/ont réussi à vous mettre en confiance ?

Oui Non

Vous pouviez aborder tous les sujets avec cette/ces sage(s)-femme(s) ?

Oui Non

Répondre à la question 7 seulement si plusieurs sages-femmes ont été rencontrées au cours de la grossesse

Avec laquelle de ces sages-femmes auriez-vous été la plus confiante pour parler de votre vie privée ? (cocher la bonne réponse)

- La sage-femme qui faisait les consultations prénatales
- La sage-femme de l'entretien prénatal précoce du 4^e mois
- La sage-femme des cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- La sage-femme échographiste
- La sage-femme libérale qui venait à domicile
- La sage-femme des grossesses à risque élevé
- La sage-femme des consultations d'urgence
- La sage-femme qui a suivi le travail/l'accouchement
- La sage-femme du service de suites de couches

III) Connaissances sur les violences conjugales :

D'après vous, les violences conjugales concernent : (cocher la bonne réponse)

- 1 femme sur 3 dans le monde 1 femme sur 10 dans le monde
- 1 femme sur 100 dans le monde

D'après vous, les violences conjugales peuvent être : (cocher la/les bonne(s) réponse(s))

- Des coups, des claques, des secouements
- Des insultes, des menaces, du chantage
- Des séquestrations, des interdictions de sortir
- Une interdiction d'avoir accès à l'argent du couple, de posséder une carte bancaire

D'après vous, parmi les femmes enceintes en France : (cocher la bonne réponse)

- Environ 1% est victime de violences conjugales
- Environ 5% sont victimes de violences conjugales
- Environ 20% sont victimes de violences conjugales

D'après vous, à qui les femmes victimes se confient-elles le plus souvent en premier ? (cocher la bonne réponse)

- Un proche (ami(e)/famille) La police/gendarmerie
- Un professionnel de santé Une association d'aide aux victimes

IV) Le rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales :

Pensez-vous que la sage-femme devrait interroger chaque patiente sur sa vie conjugale ? *(cocher la bonne réponse)*

Oui Non

Pensez-vous que la majorité des patientes serait choquée/gênée d'aborder ce sujet avec la sage-femme ? *(cochez la bonne réponse)*

Oui Non

Selon vous, qu'est-ce qui est important qu'une sage-femme dépiste chez chaque patiente : *(Cocher la ou les réponses qui vous semble(nt) juste(s) et numérotez-les de la plus importante à la moins importante)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Le tabagisme | <input type="checkbox"/> L'alcoolisme |
| <input type="checkbox"/> Les toxicomanies | <input type="checkbox"/> Les troubles du comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Les violences conjugales | <input type="checkbox"/> La dépression |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Pensez-vous que la sage-femme devrait programmer un moment/une consultation où elle serait en tête à tête avec chaque patiente (sans conjoint, sans enfant...) ? *(cocher la bonne réponse)*

Oui Non

Pensez-vous qu'il est important que la sage-femme arrive à reconnaître une patiente victime de violences conjugales ? *(cocher la réponse qui vous semble juste)*

Oui Non

Que pensez-vous des questions suivantes utilisées par les professionnels de santé dans certains pays pour dépister les violences conjugales ? *(cocher la/les réponse(s) qui vous semble(nt) juste(s))*

« Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poing ou de pieds, ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ? »

« Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? »

« Êtes-vous en relation avec une personne qui vous menace ou vous blesse physiquement ? »

- Ces questions sont trop intimes
- Cela ne regarde pas les professionnels de santé
- Ce genre de questions devrait faire partie de l'interrogatoire du professionnel de santé
- Si on me posait ces questions j'y répondrais
- Si on me posait ces questions je n'y répondrais pas

Annexe 4

Comparaisons statistiques des trois populations (maternité 1, maternité 2, maternité 3)

- Statut conjugal

			Mater 3	Mater 1	Mater 2	
Situat° fam	Célibataire	Effectif	1	8	1	10
		% compris ds maternité	1,4%	11,8%	1,2%	4,5%
	Union libre	Effectif	28	16	24	68
		% compris ds maternité	40,6%	23,5%	28,6%	30,8%
	Mariée	Effectif	35	40	45	120
		% compris ds maternité	50,7%	58,8%	53,6%	54,3%
	Divorcée	Effectif	1	1	2	4
		% compris ds maternité	1,4%	1,5%	2,4%	1,8%
	Pacsée	Effectif	4	3	12	19
		% compris ds maternité	5,8%	4,4%	14,3%	8,6%
	Total	Effectif	69	68	84	221
		% compris ds maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	20,680 ^a	8	,008	,006
Rapport de vraisemblance	19,390	8	,013	,020
Test exact de Fisher	17,917			,012*
Nombre d'observations valides	221			

*Différence statistiquement significative (p=0.012)

- Niveau d'études

			Maternité			
			Mater 3	Mater 1	Mater 2	Total
Niveau d'études	Brevet	Effectif	6	5	2	13
		% compris ds maternité	9,0%	8,1%	2,4%	6,1%
	CAP	Effectif	3	7	1	11
		% compris ds Maternité	4,5%	11,3%	1,2%	5,2%
	BEP	Effectif	11	6	3	20
		% compris ds maternité	16,4%	9,7%	3,6%	9,4%
	BAC	Effectif	14	12	15	41
		% compris ds maternité	20,9%	19,4%	17,9%	19,2%
	Etudes sup	Effectif	33	32	63	128
		% compris ds maternité	49,3%	51,6%	75,0%	60,1%
Total		Effectif	67	62	84	213
		% compris ds maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	22,222 ^a	8	,005 ^b	
Rapport de vraisemblance	22,869	8	,004	,006
Test exact de Fisher	21,752			,004*
Nombre d'observations valides	213			

*Différence statistiquement significative (p=0.004)

▪ Catégories socio-professionnelles

			Maternité			
			Mater 3	Mater 1	Mater 2	Total
CSP	Agriculteurs, exploitants	Effectif	0	1	0	1
		% compris ds maternité	,0%	1,5%	,0%	,5%
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Effectif	2	0	2	4
		% compris ds maternité	2,9%	,0%	2,4%	1,8%
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Effectif	8	7	24	39
		% compris ds maternité	11,6%	10,3%	28,6%	17,6%
	Employés	Effectif	29	16	26	71
		% compris ds maternité	42,0%	23,5%	31,0%	32,1%
	Etudiants	Effectif	0	0	2	2
		% compris ds maternité	,0%	,0%	2,4%	,9%

Ouvriers	Effectif	0	2	1	3
	% compris ds maternité	,0%	2,9%	1,2%	1,4%
Professions intermédiaires	Effectif	13	11	25	49
	% compris ds maternité	18,8%	16,2%	29,8%	22,2%
Sans profession	Effectif	17	31	4	52
	% compris ds maternité	24,6%	45,6%	4,8%	23,5%
Total	Effectif	69	68	84	221
	% compris ds maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	52,762 ^a	14	,000	^b
Rapport de vraisemblance	57,921	14	,000	^b
Test exact de Fisher	^b			^b
Nombre d'observations valides	221			

La significativité n'a pu être calculée (nombre trop important de catégories)

- Suivi de grossesse

		Maternité			Total
		Mater 3	Mater 1	Mater 2	
Suivi Sage-femme	Effectif	12	28	23	63
	% compris dans maternité	17,4%	41,2%	28,0%	28,8%
Suivi autre professionnel	Effectif	57	40	59	156
	% compris dans maternité	82,6%	58,8%	72,0%	71,2%
Total	Effectif	69	68	82	219
	% compris dans maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,488 ^a	2	,009	,009
Rapport de vraisemblance	9,603	2	,008	,008
Test exact de Fisher	9,427			,009*
Nombre d'observations valides	219			

*différence statistiquement significative (p=0.009)

- Interrogation systématique de la sage-femme sur la vie conjugale

		Maternité			Total
		Mater 3	Mater 1	Mater 2	
Pour	Effectif	37	34	61	132
	% compris dans maternité	53,6%	50,0%	72,6%	59,7%
Contre	Effectif	32	34	23	89
	% compris dans maternité	46,4%	50,0%	27,4%	40,3%
Total	Effectif	69	68	84	221
	% compris dans maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,548 ^a	2	,008	,009
Rapport de vraisemblance	9,773	2	,008	,008
Test exact de Fisher	9,675			,008*
Nombre d'observations valides	221			

*Différence statistiquement significative (p=0.008)

- Concernant les questions extraites des outils de dépistage

Les questions sont trop intimes		Maternité			Total
		Mater 3	Mater 1	Mater 2	
NON	Effectif	58	55	79	192
	% compris dans maternité	84,1%	80,9%	94,0%	86,9%
OUI	Effectif	11	13	5	29
	% compris dans maternité	15,9%	19,1%	6,0%	13,1%
Total	Effectif	69	68	84	221
	% compris dans maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,413 ^a	2	,040	,042
Rapport de vraisemblance	6,997	2	,030	,032
Test exact de Fisher	6,809			,032*
Nombre d'observations valides	221			

*Différence statistiquement significative (p=0.032)

Ces questions :		Maternité			Total
		Mater 3	Mater 1	Mater 2	
Ne regardent pas les professionnels	Effectif	68	62	83	213
	% compris ds maternité	98,6%	91,2%	98,8%	96,4%
Regardent les professionnels	Effectif	1	6	1	8
	% compris ds maternité	1,4%	8,8%	1,2%	3,6%
Total	Effectif	69	68	84	221
	% compris ds maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,630 ^a	2	,022	,024
Rapport de vraisemblance	6,916	2	,031	,070
Test exact de Fisher	6,102			,033*
Nombre d'observations valides	221			

*différence statistiquement significative (p=0.033)

Ces questions devraient faire partie de l'interrogatoire du professionnel de santé :		Maternité			Total
		Mater 3	Mater 1	Mater 2	
NON	Effectif	37	47	36	120
	% compris dans maternité	53,6%	69,1%	42,9%	54,3%
OUI	Effectif	32	21	48	101
	% compris dans maternité	46,4%	30,9%	57,1%	45,7%
Total	Effectif	69	68	84	221
	% compris dans maternité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,462 ^a	2	,005	,005
Rapport de vraisemblance	10,646	2	,005	,005
Test exact de Fisher	10,505			,005*
Nombre d'observations valides	221			

*différence statistiquement significative (p=0.005)

Annexe 5

Outil AAS (Abuse Assentiment Screen)

Questionnaire administré par un professionnel de santé ou auto-administré. Réponse par « oui » ou par « non ».

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

« Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poing ou de pieds, ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ? »

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

« Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou de l'un de vos proches ? »

Annexe 6

Outil de dépistage des mauvais traitements chez les femmes/ WAST (Woman Abuse Screening Tool)

1. En général, comment décririez-vous votre relation?

beaucoup de tension un peu de tension aucune tension

2. Est-ce que vous et votre partenaire réglez vos disputes avec :

beaucoup de difficultés quelques difficultés sans difficultés

3. Vous arrive-t-il d'être déprimée ou de vous sentir mal à l'issue de vos disputes ?

4. Vous arrive-t-il de subir des coups, des coups de pied ou d'être bousculée à l'issue de vos disputes?

5. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?

6. Votre partenaire vous a-t-il déjà violentée physiquement?

7. Votre partenaire vous a-t-il déjà violentée psychologiquement?

Choix de réponses pour les questions 3 à 7 :

Souvent Parfois Jamais

Annexe 7

Outil pédagogique ANNA à l'attention des professionnels de santé

ANNA **un outil pédagogique à destination des professionnel-le-s**

Film réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benaïm . Acteurs-actrices : Aurélie Petit et Marc Citti

Ce kit de formation se compose d'un support audiovisuel (court-métrage « Anna ») et d'un livret d'accompagnement. Leur utilisation dans le cadre de la formation initiale et continue est libre de droits sous réserve d'une information préalable à la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains).

Un court-métrage : « Anna »

Réalisé avec le soutien de la commission européenne, à l'initiative de la MIPROF, ce court-métrage, d'une durée totale de 15 minutes, se découpe en 3 parties illustrant successivement, les mécanismes de la violence, le repérage par un ou une professionnel-le de santé, la prise en charge et l'orientation de la femme victime.

« Un livret d'accompagnement à la formation »

Ce livret, élaboré avec le concours d'un collège de formateurs-trices, d'enseignant-e-s, de professionnel-le-s de santé et d'expert-e-s aborde de façon explicite et détaillée :

❖ **Le mécanisme des violences conjugales :**



- La définition des violences au sein du couple,
- Les différentes formes de violences,
- Le cycle de la violence,
- Les stratégies de l'agresseur et leurs impacts sur la victime,
- Les conséquences physiques, psychologiques et somatiques des violences pour la victime,
- Les mécanismes neurologiques impliqués dans les conséquences psychotraumatologiques des violences,
- Les conséquences des violences sur les enfants exposés.

❖ **Le repérage**



Les stratégies du/de la professionnel-le-s pendant la consultation sont de :

- Créer un climat d'écoute et de confiance,
- Poser systématiquement la question des violences,
- Réaffirmer l'interdiction des violences,
- Soutenir et valoriser la victime dans ses démarches.

❖ **La prise en charge et l'orientation**



- Rechercher des solutions dans son domaine de compétence,
- Informer et orienter vers le réseau de partenaires pour un accompagnement social, juridique, psychologique...
- Donner des conseils pratiques pour préparer la séparation et établir avec la victime un réseau de soutien.

Ce livret est complété par des fiches réflexes spécifiques à chaque profession :

- l'audition par les services enquêteurs de la victime de violences sexuelles et ou de violences au sein du couple
- l'audition de la victime par les magistrat-e-s dans les contentieux civil et pénal
- l'entretien du-de la professionnel-le du social avec une femme victime de violences par un partenaire ou ex-partenaire

➡ Vous pouvez visionner le court-métrage sur le site : www.stop-violences-femmes.gouv.fr
➡ Vous pouvez obtenir les liens de téléchargement du film et le livret) en écrivant à formation@miprof.gouv.fr

Résumé

Mots-clés : violences conjugales - dépistage - dépistage systématique - sage-femme - périnatalité - point de vue des femmes - connaissances des femmes

Introduction : 3 à 8% des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales. Pourtant en France, moins d'une sage-femme sur cinq pratique un dépistage alors que quasiment toutes estiment avoir un rôle à jouer dans ce repérage. Mais que pensent les femmes du dépistage des violences conjugales par la sage-femme ? Et quand est-il de leurs connaissances sur le phénomène des violences conjugales, sujet si tabou et méconnu ? L'étude a pour objectifs d'analyser le point de vue des femmes sur le rôle qu'occupe la sage-femme dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité, d'identifier leur point de vue sur le dépistage systématique et d'établir l'état des lieux de leurs connaissances sur les violences conjugales.

Matériels et méthode : Etude quantitative réalisée auprès de 221 accouchées de Marseille par questionnaires auto-administrés anonymes, entre mars et juin 2015. **Résultats** : 90% des femmes attribuent à la sage-femme une place dans le dépistage ; pour près de 60% celui-ci devrait être systématique. Les connaissances sur les violences conjugales sont médiocres.

Analyse, discussion & conclusion : Les femmes sont favorables à la mise en place d'un dépistage systématique. Certaines activités de la sage-femme (libéral, consultations prénatales, cours de PNP etc.) pourraient offrir de grandes opportunités. Cependant, entre dépistage standardisé à l'aide d'outils valides et dépistage personnalisé, les avis sont controversés.

Abstract

Keywords: domestic violence - screening - systematic screening - midwife - perinatal period - women's points of view - women's knowledge

Introduction: About 3 to 8% of pregnant women are victims of domestic violence. Nevertheless, in France, less than a midwife on five realizes a screening, while almost all of them think they do have a responsibility to take in this screening. But, what do the women think about midwife's screening of domestic violence? And what do the pregnant women really know about domestic violence? The aim of this survey is to analyze women's point of view on midwife's responsibility in domestic violence's screening; to identify their point of view about systematic screening and their knowledge about domestic violence. **Material & method**:

Quantitative survey with questionnaires on 221 young mothers in Marseille, from march to june 2015. **Results**: 90% of women think that one midwife has responsibility to take in screening; nearly 60% think that it should be systematic. Their knowledge about domestic violence is poor.

Analysis, discuss & conclusion: Women's opinion about systematic domestic violence's screening is positive. Some midwife's activities (such as liberal, prenatal consultations, childbirth preparation) could offer large opportunities to realize that screening. However, the way to manage that screening, whether it is standardized or personalized, brings up many divergent points of view.