



HAL
open science

Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne

Lucile Cillart

► **To cite this version:**

Lucile Cillart. Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01535762

HAL Id: dumas-01535762

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535762>

Submitted on 9 Jun 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**LES SAGES-FEMMES DANS LE DEPISTAGE
DES VIOLENCES CONJUGALES**

Etat des lieux des pratiques en Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lucile CILLART

Née le 17/02/1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d’Auvergne – Clermont 1**

**LES SAGES-FEMMES DANS LE DEPISTAGE
DES VIOLENCES CONJUGALES**

Etat des lieux des pratiques en Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lucile CILLART

Née le 17/02/1992

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d’Auvergne



Remerciements

A ma directrice de mémoire, Chloé Desmartin, merci pour votre investissement et votre disponibilité dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique et en particulier, Marie Christine Leymarie et Inès Parayre, ma co-directrice, pour votre aide.

Merci également à Catherine Foulhy, Monique Perrier, l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO), l'association AVEC, le CIDFF, Bruno Pereira et Aurélien Mulliez. Merci pour vos précieux conseils.

Un grand merci aux présidentes des Conseils de l'Ordre de l'Allier, du Puy de Dôme, de Haute Loire et du Cantal pour avoir transmis mon questionnaire.

Je remercie également :

Toute l'équipe d'Osez le Féminisme 63 ! sans qui je ne serais jamais devenue la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour tous ces instants de militantisme et de sororité partagés avec vous.

Toute ma promotion, pour ces quatre années passées en votre compagnie.

Marie, Philippe, Cyril, Nicolas et Charlie, merci de me supporter depuis toutes ces années et pour votre soutien sans faille.

« La femme n'est victime d'aucune fatalité : il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux »

Simone de Beauvoir, *Le Deuxième Sexe*

Glossaire

AS : Assistante Sociale

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF : Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

Introduction.....	1
Revue de la littérature	5
Matériel et méthode	28
1. Type d'étude	28
2. Durée de l'étude	28
3. Lieu(x) de l'étude.....	28
4. Critères de sélection des sujets	29
4.1. Critères d'inclusion	29
4.2. Critères d'exclusion.....	29
5. Le recueil des données	29
6. L'analyse des données.....	30
6.1. Les groupes comparés	30
6.2. Les tests statistiques utilisés	30
6.3. Le logiciel d'analyse utilisé.....	30
7. Aspects éthique et réglementaire	30
Résultats.....	31
Discussion.....	45
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Annexes	63

Introduction

Les violences concernent un grand nombre de femmes dans le monde issues de différentes conditions sociales et économiques. Commises sur tous les continents et à toutes les époques, les violences exercées par les hommes à l'encontre des femmes sont longtemps restées silencieuses car perçues comme une affaire privée qui ne relève que de l'intime.

En France, une femme sur dix est victime de violences conjugales, qu'il s'agisse de violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles. 400 000 victimes ont été déclarées en deux ans. En 2013, 121 femmes sont mortes sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint, ce qui représente 20% des homicides de toute nature répertoriés au cours de l'année. Au fil des ans, ces chiffres effroyables restent globalement stables. Au cours de leur vie, 16% des femmes déclarent avoir subi des rapports sexuels imposés ou des tentatives de rapports forcés, soit environ 154 000 femmes entre 18 et 75 ans en 2010 et 2011. Parmi ces viols, un tiers est perpétré au sein du ménage. Les hommes sont aussi concernés par les violences domestiques, en 2012 et 2013, 149 000 hommes ont été victimes de violences au sein de leur couple, dont 25 hommes décédés [1].

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique ayant de graves conséquences sur la santé des femmes, celle de leurs enfants et sur le déroulement de leur grossesse. Les violences domestiques sont responsables de plus de morts parmi les femmes enceintes que n'importe quelle autre pathologie de la grossesse. Le Ministère de l'Intérieur et celui des Droits des femmes, ainsi que la Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) ont lancé le 4e plan triennal s'étalant sur trois ans (2014-2016) et comprenant notamment une mobilisation des professionnels à travers une formation initiale et continue.

La grossesse peut-être un facteur déclenchant ou aggravant de ces situations, mais c'est également un moment privilégié pour dépister des violences passées ou actuelles, du fait de la régularité des consultations (entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité, échographie...) [2].

Les sages-femmes, avec des compétences obstétrico-pédiatriques, médico-psycho-sociales et ayant un rôle dans le dépistage des pathologies semblent concernées par les violences exercées sur les patientes. Elles peuvent donc prévenir les conséquences, les répétitions et briser le cycle de violences en repérant les patientes victimes [3].

L'objectif principal de cette étude est d'effectuer un état des lieux sur les pratiques de dépistage de violences conjugales par les sages-femmes d'Auvergne. L'objectif secondaire est de comparer les différentes pratiques selon le mode d'exercice des sages-femmes.

Ce mémoire se compose en trois parties : dans un premier temps, la revue de la littérature, puis dans un second temps, le travail de recherche, l'analyse des résultats, la discussion et enfin la conclusion.

Revue de la littérature

1. Définitions

Les violences conjugales sont perpétrées au sein d'un couple ou entre ex-conjoints hétérosexuels ou homosexuels. Cette violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre de façon unidirectionnelle et destructrice.

En introduction au séminaire « De la violence » Françoise Héritier tente de définir la violence conjugale ainsi: « *toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, la souffrance ou la mort d'un être animé; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés* » [4].

L'organisation Mondiale de la Santé définit la violence de la façon suivante : « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou contre autrui, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme ou un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* » [5]. Ceci inclut donc les violences verbales, psychologiques, sexuelles et les actes de négligence. La notion d'intentionnalité est importante, car elle montre un rapport de force.

Pour les Nations Unies, on entend par violence « *La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant 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.* » [6]. Il en résulte pour ces femmes victimes une impuissance, marquant la difficulté à évaluer ce genre de situations et l'incapacité à répondre au conjoint violent.

2. Historique des Luttres des violences faites aux femmes en France

La dénonciation des violences faites aux femmes a été une des questions majeures soulevées par les mouvements féministes dans les années 1970. S'appuyant sur une remise en cause entre l'espace privé et l'espace public, ces réflexions ont mené à mettre en évidence la fréquence et les différentes formes de violences subies par les femmes : harcèlement dans la rue ou au travail, viols, violences conjugales. Ces mouvements ont entrepris alors de les combattre sur les plans à la fois théorique, politique et pratique. Des mobilisations collectives sont alors médiatisées, en même temps que s'ouvrent des espaces de paroles et des lieux d'accueil pour les femmes victimes. Ces dénonciations ont permis de se rendre compte du phénomène massif et courant, touchant toutes les femmes, mais également totalement banalisé.

1980 : Suite au procès d'Aix-en-Provence de 1978 concernant deux jeunes femmes violées, le viol a été reconnu comme crime par la loi et apporte une définition précise: "tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise est un viol". (Article 222.23 du Code Pénal)

1989 : les pouvoirs publics ont affirmé leur volonté de lutter contre les violences conjugales et lancèrent la première campagne nationale d'information.

1990 : la Cour de Cassation a reconnu pour la première fois le viol entre époux.

1992 : la loi du 22 juillet stipulait que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. La loi du 2 novembre définit l'abus d'autorité sexuelle au travail (harcèlement sexuel)

2000 : La première grande enquête à l'échelle nationale, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (E.N.V.E.F.F) fut réalisée à l'issue de la 4ème Conférence Mondiale sur les femmes à Pékin sous la direction de Maryse Jaspard et conduite par le ministère de la Cohésion sociale. Elle chiffre à 10% le taux de femmes victimes de violences conjugales sur les 12 derniers mois. Il s'agit d'une enquête téléphonique effectuée de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, et résidant en France métropolitaine.

2005-2007 : Le premier Plan Triennal a été créé. Ce plan de lutte global fut mis en place par le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Il permettait le financement de nombreuses campagnes de sensibilisation et la création de la plateforme téléphonique de lutte contre les violences conjugales « 3919 » (Annexes IV et V).

2006 : La loi du 6 avril a renforcé la prévention et la répression des violences au sein du couple en l'élargissant aux pacsés et aux ex-partenaires. Elle a aligné l'âge légal du mariage des femmes sur celui des hommes, à savoir 18 ans, pour mieux lutter contre les mariages forcés.

2008-2010 : Le deuxième Plan Triennal comportait 12 objectifs, notamment, briser le tabou, prévenir les violences et protéger les femmes et les enfants.

2010 : Les violences faites aux femmes ont été promues « Grande Cause Nationale ». La loi du 9 juillet autorisa le Juge aux Affaires Familiales à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple, et à ordonner le port du bracelet électronique par le conjoint.

Le délit de harcèlement au sein d'un couple a été créé pour mieux prendre en compte les violences psychologiques et morales. La notion de « présomption de consentement des époux à l'acte sexuel qui ne vaut que jusqu'à preuve du contraire » a été supprimée. Pour lutter contre les mariages forcés, le délit de « contrainte au mariage » fut établi. La loi a prévu également la délivrance ou le renouvellement du titre de séjour pour une femme issue de l'immigration bénéficiant d'une ordonnance de protection en raison de violences commises par son conjoint ou ex-compagnon.

2011-2013 : Le troisième Plan Triennal renforça la lutte dans 3 domaines d'actions: la protection, la prévention et la solidarité. Il est affirmé que les professionnels de santé ont un rôle central à jouer dans le dépistage et la prise en charge de ces violences, mais ce sont aussi eux qui reçoivent le moins de formation spécifique.

2014-2016 : Le Ministère de l'Intérieur et celui des Droits des femmes ont lancé le quatrième Plan Triennal comprenant notamment une mobilisation des professionnels à travers une formation initiale et continue, la prévention et la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, la diffusion du téléphone Grand Danger...

3. Epidémiologie

La violence exercée par un partenaire intime existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. D'après les chiffres récents de la prévalence mondiale, 35% des femmes indiquent avoir été exposées à des violences sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre à un moment de leur vie.

En moyenne, 30% des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. Au niveau mondial, jusqu'à 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime [7].

Dans des sociétés plus traditionnelles, si un homme bat son épouse, c'est parce qu'il a le droit de lui infliger des châtiments corporels. Ces justifications culturelles de la violence exercée sur les femmes sont basées le plus souvent sur une idée ancienne des rôles féminins et masculins. L'éducation confère aux hommes un contrôle sur le comportement des femmes, les époux sont donc considérés comme « propriétaires » de leur(s) conjointe(s). Par exemple, en Egypte, plus de 80% des femmes vivant en zone rurale estiment que frapper son épouse est justifié dans certaines circonstances [9].

En Méditerranée Orientale, les crimes d'honneur sont aussi perpétrés pour sauver la réputation de la famille et punir la « coupable » qui est « souillée » sexuellement, que ce soit en étant victime de viol ou en ayant eu des relations sexuelles hors mariage [5].

Des études réalisées dans divers pays montrent qu'en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux Etats Unis d'Amérique 40 à 70% des femmes victimes de meurtre ont été tuées par leur époux ou leur petit ami souvent dans le contexte d'une relation violente. Des facteurs culturels et la disponibilité des armes à feu définissent les profils d'assassinats commis sur les femmes. Ainsi aux Etats-Unis plus de femmes sont tuées par balle, alors qu'en Inde, où l'accès aux armes est restreint, les victimes succombent davantage à l'immolation.

4. Le féminicide

Au Canada, le meurtre conjugal n'est pas un phénomène récent, mais il est devenu depuis ces vingt dernières années, un objet d'étude important dans le cadre des violences conjugales. Suite à la tuerie de Polytechnique à Montréal en 1989 où 14 étudiantes furent tuées et au cours de recherches, les termes féminicide et fémicide furent créés par Jill Radford et Diana E. H. Russel en 1992. Il désigne le meurtre de femmes, tuées au motif qu'elles sont nées femmes. Ces auteurs soulignent également que ces féminicides sont le plus souvent commis par les conjoints au terme de longues périodes de violences dans le couple [8].

Le Mexique connaît depuis ces dix dernières années un nombre important de crimes de ses citoyennes. Dans la ville de Ciudad Juárez, au nord du pays, depuis les années 1990, plusieurs centaines de femmes ont été assassinées, majoritairement par leur compagnon. En réponse à ces meurtres commis en toute impunité, l'état a adopté un texte de loi reconnaissant le féminicide [9]. L'Argentine, tout comme le Nicaragua, la Bolivie, le Pérou, le Chili, le Costa Rica, la Colombie, le Salvador et le Guatemala, ont également suivi ce modèle [10].

En Espagne, dans un contexte de reconnaissance publique croissante des violences sexistes et dans le sillage des actions menées par la population, la loi est promulguée en janvier 2004 sur les mesures de protection intégrale contre les violences de ce genre. Ce texte est pionnier en Europe et fait suite au meurtre d'Ana Orantes en 1997 par son ex-mari, quelques jours après son témoignage à la télévision de ce qu'elle avait subi pendant quarante ans.

En Asie, les meurtres des petites filles sont effectués dès la naissance, ces crimes de masse s'expliquent par la conjonction entre plusieurs facteurs : une préférence pour les garçons avec un rôle subalterne pour les femmes, qui remonte au confucianisme. La structure des familles traditionnelles veut que les couples mariés s'installent chez la famille du mari pour subvenir à leurs besoins. Avoir un garçon représente la garantie d'être pris en charge après la retraite. Au contraire une fille, une fois mariée, quittera le foyer. Elle est considérée comme une charge économique sans retombées [10].

5. Différentes formes de violences

La violence verbale est permanente et se manifeste de différentes façons: par la tonalité de la voix, des hurlements, des silences. Des insultes, des menaces, des sarcasmes et un recours au chantage ont été décrits par les victimes.

Les violences psychologiques sont définies lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui dénigrent l'autre [11]. Elles surviennent en premier mais elles peuvent également être les seules à s'installer. Il ne s'agit pas d'un dérapage ponctuel, mais bien une façon de considérer l'autre et donc d'une construction d'une domination et d'inégalité dans la relation de couple.

Elles ont pour but d'instaurer chez la victime:

- un climat d'insécurité physique et émotionnelle par des intimidations, des menaces, une agressivité et un comportement hostile permanent vis à vis de la femme [12].
- des contraintes, des contrôles et un isolement par une surveillance continue des sorties, des dépenses, de la façon de se vêtir, des fréquentations ou même par un chantage affectif. Le conjoint peut aller jusqu'à la séquestration de sa compagne pour ainsi mieux la contrôler et imposer des règles de vie très strictes [12].
- un sentiment de dévalorisation, d'humiliation par des dénigrements et des critiques constantes sur la façon d'être de la femme (capacité intellectuelle, éducation des enfants...) et en ne respectant pas ses opinions et ses décisions [12].
- un sentiment de culpabilisation par des plaintes, des exigences irréalistes, un rejet de sa frustration sur la victime, entraînant une sensation d'être continuellement en faute [13].
- un sentiment de doute et de confusion par des attitudes et des propos incohérents, une manipulation entraînant chez la victime une incapacité à avoir confiance en ses jugements [14].

C'est une violence très subtile et destructrice portant atteinte à l'intégrité psychique de la compagne pouvant entraîner une perte de repères.

Les violences physiques font référence aux coups et blessures. Elles portent atteintes à l'intégrité physique et peuvent s'exercer à mains nues, à l'aide d'objets domestiques ou d'armes. Il peut s'agir de gifles, coups de poing, bousculades, morsures, brûlures. Elles peuvent aller jusqu'à la tentative de meurtre et l'assassinat [15]. L'utilisation d'armes blanches ou les brûlures peuvent exprimer la volonté de l'agresseur de laisser une empreinte sur sa conjointe.

Les violences sexuelles comprennent le viol ainsi que d'autres formes d'agression sexuelles. Elles peuvent être commises par un ou plusieurs individus sans consentement de la victime. Il s'agit d'une véritable domination sur la sexualité de la femme, en imposant des rapports sexuels non désirés, des pratiques considérées comme dégradantes voire un recours forcé à la prostitution ou à la pornographie. En France, environ 30% des viols subis par les femmes seraient le fait de leur partenaire, et seulement 2% de ces viols sont dénoncés [16].

Les violences économiques visent à contrôler les dépenses et les moyens de paiement du ménage par le conjoint. La victime peut contracter des crédits et s'endetter sous la pression de son compagnon [17].

La violence administrative consiste à la confiscation de documents administratifs importants (carte d'identité, passeport, livret de famille, fiches de paie, carnet de santé des enfants...) [17]. La victime se retrouve alors dans l'incapacité de quitter le domicile conjugal.

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) consistent à ôter tout ou une partie des organes génitaux externes de la femme à l'aide de chirurgie. Elles peuvent se faire pour des raisons religieuses, coutumières mais surtout non thérapeutiques. Les mutilations sont classées en fonction des ablations réalisées : clitoridectomie, excision, infibulation... [18] Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 140 millions de femmes ou de filles sont victimes de mutilations sexuelles dans le monde. Ces pratiques concernent principalement l'Afrique, le Proche Orient, et l'Asie du Sud Est. En France, même si les chiffres sont toujours difficiles à établir, 50 000 femmes adultes seraient excisées [16;19].

Les mariages forcés concernent les adolescentes ou jeunes femmes mariées contre leur gré, sous la pression familiale, ou les menaces (20). En France, cela représente 75 000 victimes principalement issues des communautés africaines, maghrébines, turques mais aussi asiatiques (Pakistan, Sri Lanka) ou tsiganes.

6. Mécanisme de la violence au sein du couple

Les premiers spécialistes à avoir étudié la violence conjugale, notamment Leonore E. Walker ont décrit qu'elle se manifeste sous forme cyclique [21]. C'est le mode le plus fréquent mais ce n'est pas le seul, Marie France Hirigoyen évoque aussi un mode de violence perverse, quotidienne, plus incidieuse et plus subtile. Cette violence s'installe progressivement dans le couple, d'abord par de la tension et de l'hostilité passant le plus souvent inaperçues. Classiquement, ce cycle se déroule en quatre phases et toujours de manière répétitive, de la façon suivante [11, 22]:

- Une phase de tension, d'irritabilité de la part du compagnon la plupart du temps liée selon lui à des difficultés de la vie quotidienne. La violence n'est pas physiquement exprimée, elle transparaît à travers des mimiques et des attitudes malveillantes.
- Une phase d'agression dans laquelle la violence physique commence progressivement: bousculade, bras tordus, gifles, coups de poing et éventuellement recours à une arme.
- Une phase de déni, d'excuses, où l'auteur cherche à annuler ou à minimiser son comportement. Après cette explosion de violence, le compagnon est le plus souvent pris de remords, et cherche aussi une explication qui pourrait le déculpabiliser en rendant sa partenaire responsable. Il peut également justifier son comportement par des motifs extérieurs (colère, alcool, ou surcharge de travail).
- Une phase de « Lune de miel » ou de réconciliation. Le conjoint adopte une attitude agréable, il est soudainement attentif et prévenant. Il peut aider aux tâches ménagères, se montrer amoureux, offrir des cadeaux, des fleurs et faire des efforts pour rassurer sa femme. C'est le plus souvent la peur de l'abandon qui le conduit à ce changement.

Durant cette phase, les femmes retrouvent espoir car elles reconnaissent l'homme charmant qui a su les séduire, ce qui les incite à rester. Le cycle de la violence peut donc recommencer.

Les femmes victimes de ces violences décrivent un très grand décalage dans le comportement de leur compagnon entre la phase de tension et la phase de réconciliation [22].

7. Conséquences

7.1 Conséquences économiques

La prise en charge ambulatoire des victimes coûte deux fois et demie plus cher que la prise en charge d'autres femmes [23]. En France, le coût global des violences conjugales est estimé à plus d'un milliard d'euros par an. 20% est alloué aux soins médicaux (consultations, consommations médicamenteuses...), 9% aux systèmes judiciaires et policiers, 5% aux aides sociales, 22% aux coûts des préjudices (Incapacité Totale de Travail) et 44% à la baisse de productivité (absentéisme, décès, incarcérations) [24].

7.2 Conséquences sur la santé des femmes

Selon l'OMS, une femme victime de violences conjugales perd entre 1 et 4 années de vie en bonne santé. C'est un véritable problème de santé publique qui a des répercussions graves à court, moyen et long terme sur la santé des femmes. Les conséquences sont multiples.

7.3 Conséquences physiques

Les lésions traumatiques subies sont de natures différentes. Elles résultent directement de violences physiques. Il est principalement retrouvé des hématomes, des ecchymoses, des plaies, des contusions, des brûlures, des morsures, des fractures ainsi que des marques de strangulation. Certaines lésions sont facilement détectables bien qu'elles puissent être volontairement cachées par la patiente.

Elles ont trois caractéristiques :

- Leurs localisations peuvent être variables mais elles sont généralement concentrées au niveau de la face antérieure du corps (cou, bras, ventre, visage, thorax, au niveau des membres supérieurs et inférieurs)
- Elles sont multiples
- Elles sont d'âge différent : alliant diverses couleurs de résorption sanguine.

Certaines pathologies chroniques telles que des affections pulmonaires (asthme, insuffisance respiratoire, bronchite chronique), des affections cardiaques (hypertension artérielle) ou de troubles métaboliques (diabète) peuvent s'aggraver car elles nécessitent un traitement et un suivi régulier. L'irrégularité de la médication se justifie soit par un état dépressif, une importante asthénie ou parce que l'auteur contrôle les actes de sa compagne et l'en empêche. [25].

7.4 Conséquences sur la vie sexuelle et reproductive

La violence du partenaire interfère de nombreuses façons dans la vie sexuelle et reproductive d'une femme. Il peut imposer par des contraintes physiques ou des pressions psychologiques des rapports sexuels non souhaités. Ces rapports peuvent être à l'origine de troubles gynécologiques (dyspareunies, pesanteurs pelviennes, vaginisme... [26]. Les victimes sont plus à risque d'être infectées par des infections sexuellement transmissibles (Hépatites B et C, herpès, chlamydia, VIH...) [5] et des grossesses non désirées. Les recherches ont montré que ces femmes avaient plus de

difficultés à utiliser un moyen de contraception de leur choix, et avaient recours plus fréquemment à l'interruption volontaire de grossesse [27].

Un conjoint violent peut contraindre sa compagne à entreprendre une grossesse et la mener à terme comme à l'interrompre. Une étude menée à Trieste en Italie entre 2006 et 2007 démontre que la violence est fréquente chez les femmes ayant avorté : 12% d'entre elles avaient été victimes de violence de la part de leur partenaire au cours des douze derniers mois [28].

7.5 Conséquences psychosomatiques

Il s'agit de troubles digestifs, de lombalgies, de céphalées, de sensation d'engourdissement dans les mains ou d'oppression, de palpitations et de fibromyalgie et d'asthénie n'ayant aucune cause organique [5,26,29].

7.6 Conséquences psycho-traumatiques

Ces troubles résultent de violences psychologiques et physiques. La victime se retrouve dans un état d'anxiété intense, un sentiment d'humiliation, de dévalorisation voire de culpabilisation. Elle peut souffrir de troubles du sommeil (insomnie, cauchemars...), de troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie...), de troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de l'attention, difficultés de concentration et du repérage temporo-spatial...). Dans plus de 50% des cas des troubles dépressifs sont observés conduisant à des tentatives de suicide, des abus de consommation d'alcool, de tabac, de substances psychoactives ou d'antidépresseurs [30]. Un syndrome de stress post-traumatique peut être observé, ce syndrome est commun à toutes les personnes ayant subi des blessures importantes [31]. Les agressions vécues sont inscrites dans la mémoire et sont ressenties de façon répétitive soit par des images, des émotions fortes, soit lors de cauchemars (c'est le syndrome de reviviscence).

Selon l'avocate Yaël Mellul : « *Ces victimes ont vécu dans un monde où les valeurs étaient inversées, dans un monde distordu, avec une vision du monde tronquée : tout se passe comme si elles avaient subi un lavage de cerveau* » [32].

Autre conséquence, souvent ignorée du traumatisme : la dissociation qui peut être décrite comme un éclatement de la personnalité. Elle est définie par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la façon suivante : « *la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement.* » Il s'agit donc d'un phénomène de défense contre la peur et la douleur [33].

7.7 Conséquences obstétricales

Les grossesses peuvent être le résultat d'un viol conjugal, avoir été décidées par le couple lors d'une période d'accalmie ou être la conséquence du fait que la femme n'a pas le droit d'utiliser un moyen de contraception [34]. Les violences physiques peuvent provoquer des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes, des accouchements prématurés, des retards de croissance *in utero*, des hématomes rétro-placentaires, suivis de souffrance ou de mort fœtale [5,30]. Après l'accouchement, une dépression du post-partum peut apparaître, une carence en soins à l'enfant, des douleurs abdominales ou pelviennes persistantes ainsi qu'un allaitement déficient.

7.8 Conséquences fœtales et néonatales

Bien que cela soit assez rare, le fœtus peut présenter des fractures de membres ou des plaies par armes blanches, malgré la protection que lui confère le liquide amniotique.

7.9 Conséquences sur la santé des enfants

Lorsqu'il existe des violences au sein du couple, près de 70% des enfants sont témoins des coups portés sur leur mère (ce sont eux aussi des victimes de violences psychologiques), et 40% les subissent directement [2]. Le manque de soins ou le traumatisme psychologique peuvent entraîner un retard staturo-pondéral, des troubles du langage et de l'audition, des troubles sphinctériens à type d'énurésie [35].

Les scènes vécues malmènent l'enfant dans son fonctionnement psychique et le conduisent à établir des processus adaptatifs [36].

La violence exercée possède une dimension traumatique pour l'enfant qui en est témoin. Il/elle peut ressentir un sentiment d'angoisse extrême, tel qu'un syndrome de stress post-traumatique, des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars...) et de l'alimentation le plus souvent à l'adolescence (boulimie), mais aussi un état dépressif.

L'enfant ne s'épanouissant pas dans un environnement stable et étant plongé dans des liens destructeurs, il éprouve aussi une grande culpabilité et une auto-dévaluation et se sent responsable de la brutalité exercée à l'encontre de sa mère [36].

Une altération dans la construction du psychisme se produit et, pour se protéger, il met en place des mécanismes de défense: le déni et le clivage. Le clivage permet le maintien de la relation avec le père en occultant les actes violents et en se « raccrochant » aux moments d'accalmie vécus avec celui-ci. Un autre phénomène plus inquiétant peut également se produire : il n'est pas rare de voir un des enfants s'identifier à l'un des parents. La position sexuée est un facteur déterminant en termes d'identification. Quand l'enfant s'identifie au parent violent, il peut violenter un autre membre de la fratrie (inceste...) [36].

Des troubles du comportement et de la conduite sont aussi constatés, tels qu'un isolement, des états d'hypervigilance, mais également de l'agressivité [36]. Le climat de violence peut provoquer un désintérêt ou un surinvestissement scolaire, des conduites à risques (consommations abusives d'alcool, toxicomanie, tentative de suicide...) [35].

8. Facteurs de risque, facteurs protecteurs

Les violences conjugales touchent toutes les femmes, de toutes catégories sociales et de tous les âges, de toutes nationalités [37]. Les facteurs de risque liés à la violence apparaissent au niveau individuel, familial et communautaire.

Le rapport final de L'ENVEFF révèle que *« les moins de 25 ans sont en première ligne : les victimes d'oppressions extrêmes n'ont pas d'âge; par contre les autres pressions et agressions se résorbent un peu avec l'âge, soit parce que le seuil d'endurance de la victime s'est accrue, soit parce qu'elle a trouvé un moyen de s'y soustraire »*. L'écart d'âge entre les conjoints est déterminant, *« lorsque l'époux est plus jeune ou plus vieux de dix ans, les situations de violences totales sont multipliées par deux, le harcèlement psychologique est beaucoup plus important »*.

Les femmes qui se consacrent exclusivement à leur vie de famille ont sans doute une perception plus traditionnelle des rapports entre les conjoints au sein du couple et donc une meilleure acceptation de leur condition que celles qui ont exercé une activité professionnelle. De même les croyances concernant l'honneur de la famille, la pureté sexuelle sont des facteurs de risque associés à la violence sexuelle. Les femmes qui ne possèdent aucun compte bancaire déclarent davantage de violences conjugales. En cas de suspicion sur l'infidélité du partenaire les taux de violences sont multipliés par deux, et triplés en cas de certitude. Les chômeuses et les étudiantes présentent un indicateur plus élevé. Un faible niveau d'instruction chez l'auteur et chez la victime est un facteur de risque [38]. Les événements ayant eu lieu dans l'enfance est un paramètre surajouté aux violences à l'âge adulte. En effet, des antécédents de difficultés tels que des privations matérielles, des placements judiciaires, des problèmes d'alcoolisme, de drogue, des sévices répétés représentent un autre élément aggravant des situations de violence conjugale. 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 victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans sont presque trois fois plus victimes de violences conjugales à l'âge adulte [39].

Pour l'auteur de violences, l'exposition à la maltraitance familiale l'engage à l'âge adulte à reproduire le même schéma, la violence étant ancrée dans un fonctionnement familial tel qu'il peut s'agir d'une normalité dans l'esprit de l'enfant. L'usage nocif d'alcool ou de substances psychoactives de la part du partenaire est un facteur aggravant des violences commises, mais 70% d'entre elles sont pratiquées alors que le conjoint n'avait consommé ni alcool, ni autres substances.

D'autres dispositions ont été décrites, elles comprennent : une instabilité professionnelle, un bas niveau socio-économique, ainsi qu'une origine géographique étrangère [40].

La grossesse est une circonstance favorisant des violences exercées par le partenaire sur sa compagne, il s'agit d'un événement qu'il ne contrôle pas. Selon la psychiatre Marie-France Hirigoyen, l'escalade de la tension est liée à « *la peur infantile d'être abandonné* ». Le futur enfant va prendre la place du conjoint, et « *pour se sentir bien, il faut donc qu'il puisse la contrôler à tout instant. Ils confondent ainsi amour et possession* ».

Quand dans le couple, la femme « *maternelle* » l'homme, l'arrivée d'un enfant peut alors perturber l'équilibre du couple et l'équilibre psychique du compagnon, ce qui peut le conduire à réagir parfois par des comportements violents pour essayer de reprendre son emprise sur sa conjointe. Des violences sont constatées dans 3 à 8% des grossesses et le taux est 3 à 4 fois plus élevé en cas de grossesse non désirée selon l'ENVEFF.

Une étude longitudinale britannique a indiqué que pour un tiers des femmes qui connaîtront un acte de violence au cours de leur vie, le premier incident est survenu pendant la grossesse. Dans une enquête française réalisée auprès de 761 femmes primipare ou deuxième pares, portant sur les violences subies dans les mois suivant l'accouchement, la fréquence des violences varie de 3 à 6% [41].

9. Le rôle des professionnels de santé

Moins d'une victime sur cinq (soit 13%) se déplace à la police ou la gendarmerie, ce qui signifie que le système de santé est le lieu de premiers recours pour ces femmes

victimes de violences (24% d'entre elles se confient à leur médecin) [40]. Le rôle des professionnels de santé est de suspecter la violence, l'identifier, évaluer les situations de chaque patiente et organiser une prise en charge [23]. La Haute Autorité de Santé (HAS) 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 quand elle exprime son désir de grossesse ou lors de la 1^{ère} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée* » [42].

Ainsi lors de la deuxième consultation, il est conseillé de « *proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple afin de rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité* ». Cet entretien permet le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien parents-enfants voire de nuire à sa protection et à sa sécurité. Il est demandé « *de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales* » [43].

9.1 Suspecter

Suspecter des violences grâce à des indices comportementaux : les raisons de consultations peuvent être multiples. Il peut s'agir d'une consultation aux urgences pour les conséquences de coups portés ou pour une toute autre raison.

Face à une femme nerveuse, dépressive, face à un mutisme de sa part, à des incohérences dans son discours [35], face à une patiente qui ne se présente pas à ses rendez-vous, ou qui consulte très fréquemment, il faut suspecter une situation de violence au sein du couple [23].

Certaines situations peuvent être évocatrices: le jeune âge de la patiente et/ou présentant des addictions, une instance de divorce ou une séparation [35], un antécédent de maltraitance dans l'enfance, une déclaration de grossesse tardive, un déni de grossesse, des interruptions volontaires de grossesses (IVG) multiples dans le passé, un vaginisme, ou des antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST). Des lésions traumatiques telles que des contusions, des brûlures, des plaies et des fractures multiples et à des localisations différentes peuvent aussi conforter le diagnostic. Le comportement

du compagnon peut aussi faire suspecter des violences : un conjoint trop présent lors des consultations, c'est-à-dire répondant à la place de sa compagne, lui coupant la parole. Il peut également être violent verbalement, critiquer les actes et les réactions de sa partenaire, ou au contraire être très prévenant de manière exagérée [15,44].

9.1.1 Identifier

Face à ces signes, le praticien doit interroger la patiente de façon directe, avec des questions simples, sans aucun préjugé. Il est important que la patiente se sente en sécurité, en instaurant une relation de confiance. Elle doit être interrogée seule, sans la présence de son compagnon, ni de ses enfants [44].

La pratique du dépistage systématique est préconisée aux Etats-Unis par "l'American College of Obstetrician and Gynecologist " dans le suivi des femmes enceintes en proposant un bref questionnaire lors de l'anamnèse [45] (Annexe II).

Afin de mener une étude sur le modèle américain, une enquête expérimente le repérage systématique des violences chez la femme enceinte. Les résultats sont éloquentes : sur 47 femmes interrogées, 12 d'entre elles sont ou ont été victimes de violences intra-familiales. Ceci indique l'intérêt d'un tel dépistage permettant une prise en charge ultérieure [46].

Une autre étude réalisée confirme l'importance du repérage systématique pour 90% des femmes victimes, elles en parlaient pour la première fois à un soignant [47]. Il existe différents types de questionnaires valides.

9.2 Evaluer la situation de la patiente

En appréciant la gravité de la situation : les formes de violences subies doivent être constatées [23], ainsi que les lésions traumatiques (gynécologiques, obstétricales, psychiques...) [35].

C'est aussi évaluer la sécurité de la patiente et celle de ses enfants, en demandant, si par exemple la victime craint pour sa vie, si l'auteur possède des armes à feu, s'il menace de la tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider [44]. Cela permet de d'identifier les besoins de la victime et d'organiser une prise en charge. Roger Henrion préconise même que « *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 porter plainte. Au minimum, il convient de l'orienter vers des relais compétents tels que les associations d'aide aux victimes* » [35].

9.3 La rédaction du certificat

Les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes peuvent être amenés dans certains cas à effectuer un certificat médical [48]. Cet acte médical est inscrit dans le code de déontologie des sages-femmes à l'article 33, et l'article R 4127-333 du code de Santé Publique [49]. Il peut s'agir d'une demande spontanée de la victime, ou d'une réquisition judiciaire. « *C'est un acte médical descriptif qui témoigne des dires de la patiente et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, le retentissement physique et psychologique* » [35]. Il vise à permettre aux femmes victimes d'engager une action en justice devant le juge pénal et/ou civil, notamment pour obtenir des mesures de protection. « Ce document écrit par la sage-femme atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique.

Il s'agit d'un premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner » [50]. Le secret médical n'est pas dévoilé lorsque les règles de rédaction sont respectées, mais la responsabilité du praticien est engagée : des précautions sont donc nécessaires [50].

Le document doit contenir pour certifier de sa conformité des éléments permettant d'identifier la sage-femme l'ayant rédigé : nom, prénom, numéro de Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), adresse professionnelle ainsi que la date, l'heure (il ne peut être postdaté) et le lieu de rédaction. Aucun tiers ne doit être mis en cause, les dires de la patientes doivent être rapportés entre guillemets sur le mode déclaratifs :

« Madame X dit que... ». L'attestation doit être remise en main propre à la patiente ou à son représentant légal, une copie doit être conservée par la sage-femme, sauf pour les violences sexuelles.

9.4 Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé

Selon le rapport Henrion, un nombre important de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème, et entretiennent l'idée que ce phénomène est réservé à une catégorie de personnes défavorisées ou précaires. Toute forme de questionnement est ressentie par les médecins comme une sorte d'intrusion dans la vie privée de leur patiente [35].

La mauvaise relation médecin-patient ou au contraire le fait de connaître la victime peut également être un frein au dépistage. Il existe une difficulté supplémentaire, s'il s'agit d'un « médecin de famille » : le praticien connaît donc bien le partenaire violent, il peut lui sembler improbable toute explosion de violence de sa part et la prise en charge du conjoint semble difficile [51].

D'autres professionnels se sentent dépassés par la complexité du problème : les démarches administratives, l'ambivalence des patientes vis à vis du comportement de leur compagnon. La diversité et l'absence de spécificité chez les femmes victimes de violence rendent le repérage difficile [52]. Le manque de temps en consultation est une des raisons fréquemment retrouvées.

Certains craignent également des retombées judiciaires, car ils ne se sentent pas soutenus par les conseils ordinaires départementaux. Le manque de formation initiale ne leur permet pas d'aborder le sujet auprès de leurs patientes et de les prendre en charge correctement : 7 sages-femmes sur 10 n'en ont pas reçu. Face à ces situations de violences, 81% des sages-femmes n'ont pas le sentiment d'avoir été suffisamment préparées [53].

Une thèse réalisée auprès de 1000 médecins généralistes d'Ile de France, souligne l'importance d'avertir les médecins sur ce problème afin d'améliorer les réponses

apportées aux victimes [54]. A noter tout de même que les violences faites aux femmes ont été intégrées à la formation initiale des médecins et des sages-femmes en 2013 [55].

10. L'après dépistage : la prise en charge et l'orientation vers des structures adaptées

Pour la victime, nommer ces violences, permet aussi de sortir de la négation. Un nombre important de violences psychologiques du fait de l'emprise sur la patiente n'est pas repéré par celle-ci. Quelques soient les violences exercées par l'auteur, il est important de rappeler ses droits et la loi. Selon les besoins de la patiente celle-ci sera orientée vers différentes structures qui pourront l'aider : police ou gendarmerie, justice, travailleur social, associations spécialisées, psychologue qui proposent aux femmes écoute, accompagnement, orientation, aide dans les procédures administratives et judiciaires [2].

A Clermont-Ferrand il existe plusieurs associations spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes :

Fondé en 1972 à l'initiative de l'État, le Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF) est un relais essentiel de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. Il existe également un Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) dans chaque département, soit 114 en France. Il s'agit d'une association d'utilité publique, qui est sollicitée pour informer, accompagner les femmes victimes de violences sexistes : violences au sein du couple, viols et agressions sexuelles, harcèlements sexuels, mutilations sexuelles, mariages forcés. Les équipes professionnelles des CIDFF accueillent les femmes victimes et les informent sur leurs droits, identifient leurs difficultés, offrent un accompagnement global dans leurs démarches policières, judiciaires, médicales, sociales et professionnelles. Ses rôles sont également de sensibiliser et de former des partenaires travaillant au contact de femmes victimes de violences (police, gendarmerie, travailleurs sociaux, médecins, magistrats...) et de prévenir les futures violences en intervenant au sein des établissements scolaires,

lors de l'organisation de journées de sensibilisation en direction du grand public et des entreprises (Annexe IV).

L'association AVEC (Association Victimes Ecoute Conseils) est une association d'aide aux victimes d'infraction pénale. L'association du Puy de Dôme fait partie d'un réseau national: l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM). Il existe une association par département soit 150 structures au total sur le territoire français. Au sein d'AVEC 63, il existe un dispositif spécifique de violences conjugales, ainsi que différentes professions: des juristes, des travailleurs sociaux, et des psychologues. Une travailleuse sociale est référente sur la question des violences conjugales au sein du département. Un dispositif point accueil de jour pour les victimes de violences conjugales a pour objectif d'aider les femmes au départ, en intervenant en amont et avec un travail complémentaire des différents acteurs (social, juridique...). L'accompagnement social permet d'aider au relogement des victimes et de leurs enfants en collaborant avec les bailleurs sociaux, en les assistant dans leurs démarches. Des groupes de parole sont co-animés par des psychologues et des accompagnatrices sociales durant 5 à 6 séances. Les groupes sont homogènes, c'est à dire que les femmes sont regroupées selon les types de violences vécues (Annexe IV).

Dans la région Auvergne, il existe au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, un pôle régional de référence et d'accueil pour les victimes de violences sexuelles et de maltraitances. Ce service hospitalier vise à accueillir toutes femmes enceintes et mineurs victimes de violences, ainsi que leurs proches. C'est un lieu d'accueil et d'écoute, d'informations et d'orientation, permettant notamment une prise en charge médicale, un suivi psychologique, ainsi qu'une formation des professionnels de santé (Annexe IV).

11. L'aspect législatif

11.1 L'incapacité totale de travail (ITT)

L'incapacité totale de travail, au sens pénal, est une notion juridique, précisée par la jurisprudence permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes et pouvant contribuer à qualifier une infraction. L'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles psychiques et physiques, étant source d'une incapacité, c'est à dire que les fonctions de la personne sont atteintes.

Cette inaptitude ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans ses activités quotidiennes (manger, dormir, se déplacer, se laver...). L'évaluation du retentissement psychologique peut être difficilement quantifiable. L'ITT étant différente d'un arrêt de travail, une personne sans emploi peut y avoir accès. Si le médecin est dans l'impossibilité de déterminer la durée de l'ITT, il lui est recommandé de rédiger seulement le certificat médical et de prendre contact auprès de quelqu'un de compétent [48].

11.2 Le paradoxe entre dénonciation et secret professionnel

Le code Pénal

L'article 226-14 précise que le secret médical n'est pas applicable dans certaines situations : il peut être révélé au procureur de la République avec l'accord de la victime, les sévices ou privations constatés. « *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* » [56]. Les femmes enceintes, du fait de leur état de grossesse sont considérées comme individu vulnérable.

Le délit de non-assistance en danger s'applique à toute personne, qui ne signale pas le danger encouru par une femme victime de violences conjugales. La peine encourue est de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. (Article 223-6 du Code pénal) [57]. A noter que la rédaction du certificat ne substitue pas au signalement [48].

Le Code de déontologie des sages-femmes

L'article R4127-316 du 17 juillet 2012 prévoit dans le code de déontologie des sages-femmes que : *« lorsque qu'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 en faisant preuve de prudence et de circonspection.*

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est plus en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Le code de santé publique

L'article 4127-4 du Code de Santé Publique précise *« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris»* [58].

Les moyens de protection

Il existe différents moyens de protection dont la victime peut disposer pour se protéger de la violence de son compagnon. Après la révélation des faits, une plainte peut être adressée au procureur de la République ou effectuée au commissariat de police ou à l'unité de gendarmerie, une main courante peut également être réalisée au commissariat.

Deux autres moyens pour dénoncer ces comportements existent : il s'agit d'un signalement par un tiers ou l'intervention au domicile. Une enquête de police ou de gendarmerie peut être effectuée et le parquet peut décider de :

- soit de classer l'affaire sans suite, car le procureur estime que les preuves sont insuffisantes,
- soit une alternative aux poursuites
- soit de poursuivre l'auteur devant le tribunal correctionnel ou devant un juge d'instruction.

Toute victime ayant recours à une main courante ou un procès-verbal sera encouragée à déposer plainte. En cas de refus de sa part, ses droits, les procédures engagées pour les faire valoir lui seront communiqués. Une mise en relation avec une structure d'accompagnement partenaire (intervenant social, psychologue, associations...) lui sera proposée. « Le but étant qu'aucune violence déclarée ne reste sans réponse pénale et sociale » [55].

En conclusion, les situations de violences conjugales sont relativement fréquentes. La grossesse constitue pour les victimes un moment de fragilité extrême avec un risque majeur d'un passage à l'acte d'un conjoint violent. Les consultations prénatales sont des moments privilégiés pour effectuer un dépistage systématique de ces violences. Les sages-femmes apparaissent donc comme les professionnels les plus concernés par ce dépistage justifiant une étude de leur pratique.

Matériel et méthode

1. Type d'étude

L'objectif principal de l'étude était d'établir un état des lieux de la pratique du dépistage des violences conjugales par les sages-femmes (dépistage systématique, dépistage ciblé) et les modalités de prise en charge.

Le critère de jugement principal était la prévalence du dépistage des violences conjugales : ciblé et systématique ainsi que les prises en charge proposées.

L'objectif secondaire était de mesurer l'influence du mode d'exercice sur les pratiques professionnelles. Le critère de jugement retenu était le pourcentage de dépistage systématique, ciblé, ainsi que les modalités de prise en charge proposées selon le mode d'exercice (libéral, hospitalier, PMI et mixte)

Pour rappel, le dépistage systématique repose sur le questionnement systématique des patientes au sujet des violences subies. Le dépistage ciblé est réalisé lorsque des signes cliniques, amnestiques évocateurs (lésions, addiction...) sont détectés par le clinicien.

Enfin, les connaissances des sages-femmes au sujet de la fréquence des violences conjugales en dehors et pendant la grossesse ont été évaluées. Le critère de jugement était le pourcentage de réponses correctes aux questions posées.

Pour répondre aux objectifs de recherche une étude observationnelle descriptive de type transversale et étiologique a été réalisée.

2. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée de mai 2015 à octobre 2015.

3. Lieux de l'étude

L'enquête a été réalisée au sein des 4 départements d'Auvergne (Cantal, Puy de Dôme, Allier, Haute Loire)

4. Critères de sélection des sujets

4.1. Critères d'inclusion

La population étudiée regroupait l'ensemble des sages-femmes de la région Auvergne, c'est à dire: les sages-femmes travaillant soit dans le secteur hospitalier (public ou privé), en libéral ou en milieu territorial.

4.2. Critères d'exclusion

Il n'existait aucun critère d'exclusion pour cette enquête.

5. Le recueil des données

Un questionnaire a été réalisé sur Google Drive, celui-ci comportait 25 questions divisées en 4 parties principales : une partie concernant les renseignements généraux, une autre le dépistage des violences conjugales, les transmissions et enfin la prise en charge. Les questions étaient principalement fermées à choix multiples et 11 questions comportaient un caractère obligatoire de réponse. (Annexe I)

Le questionnaire a ensuite été diffusé via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes en Auvergne grâce à l'envoi de courriers électroniques contenant le lien de l'enquête. Deux relances ont été effectuées.

Les professionnels ne disposaient pas de contrainte de temps pour remplir le formulaire.

Le questionnaire a été testé auprès de 5 sages-femmes exerçant les fonctions de coordinatrices ou de sages-femmes cliniciennes exerçant en milieu hospitalier et auprès de l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO).

Les données ont été saisies grâce au logiciel Excel via Google Drive.

6. L'analyse des données

6.1. Les groupes comparés

La population de sages-femmes répondantes a été séparée en plusieurs groupes :

- Exercice hospitalier (sages-femmes exerçant soit en milieu privé ou public)
- Exercice libéral
- Exercice territorial
- Exercice mixte

Seuls les questionnaires complets ont été pris en compte lors de l'analyse.

6.2. Les tests statistiques utilisés

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test du CHI carré de Pearson, afin de définir si la différence entre deux variables étudiées était statistiquement significative.

Lorsque les effectifs étaient insuffisants ($n < 30$), le test de Fisher a été utilisé.

La valeur de p value ($p < 0,05$) a été reconnu comme seuil de significativité.

6.3. Le logiciel d'analyse utilisé

Le logiciel utilisé est le logiciel R de 2015 et de version 3.2.3.

7. Aspects éthique et règlementaire

L'autorisation des Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-femmes a été requise afin de diffuser l'information et le lien de participation à l'enquête.

Le questionnaire ne comportait aucune question personnelle permettant d'identifier les participants, ce qui a garanti l'anonymat des professionnels interrogés.

Résultats

1. Description de la population répondant

Au total, l'Auvergne comptabilise près de 450 sages-femmes et 155 réponses ont été obtenues. Le taux de participation correspond donc à 34,4%.

Tableau I : Répartition des professionnelles ayant participé

	Participant(e)s	Pourcentage	
	<i>n = 154</i>	%	
	<i>Hospitalier</i>	111	72,1
	<i>Libéral</i>	44	28,6
Taux de participation en fonction du mode d'exercice	<i>PMI</i>	5	3,2
	<i>CEPF*</i>	4	2,6
	<i>Avant 1982</i>	2	1,3
	<i>1982-1986</i>	7	4,5
Année d'obtention du diplôme	<i>1986-2002</i>	45	29,2
	<i>2002-2007</i>	28	18,2
	<i>2007-2014</i>	72	46,8
	<i>22-35</i>	90	58,4
	<i>35-45</i>	44	28,6
Age (années)	<i>45-55</i>	17	11,0
	<i>55-65</i>	3	1,9
	<i>Plus de 65</i>	0	0,0
	<i>Urbain</i>	83	53,9
Lieux d'exercice	<i>Semi-urbain</i>	58	37,7
	<i>Rural</i>	13	8,4

*CEPF : Centre de planification et d'éducation familiale

Au total, 2 hommes (1.3%) et 152 femmes (98.7%) ont répondu au questionnaire. La majorité de la population ayant participé avait majoritairement à 58,4% entre 22 et 35 ans. Au niveau de l'expérience, les sages-femmes étaient 46,6% à exercer depuis moins de 9 ans. Les professionnelles interrogées pratiquaient principalement en établissements de soins (72,1%), 26,8% avaient un exercice libéral et 3,2% travaillaient dans la fonction publique territoriale. Dans 7,8% des cas, les sages-femmes avaient une double activité (hospitalière, libérale, conseillère conjugale, centre de planification et d'éducation familiale).

Une réponse n'a pas été analysée, car le formulaire n'a pas été intégralement rempli.

Lorsque les professionnels exerçaient en milieu hospitalier, 72,1% (n = 111) travaillaient en suites de couches, 68,2% en salles de naissances et 61% aux urgences gynécologiques et obstétricales.

Tableau II : Distribution des sages-femmes en fonction de leurs domaines d'exercice

	Nombre de sages-femmes répondants <i>n= 154</i>	Pourcentage <i>%</i>
Suites de couches	111	72,1
Salles de naissances	105	68,2
Consultations d'urgences gynécologiques et obstétricales	94	61,0
Consultations prénatales et post-natales	87	56,5
Secteur des grossesses hospitalisées	80	51,9
Préparation prénatale à la naissance et à la parentalité	68	44,2
Consultations gynécologiques de prévention et de contraception	51	33,1
Rééducation périnéale	45	29,2
Exploration uro-dynamique	5	3,2

D'autres secteurs d'activité ont été cités par les sages-femmes, il s'agit : des suivis à domicile de grossesses pathologiques, du programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), de la pratique de l'échographie, de l'acupuncture, des consultations d'allaitement maternel et d'orthogénie ainsi que la coordination d'une équipe.

2. Le dépistage des violences conjugales

2.1 Le dépistage systématique

Le dépistage systématique des violences conjugales était réalisé par 17.5% de la population étudiée.

Tableau III : Professionnelles à effectuer un dépistage systématique en fonction du mode d'exercice

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n= 154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Systématique	27	17,5	12	7,8	14	9,1	5	3,2	1	0,6
Non systématique	127	82,5	89	57,8	23	14,9	0	0,0	11	7,1

Un lien statistiquement significatif entre le lieu d'exercice et le fait de réaliser un dépistage systématique a été observé ($p = 0.06$). Ce dépistage systématique était effectué le plus souvent par les professionnelles libérales, soit 9.1% ($n = 14$).

Une majorité de sages-femmes (85,8%) ayant répondu au questionnaire a déjà été confrontée à des situations de violences conjugales au cours de leur exercice professionnel, 3,2% ($n = 5$) ne savent pas s'ils ont été déjà en contact avec des victimes.

Tableau IV : Professionnelles confrontées à des situations de violences conjugales pendant leur exercice

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n = 154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Déjà confrontées	132	85,7	91	59,1	25	16,2	5	3,2	11	7,1
Jamais confrontées	17	11,0	9	5,8	8	5,2	0	0,0	0	0,0
Ne sait pas	5	3,2	0	0,0	4	2,6	0	0,0	1	0,6

Il existe un lien statistique entre le mode d'exercice et le fait d'avoir déjà été confronté aux violences conjugales ($p= 0,009$). Les sages-femmes du milieu hospitalier ont recensé plus de situations de violences au sein du couple, soit 59,1% ($n=91$).

2.2 Le dépistage ciblé

Un dépistage ciblé était réalisé par 70,9% ($n = 90$) des sages-femmes interrogées et le plus souvent par les professionnels hospitaliers.

Tableau V : Sages-femmes effectuant un dépistage ciblé

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n = 127</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dépistage ciblé	90	70,9	62	48,8	16	12,6	5	3,9	7	5,5
Pas de dépistage	37	29,1	26	20,5	7	5,5	0	0,0	4	3,1

Le mode d'exercice des professionnels ne semblait pas influencer la fréquence de réalisation du dépistage ciblé ($p = 0,501$)

Tableau VI : Modes d'exercice en fonction des signes d'appel de violences conjugales

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte		Valeur
	<i>n=154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Traces corporelles	152	98,7	99	64,3	36	23,4	5	3,2	12	7,8	0,835
Comportement de la patiente	144	93,5	93	60,4	34	22,1	5	3,2	11	7,1	0,926
Consultations aux urgences pour « accident »	134	87,0	86	55,8	32	20,8	4	2,6	11	7,1	0,906
Conjoint trop présent	128	83,1	84	54,5	30	19,5	5	3,2	9	5,8	0,627
Consultations répétées aux urgences	122	79,2	77	50,0	31	20,1	4	2,6	10	6,5	0,827
Vaginisme	117	76,0	71	46,1	32	20,8	4	2,6	10	6,5	0,262
Difficultés pendant enfance	97	63,0	59	38,3	26	16,9	3	1,9	9	5,8	0,515
Dénis de grossesse	88	57,1	51	33,1	25	16,2	5	3,2	7	4,5	0,074
Addiction	83	53,9	50	32,5	24	15,6	3	1,9	6	3,9	0,466
Origine ethnique et milieu socio-culturel	52	33,8	28	18,2	13	8,4	1	0,6	3	1,9	0,8
Refus de traitements	50	32,5	31	20,1	13	8,4	3	1,9	3	1,9	0,522
IVG multiples	47	30,5	24	15,6	16	10,4	3	1,9	4	2,6	0,074
IST	16	10,4	12	7,8	4	2,6	0	0,0	0	0,0	0,521
Age	10	6,5	5	3,2	3	1,9	2	1,3	0	0,0	0,014

Seul l'âge des patientes ($p = 0,014$) semblait être un critère significativement plus utilisé par les professionnelles des établissements de soins, par rapport aux autres modes d'exercice, pour mettre en œuvre un dépistage ciblé.

Par ailleurs, les sages-femmes avaient moins recours à ce signe d'appel (6,5%) pour effectuer un dépistage ciblé des violences conjugales.

2.3 Les freins au dépistage

Le fait de trouver le sujet tabou et la question difficile à poser était le principal argument évoqué par 36,2% des participants. L'absence de procédures clairement établies, de ne pas avoir le réflexe et le manque de temps étaient également des difficultés soulignées par les sages-femmes.

Tableau VII : Freins des professionnels à réaliser un dépistage systématique et ciblé en fonction de leur mode d'exercice

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte		Valeur
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Sujet tabou/ question difficile à poser	46	36,2	35	27,6	9	7,1	1	0,8	1	0,8	0,616
Manque d'information des procédures	43	33,9	29	22,8	10	7,9	2	1,6	2	1,6	0,518
Pas le réflexe	39	30,7	27	21,3	10	7,9	0	0,0	2	1,6	0,188
Manque de temps	33	26,0	27	21,3	2	1,6	0	0,0	4	3,1	0,073
Difficulté à identifier les frontières	27	21,3	19	15,0	8	6,3	0	0,0	0	0,0	0,077
Attend réponse spontanément	21	16,5	14	11,0	4	3,1	0	0,0	3	2,4	0,584
Pas de réponse à la question	16	12,6	10	7,9	5	3,9	0	0,0	1	0,8	0,438
Manque de connaissance recours	12	9,4	7	5,5	5	3,9	0	0,0	0	0,0	0,114
Comment réagir	11	8,7	5	3,9	5	3,9	1	0,8	0	0,0	0,05
Tout va bien	4	3,1	4	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,608

Un tiers (36,1%) de l'échantillon étudié estimait qu'il existe un moment privilégié pour diagnostiquer les violences conjugales contre 37,4%.

Selon les participantes, l'entretien prénatal précoce représentait la meilleure opportunité pendant la grossesse pour réaliser ce dépistage.

3. Les transmissions et la prise en charge

3.1. Les transmissions

Près de la moitié des sages-femmes (49,4 %) effectuaient des transmissions écrites après en avoir informé la patiente et 7,4% n'en réalisaient jamais.

A noter que près de 43,5% des personnes interrogées déclaraient ne jamais solliciter l'accord de la patiente pour mentionner dans le dossier médical les violences subies.

Tableau VIII : Mode d'exercice en fonction des transmissions écrites réalisées

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Systematiquement	67	43,5	53	34,4	9	5,8	2	1,3	3	1,9
Sur accord de la patiente	76	49,4	41	26,6	23	14,9	3	1,9	9	5,8
Jamais	11	7,1	6	3,9	5	3,2	0	0,0	0	0,0

Il existe un lien statistiquement significatif entre le mode d'exercice et les transmissions (p =0,041).

Lorsque des transmissions écrites étaient réalisées par les sages-femmes, le support le plus fréquemment utilisé était le dossier médical (90,1%), un certificat médical était utilisé par 5% de la population et les 5% restant rédigeait soit un courrier adressé aux autres professionnels de santé, soit une fiche spécifique à l'entretien prénatal précoce ou encore un dossier destiné au staff.

Concernant les autres professionnels avertis, les sages-femmes hospitalières informaient en premier lieu le psychologue (55,2%) et la sage-femme coordinatrice du service (53,2%), de manière significativement plus importante ($p = 0,001$ et $p = 0,03$).

L'assistante sociale était davantage sollicitée par professionnelles hospitalières (57%) que par les libérales (27%) ($p = 0,016$).

Les services de PMI étaient plus informés par les sages-femmes libérales (72%) par rapport aux hospitalières (60%). Les participantes travaillant en établissements de santé (22%), prévenaient le médecin traitant ou gynécologue de la patiente, contre 35% de libérales et cette différence est statistiquement significative ($p = 0,039$).

Tableau IX : Répartition des personnes informées en fonction du mode d'exercice des sages-femmes

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte		Valeur
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Psychologue	85	55,2	66	42,9	10	6,5	3	1,9	6	3,9	0,001
SF coordinatrice	82	53,2	64	41,6	7	4,5	2	1,3	9	5,8	0,03
AS	76	49,4	57	37,0	10	6,5	2	1,3	7	4,5	0,016
PMI	97	63,0	60	39,0	27	17,5	1	0,6	9	5,8	0,083
CHU	42	27,3	25	16,2	13	8,4	3	1,9	1	0,6	0,099
MT ou GO*	43	27,9	22	14,3	13	8,4	1	0,6	7	4,5	0,039

* MT ou GO : Médecin traitant ou gynécologue obstétricien.

Les sages-femmes hospitalières avaient significativement plus recours ($p = 0,03$) au staff ou à la rédaction d'un courrier pour informer les autres professionnels.

Tableau X: Classement des sages-femmes en fonction des moyens utilisés pour prévenir les autres professionnels de santé

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte		Valeur
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Courrier	32	20,8	15	9,7	14	9,1	1	0,6	2	1,3	0,034
Réunion du Réseau Périnatal d'Auvergne	10	6,5	5	3,2	2	1,3	1	0,6	2	1,3	0,263
Staff	73	47,4	60	39,0	3	1,9	4	2,6	6	3,9	0,03

3.2. La prise en charge

Un quart (25,9%) des sages-femmes avaient déjà effectué une information préoccupante.

Tableau XI: Répartition des sages-femmes en fonction de la réalisation d'une information préoccupante

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
IP* déjà réalisée	48	31,2	26	16,9	9	13,9	3	1,9	10	6,5
IP* jamais réalisée	106	68,8	74	48,1	28	43,1	2	1,3	2	1,3

* IP : Information préoccupante

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir déjà effectué une information préoccupante et le mode d'exercice ($p = 0,912$).

Près de 91% de la population étudiée n'a jamais réalisé de signalement judiciaire.

Tableau XII : Professionnels ayant déjà effectué un signalement judiciaire

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Déjà réalisé	14	9,1	9	5,8	4	2,6	1	0,6	0	0
Jamais	140	90,9	91	59,1	33	21,4	4	2,6	12	7,8

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif ($p = 0,666$)

Seulement 27,3% des professionnelles connaissaient les associations d'aides aux victimes. Il s'agissait statistiquement le plus souvent de professionnels du secteur hospitalier, soit 16,2% ($p = 0,01$).

Tableau XIII : Lien entre le fait de connaître les associations et le mode d'exercice

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n=154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	42	27,3	25	16,2	9	5,8	4	2,6	4	2,6
Non	112	72,7	75	48,7	28	18,2	1	0,6	8	5,2

Les professionnels orientaient principalement les victimes vers un psychologue (62,5%), 59,2% vers une assistante sociale et 57,2% vers la justice.

Tableau XIV: Répartition des sages-femmes en fonction de l'orientation proposée aux victimes et le mode d'exercice

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte		Valeur
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Psychologue	94	61,0	69	44,8	18	11,7	3	1,9	4	2,6	0,03
AS	89	57,8	61	39,6	20	13,0	1	0,6	7	4,5	0,313
Justice	86	55,8	54	35,1	22	14,3	3	1,9	7	4,5	0,94
3919	27	17,5	11	7,1	9	5,8	4	2,6	3	1,9	0,022
Associations locales	49	31,8	29	18,8	11	7,1	3	1,9	6	3,9	0,251
CHU	57	37,0	38	24,7	14	9,1	3	1,9	2	1,3	0,345

Les sages-femmes hospitalières ont davantage recours au psychologue du service ($p = 0,03$).

Par ailleurs, il n'existe aucune différence statistiquement significative entre l'orientation des femmes vers les associations d'aide aux victimes, la justice, l'assistante sociale et le pôle régional d'accueil des victimes de maltraitance au Centre Hospitalier Universitaire.

Certaines professionnelles ont également conseillé aux patientes de prendre contact avec les services de PMI, la sage-femme coordinatrice, l'Unité Médico-Judiciaire et avec une sage-femme également conseillère conjugale.

4. Connaissances des sages-femmes

Les sages-femmes interrogées connaissaient dans 33,8% les taux actuels de violences conjugales qui sont de 10% chaque année en France.

Tableau XV : Connaissances des sages-femmes au sujet des taux de violences conjugales dans la population générale

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
5%	7	4,5	5	3,2	1	0,6	0	0,0	1	0,6
10%	52	33,8	26	16,9	17	11,0	3	1,9	6	3,9
15%	15	9,7	11	7,1	3	1,9	1	0,6	0	0,0
Plus de 15%	43	27,9	32	20,8	7	4,5	0	0,0	4	2,6
Ne sait pas	37	24,0	27	17,5	8	5,2	1	0,6	1	0,6

Les taux actuels de violences conjugales chez les femmes enceintes (soit 3 à 8%) étaient connus par près de 15% des sages-femmes participantes et 20% des professionnelles ne savaient pas l'évaluer.

Tableau XVI : Connaissances des sages-femmes des taux de violences conjugales chez les femmes enceintes

	Total		Hospitalier		Libérale		PMI		Mixte	
	<i>n = 154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
3-8%	23	14,9	14	9,1	5	3,2	0	0,0	4	2,6
9-15%	43	27,9	26	16,9	14	9,1	1	0,6	2	1,3
Plus de 15%	56	36,4	39	25,3	9	5,8	4	2,6	4	2,6
Ne sait pas	32	20,8	21	13,6	8	5,2	1	0,6	2	1,3

Le mode d'exercice n'influence pas de manière significative le fait de connaître la prévalence des violences en dehors et pendant la grossesse ($p = 0,433$).

Les outils pédagogiques (mis en place notamment par la MIPROF et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes) étaient connus uniquement par 17,5% de la population étudiée.

Tableau XVII : Répartition des sages-femmes en fonction de leurs connaissances des outils

	Total		Hospitalier		Libéral		PMI		Mixte	
	<i>n = 154</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Connaît les outils	27	17,5	15	9,7	4	2,6	4	2,6	3	1,9
Ne connaît pas les outils	113	73,4	77	50,0	28	18,2	1	0,6	8	5,2
Ne sait pas	14	9,1	9	5,8	4	2,6	0	0,0	1	0,6

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de connaître les outils et le mode d'exercice ($p = 0,009$).

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Le caractère novateur de cette enquête, au sujet des violences, a permis d'établir un état des lieux des pratiques cliniques des sages-femmes auvergnates. Cependant, les résultats obtenus ne peuvent être généralisables compte tenu du manque puissance de l'étude. Toutefois, des informations complémentaires au sujet du dépistage ont été recueillies, des modalités de prise en charge et des transmissions effectuées par les professionnels en cas de diagnostic ou de suspicion de violence chez les patientes.

Il est également possible que les sages-femmes ayant répondu au questionnaire soient plus sensibilisées à la question des violences faites aux femmes par rapport à l'intégralité de la population de sages-femmes de la région Auvergne.

Malgré, une participation conséquente de 155 professionnelles à cette enquête, peu de résultats significatifs ont été obtenus. En effet, plusieurs raisons peuvent être soulevées.

Tout d'abord, certaines catégories de professionnelles sont faiblement représentées dans cette enquête. Le faible effectif de sages-femmes territoriales peut s'expliquer par une population de sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile moins nombreuses en France que les sages-femmes hospitalières. En comparaison, en 2012, sur la totalité du territoire français, 14% des sages-femmes exerçaient exclusivement en libéral, 74% étaient salariées en établissement hospitalier, 8% exerçaient en PMI et 4% avaient une double activité [59].

Ces différences de représentation n'ont pas permis de vérifier avec qualité, de possibles modifications significatives des pratiques du dépistage selon les secteurs d'activité.

De plus, il était impossible d'objectiver d'éventuelles différences de pratiques liées au genre comme décrit dans la littérature. La profession de sage-femme en France est principalement féminine (on dénombre environ 1,8% d'hommes) [60]. Dans cette enquête, seulement deux hommes ont répondu au questionnaire. Il aurait pu être intéressant d'analyser la présence ou non de différence entre le repérage accompli par un homme et par une femme afin de les confronter aux données de la littérature.

L'outil de recueil utilisé, un questionnaire, et son mode de diffusion ont donné une sensibilisation sur le sujet à de nombreuses professionnelles. Cependant, il se peut que certaines sages-femmes n'aient pu être contactées du fait d'adresse de messagerie invalide. Ce défaut de possibilité de vérification tout au long de l'étude a pu limiter le nombre de réponses. Il est également possible que des sages-femmes aient répondu plusieurs fois au questionnaire.

Le recueil des données grâce à un questionnaire a pu limiter l'exhaustivité des réponses. Compte tenu du caractère sensible du sujet comme souligné dans la littérature, des entretiens exploratoires complémentaires auraient permis de mieux cerner les difficultés éprouvées par les spécialistes de la maïeutique au sujet du dépistage et de la prise en charge des violences. Cependant, la contrainte de temps imposée pour la réalisation de cette recherche, ne permettait pas de mener des investigations complémentaires.

Enfin, la phase préalable de test du questionnaire n'avait pas mis en exergue des problèmes de formulation ou de compréhension des questions. Cependant, lors de l'analyse des données recueillies, nous avons observé que la question sur le dépistage ciblé (question 13, annexe I) n'était accessible que si les professionnels affirmaient ne pas réaliser de dépistage systématique. Ce problème a peut-être affecté la prévalence du dépistage ciblé conduisant à une sous-estimation de sa fréquence.

2. Présentation de l'échantillon répondant

Le secteur hospitalier ainsi que le secteur libéral sont les plus représentés. Ceci s'explique par la répartition des sages-femmes sur le territoire auvergnat. En effet, près 72,1% des sages-femmes hospitalières sont représentées dans cette étude.

Il semble que les professionnelles libérales ainsi que celles exerçant en établissement de niveau 1 ont tendance à davantage réaliser de dépistage systématique [15].

3. Le dépistage des violences

3.1 Le dépistage systématique

Le dépistage systématique repose sur le questionnement de chaque patiente au sujet de violences subies actuelles ou passées [45].

Malgré le nombre important de victimes chaque année et les conséquences sur la santé des femmes et des enfants, les sages-femmes sont peu nombreuses à réaliser un dépistage systématique : elles sont 17,4% en Auvergne contre 19% en France [55].

Une amélioration peut être néanmoins constatée depuis 2012 où seulement 11,5% des sages-femmes du Puy de Dôme réalisaient un repérage automatiquement [15].

Cette observation démontre l'implication grandissante des sages-femmes pour ce type de dépistage, plusieurs raisons peuvent expliquer ce progrès :

- Des actions locales telles que des journées de formation au sein du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA) ont été mises en place.
- Des actions nationales ont également facilité le dépistage grâce à l'instauration d'outils pédagogiques à destination des professionnels de santé créés par la MIPROF.

Le 4^{ème} Plan Triennal de lutte contre les violences faites aux femmes comprend désormais l'arrêté du 11 mars 2013, relatif au Diplôme d'Etat de Sages-Femmes qui prévoit dans ses objectifs la prévention et le dépistage des violences [55]. Au travers de ce plan, le Ministère des Droits des Femmes place donc les sages-femmes au cœur du dépistage des violences conjugales. Sachant que celle-ci débutent ou s'intensifient dans 40% des cas pendant la grossesse, les professionnelles de la maïeutique ont donc un rôle majeur à jouer.

Enfin, les sages-femmes ne sont pas les seules à avoir progressé sur cette problématique : les médecins généralistes sont également plus nombreux à poser les questions relatives aux violences, sans attendre que les patientes évoquent elle-même le sujet. C'est ce que prouve une étude menée en 2012, soit 10 ans après la thèse du Dr Morvant [61].

Dans cette étude, près de 85,8% (n= 132) des sages-femmes interrogées affirment avoir déjà été confrontées à des femmes victimes de violences au cours de leur exercice professionnel. Ces chiffres démontrent que ce phénomène est rencontré de façon récurrente par les maïeuticiennes. De plus, les taux observés ici correspondent aux résultats d'une enquête nationale réalisée par la MIPROF auprès des sages-femmes en activité, où 80% d'entre elles ont recensé ces violences au cours des 12 derniers mois [53].

3.2 Le dépistage ciblé

La majorité des professionnelles n'ayant pas recours au dépistage systématique effectuent un dépistage ciblé, c'est à dire qu'elles décèlent grâce à des indices physiques, comportementaux et/ou psychologiques des patientes ou de leur conjoint. Près de 13,6% des sages-femmes d'Auvergne attendent que la victime en parle spontanément, il paraît donc évident que de nombreuses situations ne sont pas repérées.

3.3 Les freins au repérage

Parmi les principaux freins évoqués par les participantes à l'étude, il a été relevé l'absence de procédures rédigées dans 38% des cas. Le manque de temps était fréquemment cité (26%). Le rapport Henrion confirme cela : il faut du temps pour écouter et rassurer la patiente, ce qui est plus difficile en secteur hospitalier, où des contraintes de rendements existent.

Certaines professionnelles évoquent dans cette étude, un sujet délicat, tabou (11%) et elles ont peur de mettre mal à l'aise les patientes (20%). Parfois, les sages-femmes ont une histoire personnelle de violence : selon l'enquête de la MIPROF environ 20% d'entre elles ont été exposées dans leur vie à des violences au sein du couple [53].

Plus de la moitié des sages-femmes métropolitaines (58%) en 2013 trouvent la question difficile à poser contre 20,7% en Auvergne [53]. Ces discordances de chiffres entre le reste de la France et l'Auvergne peuvent être le fruit des différentes actions menées au sein du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne, permettant aux professionnelles d'aborder plus sereinement le sujet.

Cependant, il est à noter que les femmes sont favorables à un dépistage systématique de la part des professionnels de santé [47] et dans 80% des cas, parler soulage les victimes [53].

Les patientes non victimes ne sont donc pas embarrassées quand la question leur est posée.

Parmi la population interrogée, 17,5% éprouvent des difficultés à différencier les relations conflictuelles et les situations de violences dans le couple, car il existe des couples ayant ce mode de fonctionnement.

3.4 Signes d'appel des violences conjugales

Les principaux signes d'appel des violences conjugales sont pour 98,7% des sages-femmes interrogées, des traces corporelles (ecchymoses, hématomes...), le dépistage est donc plus facile. Près 93,5% des professionnelles participant à cette étude soupçonnent lorsque la femme présente un comportement particulier (mutisme, dépression...).

Enfin, dans plus de trois quarts des cas (79,2%), les maïeuticiennes sont interpellées par des consultations répétées aux urgences et 87% par une consultation pour « blessure accidentelle ». En effet, ce prétexte peut être employé par la victime elle-même ou son conjoint pour dissimuler la réalité [35].

Les sages-femmes (79,5%) sont également attentives face à des patientes présentant un vaginisme. Or, seulement 10,4% d'entre elles y pensent lors que la femme présente une infection sexuellement transmissible et 30,5% lorsqu'il existe un antécédent multiple d'interruptions volontaires de grossesse. En revanche, 57,1% l'envisagent lors d'un déni de grossesse, une déclaration de grossesse tardive ou lorsque celle-ci est non désirée. Les études ont montré que ces femmes ont plus de difficultés à avoir un moyen de contraception et ont plus recours à une IVG, ou au contraire, sont contraintes de mener une grossesse à terme.

Près de 33,7% des professionnelles accordent une importance à l'origine ethnique et socio-culturelle, alors que l'enquête ENVEFF démontre que les violences conjugales existent dans tous les milieux socio-culturels [40].

Les professionnelles sont à 83,1% suspicieuses lorsque la présence du partenaire est trop importante, celui-ci peut se montrer violent verbalement, contrôler du regard sa compagne, adopter un comportement hostile ou au contraire être prévenant de manière exagérée.

Certaines situations sont assez évocatrices comme le jeune âge de la patiente, cependant peu de sages-femmes (soit 6,5%) sont attentives face à ce signe d'appel.

Selon l'ENVEFF, les victimes présentant un antécédent de maltraitance pendant l'enfance ont quatre fois plus de risque, à l'âge adulte, de subir des sévices de la part de leur conjoint. Près de 63% des sages-femmes dans cette étude avouent faire plus attention dans cette situation.

Ce constat met en exergue que les sages-femmes effectuent un dépistage ciblé lorsqu'elles sont face à certains signes d'appel tel que l'aspect clinique, le comportement de la patiente et/ou de son compagnon. En revanche, elles ne sont pas assez attentives aux antécédents qui peuvent être assez révélateurs [35].

3.5 Meilleur moment pour le diagnostic

En Auvergne, 35,7% des professionnelles interrogées estimant qu'il existe un moment privilégié pour le repérage, pensent que l'entretien prénatal précoce est le moment le plus opportun. Ce temps permet aux parturientes de rencontrer une sage-femme en dehors d'une consultation classique de grossesse, de définir leurs attentes et leurs craintes. Cet échange dure de 45 min à 1h, et permet à la sage-femme de comprendre le milieu dans lequel la patiente évolue et d'évaluer les facteurs de vulnérabilité psychosociales. Le fait de livrer aux spécialistes des antécédents ou des événements aussi graves que des violences au sein du couple nécessite une relation de confiance entre la sage-femme et la patiente. Dans l'intérêt des femmes, les maïeuticiennes doivent être informées des événements ayant une incidence sur la santé de la mère et celle de son futur enfant.

Cependant toutes les femmes enceintes en bénéficient. Il semble donc également important de réaliser le diagnostic lors des premières consultations de grossesse.

Un quart (27%) des sages-femmes en France réalisent un dépistage systématique lors de l'entretien prénatal précoce.

4. Prise en charge et transmissions

4.1 Transmissions

Au total, 93% des sages-femmes participant à cette étude réalisent des transmissions écrites.

Sur un plan éthique, il est à noter que près de la moitié des professionnels ne demandent pas l'accord de la victime pour écrire dans le dossier. Néanmoins, il est important de consigner tout ce qui peut être utile dans la prise en charge et l'intérêt de la patiente.

Les professionnels interrogés dans l'étude avaient choisi comme support de transmission dans 5% des cas le certificat médical. Or ce support constitue une aide juridique pour la victime, il ne s'agit donc pas d'un moyen pertinent de transmission.

4.2 Orientation

Selon l'enquête de la MIPROF, les premiers professionnels vers lesquels les sages-femmes orientent les femmes victimes de violences sont les psychologues (74% déclarent orienter les femmes vers un(e) psychologue). Viennent ensuite les services de la protection maternelle et infantile (54%); la police ou la gendarmerie (42%); les associations spécialisées (39%) et les travailleurs sociaux (35%). L'orientation est plus rare vers les autres professionnel-le-s de santé (29%), le 3919 (27%) et les professionnels de la justice (9%). Enfin 8% orientent les femmes victimes de violences vers aucune autre structure.

L'absence d'interrogation sur la formation initiale et continue ne permet pas de juger la nécessité d'instaurer un enseignement plus spécifique sur le thème des violences faites aux femmes durant les études de sages-femmes. Il pourrait exister un lien entre le fait de ne pas réaliser de dépistage systématique et de ne pas se sentir suffisamment préparées. Enfin, il aurait été intéressant de savoir si les professionnelles avaient reçu des connaissances supplémentaires depuis l'obtention de leur diplôme.

Dans le questionnaire, il n'a jamais été fait allusion aux problèmes rencontrés par les professionnelles tels que l'ambivalence, le refus d'aide, la dissimulation ou le déni de la part des patientes.

Le formulaire fait référence principalement aux violences physiques, plus facilement identifiables par les professionnels. Il aurait pu être mentionné les violences psychologiques, car elles sont beaucoup plus fréquentes.

5. Connaissances des sages-femmes

Seulement 17,5% de sages-femmes interrogées connaissent les outils pédagogiques permettant d'identifier plus facilement les violences dont les femmes sont victimes. Certains sont mis en place par la MIPROF, il s'agit courts-métrages et d'un livret d'accompagnement élaborés en 2013. Sur le site du Conseil de l'Ordre National des sages-femmes, il est mis en ligne des certificats médicaux simplifiés avec une fiche explicative pour en faciliter la rédaction.

Les sages-femmes d'Auvergne ont tendance à surestimer les taux de violences conjugales, pendant et en dehors de la grossesse dans 64,3% des situations.

Il est probable que le fait de répondre à cette question ait pu influencer les professionnels à choisir des taux plus élevés.

Il est intéressant de noter que 32,8% de la population interrogée avait répondu correctement à cette question.

Ces données permettent de conclure que les sages-femmes auvergnates ne connaissent pas la prévalence précise des femmes victimes, cependant, elles sont conscientes que ces situations sont fréquentes.

Projet d'action

Au vu des résultats obtenus dans cette étude, il semble important de développer la formation initiale et continue des sages-femmes au sujet du dépistage des violences conjugales. A noter que ces dernières années des actions de formations destinées aux professionnelles de la maïeutique sur le sujet se sont développées. Ainsi, le Conseil National de l'ordre des sages-femmes proposait dans de récentes communications des axes de conduites à tenir et des outils, par exemple pour la rédaction du certificat médical. Ces documents sont facilement accessibles en ligne [50].

Sur le plan régional, les difficultés évoquées par les sages-femmes à dépister et à prendre en charge de manière optimale les patientes semblaient liées à un manque de connaissance des procédures établies ou tout simplement par le défaut de rédaction de procédures. Il serait intéressant que localement des actions de médiatisation du pôle régional des violences auprès des sages-femmes soient organisées. Ceci afin de mieux orienter les femmes victimes vers les structures adéquates et à encourager les professionnels à établir des transmissions.

Peu d'entre elles connaissent les outils pédagogiques, les différents courts-métrages et questionnaires américains doivent être présentés.

Concernant la prise en charge : il semble utile que les conditions de transmissions soient concordantes : où les écrire ? Faut-il demander l'accord de la patiente ? Quelles personnes informer ?

Il est du devoir des sages-femmes d'être en capacité d'orienter la victime et connaître les différents recours possibles. Peu de professionnelles sont informées des associations d'aide aux victimes. Ces formations permettraient de plus, d'assimiler les modalités pour réaliser un signalement judiciaire, une information préoccupante et la rédaction du certificat médical.

Les établissements de santé devraient posséder des protocoles concernant les violences dans le couple, comme c'est le cas notamment au Canada.

Conclusion

Les violences conjugales sont très fréquentes et constituent un réel problème de santé publique, car leurs conséquences sur la santé des femmes et celles de leurs enfants sont multiples. La prise de conscience de ces situations par les professionnels de santé est très récente en France, cependant, les victimes s'adressent en premier lieu au corps médical pour avouer ce qu'elles vivent à leur domicile.

Cette étude permet de constater que : le repérage des violences est comparable à celui réalisé dans le reste de la France, en effet, c'est un faible pourcentage de sages-femmes qui effectuent un dépistage systématique, certaines n'ayant pas le « réflexe ». La plupart préférant diagnostiquer en fonction du contexte.

L'ampleur du phénomène semble sous-estimée, en effet, près de 11% des sages-femmes disent ne jamais avoir été confrontées à des femmes victimes. Certains signes d'alerte tels qu'un vaginisme, des traces corporelles, ou une patiente présentant une dépression sont connus par les sages-femmes.

Parmi les freins pouvant expliquer les difficultés qu'ont les maïeuticiennes à identifier les violences subies, le manque de procédures clairement établies et des recours possibles constituent une réelle entrave le diagnostic. La façon d'aborder le sujet pose également problème, beaucoup pensant que la question est difficile à poser et qu'il s'agit d'un sujet tabou.

Une formation initiale et continue plus approfondies sur le sujet permettrait d'identifier plus facilement ces situations à risque et de démocratiser le dépistage systématique.

Références bibliographiques

1. Marchand L. Hommes battus : des chiffres pour comprendre une réalité méconnue. Le Monde.fr [Internet]. 10 avr 2015 [cité 7 oct 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/04/10/hommes-battus-des-chiffres-pour-comprendre-une-realite-meconnue_4613224_4355770.html
2. Piet E. Violences envers les femmes : la grossesse un moment particulier. In: Vocation Sage-Femme. Elsevier Masson. 2014. p. 10-5.
3. Delespine M. Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences. In: Vocation Sage-Femme. Elsevier Masson; 2014. p. 24-8.
4. Héritier F. De la violence : Tome 1. Odile Jacob. 2005. 396 p. (Science Hum).
5. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio L. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. World Health Organization; 2002 p. 404.
6. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. [Internet]. 1993. Disponible sur: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=F
7. Organisation Mondiale de la Santé - Aide-mémoire n°239 : La violence à l'encontre des femmes. WHO. 2014.
8. Debauche A, Hamel C. Nouvelles Questions Féministes, Violences contre les Femmes. Antipodes. Vol. 32. 2013. 156 p.
9. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Organisation Mondiale de la Santé : Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : Le féminicide. 2012;10.
10. Reconnaître les féminicides dans la loi – Reconnaissons le féminicide [Internet]. [cité 26 déc 2014]. Disponible sur: http://www.reconnaissonslefeminicide.fr/?page_id=188
11. Association Mémoire Traumatique et victimologie. Mémoire traumatique et victimologie : violences conjugales [Internet]. [cité 7 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>

12. Hirigoyen M.F. La violence psychologique. In: Femmes sous emprise, les ressorts de la violence conjugale dans le couple. Oh! Edition. (Pocket). 2005. p. 28-47.
13. Le groupe de travail sur la formation médicale initiale de la Mission interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences sexuelles et autres violences faites aux femmes. Données Pour Décider En Médecine Générale. 2014;262-8.
14. Hirigoyen M.F. Les conséquences de la phase d'emprise. In: Le harcèlement moral La violence perverse au quotidien. (Pocket). 2011. p. 183-90.
15. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales: état des lieux des pratiques dans le Puy de Dôme [Mémoire sage-femme]. Med université de Clermont-Ferrand I; 2012.
16. Salmona M. La réalité des violences sexuelles et de leurs conséquences. In: Le livre noir des violences sexuelles. Dunod. 2013. p. 31 -65.
17. Ministère des Droits des Femmes. Ce que dit la loi - Violences au sein du couple [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>
18. Fédérations Nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles). Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.federationgams.org/msf.php>
19. Bonnard M. Mutilations génitales féminines: action de formation au sein du RSPA. [Mémoire Sage-femme]. Med université de Clermont-Ferrand I; 2011.
20. Ministère des Droits des Femmes. Mariage forcé - Ce que dit la loi [Internet]. [cité 23 juin 2015]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Ce-que-dit-la-loi,356.html>
21. Henry N. Pourquoi elles restent. In: Frapper n'est pas aimer Enquête sur les violences conjugales en France. DENOËL. 2010. p. 21 -62.

22. Hirigoyen M.F. Violences cycliques ou violence perverse? Savoir les distinguer. In: Femmes sous emprise, les ressorts de la violence conjugale dans le couple. Oh! Editions. (pocket). 2005. p. 70-9.
23. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Chauvin P. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes.
24. Marissal J.P, Chevalley C. Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de Gestion (CRESGE) : Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France. Rapp Au Serv Droits Femmes À Egalité. 2006;111.
25. Henrion R, Ministère du travail. Les femmes victimes de violences conjugales - le rôle des professionnels de santé. Paris: La Documentation Française; 2001 oct p. 29.
26. Campbell J.C. Health consequences of intimate partner violence. 2002;359:1331-6.
27. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker AL. Un temps et un lieu d'écoute et de parole. In: L'IVG. Presses Universitaires de France. (Que sais-je?). 2012. p. 76-89.
28. Debauche A, Hamel C. Est-ce que je peux choisir? Violence contre les femmes et décisions reproductives. In: Violences contre les femmes. Antipodes. 2013. p. 29-45. (Nouvelles Questions féministes, Revues internationale francophone; vol. 32).
29. Daligand L. La femme soumise. Des mots qui sont des coups: Les violences psychiques. In: Violences conjugales en guise d'amour. Albin Michel. 2006. p. 37-43.
30. Séguin L, Pimont M, Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits. Santé Mentale Au Quebec. 2000;25(1):288-312.
31. Salmona M. La fabrication des psycho-traumatismes. Comprendre les mécanismes à l'origine des psychotraumatismes. In: Le livre noir des violences sexuelles. Dunod. 2013. p. 71-7.
32. Violences conjugales : lettre ouverte à Mmes et MM. les députés, par Yael Mellul. Le Monde.fr [Internet]. 23 févr 2010 [cité 22 sept 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/02/23/violences-conjugales-lettre-ouverte-a-mmes-et-mm-les-deputes-par-yael-mellul_1310043_3232.html

33. Quels sont les troubles dissociatifs? (Selon le DSM-IV) [Internet]. Psychomédia. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/diagnostics/quels-sont-les-troubles-dissociatifs>
34. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Académie Natl Médecine. 2002;21-2.
35. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la santé; 2001 p. 47.
36. E. de Becker. L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge. Neuropsychiatre Enfance Adolescence. 2008;Volume 56:21-6.
37. Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. 2004;33(22):1566-8.
38. M.-J. Saurel-Cubizolles, N.Lelong. Violences familiales pendant une grossesse. Trois Table Ronde. 2005;34:47-53.
39. Jaspard M. Violences envers les femmes et effets sur la santé. Présentation de l'Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France.
40. Jaspard M. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris: La documentation française; 2003.
41. Saurel-Cubizolles M.-J, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. 1997;25(2):159-64.
42. La Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007;42.
43. La Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité. 2005;56.

44. Suspecter, Identifier, Evaluer, Agir [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.violences.fr/Priseencharge/tabid/58/language/fr-FR/Default.aspx?PageContentID=3>
45. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening Tools : Domestic Violence [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Violence-Against-Women/Screening-Tools--Domestic-Violence>
46. Gabreau M.A. Expérience de repérage systématique de la violence intra familiale chez la femme enceinte. Paris VI Pierre et Marie Curie; 2001.
47. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant : Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes, 557 patientes interrogées : Intérêt et faisabilité [Mémoire de Diplôme Universitaire Stress, Traumatisme et Pathologies]. [2007]: Université Paris VI, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière;
48. 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;
49. 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. - Article R. 4127-333 [Internet]. 2004-802 juill 29, 2004. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001461028&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id>
50. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Fiche établie par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes : Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/2020_CNOSF_fiche_1_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes.pdf

51. Servier A. Dépistage des femmes victimes de violences conjugales : problèmes rencontrés par les médecins généralistes du Cantal [Thèse d'exercice Médecine Clermont Ferrand 1]. 2014.
52. Gaudin M, Amélie B. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
53. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2015 p. 22. Disponible sur:
http://cnsf.asso.fr/upload/upload/Enqu%C3%AAt_e_nationale_aupr%C3%A8s_des_sage_s-femmes_en_activit%C3%A9_-_MIPROF_2015.pdf
54. Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine]. 2000.
55. Ministère des Droits des Femmes, Ministère du Travail, Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [Internet]. 2014. Disponible sur:
http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
56. République Française. Code pénal - Article 226-14 [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946>
57. République Française. Code pénal - Article 223-6 [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
58. Code de la santé publique. Article R4127-4. [cité 18 sept 2015]; Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

59. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs - 20120509_DEOS_PSQP_Demographie_sages_femmes_Drees.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/20120509_DEOS_PSQP_Demographie_sages_femmes_Drees.pdf
60. Microsoft Word - Compte-rendu de l'audition des Sages femmes.doc - Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf
61. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Université Paris VI, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2012.

Annexes

ANNEXE I : Questionnaire envoyé aux sages-femmes

Les pratiques de dépistage des violences conjugales par les sages-femmes d'Auvergne

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 par les sages-femmes. L'objectif de cette étude est d'élaborer un état des lieux des pratiques de dépistage par les sages-femmes au sein de la région Auvergne. Je souhaiterais vous faire participer à mon enquête en répondant au questionnaire ci-dessous. L'anonymat de chacun(e) sera respecté.

Je vous remercie par avance de votre participation et de l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

Ce questionnaire est structuré en trois parties: la première recueille des informations générales, la deuxième partie concerne le dépistage des violences conjugales et la troisième les transmissions et la prise en charge.

*Obligatoire

Renseignements généraux

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Vous avez entre:

- 22-35 ans
- 35-45 ans
- 45-55 ans
- 55-65 ans
- Plus de 65 ans

3) Vous vivez:

- Seul(e)
- En couple
- Autre :

4) Vous avez obtenu votre diplôme:

- Avant 1982
- Entre 1982-1986
- Entre 1986-2002
- Entre 2002-2007
- Entre 2007-2014

5) Quel est votre mode d'exercice? (plusieurs réponses possibles)

- Libéral
- Hospitalier (publique ou privé)
- Territorial
- Centre de planification et d'éducation familiale
- Autre :

6) Dans quel milieu exercez-vous?

- Urbain (comprend un nombre d'habitants supérieur à 20 000)
- Rural (commune de moins de 2000 habitants)
- Semi-urbain (entre 2000 et 20 000 habitants)

7) Quels sont vos domaines d'exercice? *(plusieurs réponses possibles)

- Consultations prénatales et post-natales
- Secteur des grossesses hospitalisées
- Consultations d'urgences gynécologique et obstétricale
- Consultations gynécologiques de prévention et de contraception
- Préparation prénatale à la naissance et à la parentalité
- Salles de naissances
- Suites de couches
- Rééducation périnéale
- Exploration uro-dynamique
- Autre :

Dépistage des violences conjugales

8) Avez-vous déjà été confronté(e) à des situations de violences conjugales dans le cadre de votre profession ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

9) Quels sont les taux de violences conjugales au sein de la population générale (femmes entre 18 et 59 ans) en France et par an?

- 5%
- 10%
- 15%
- Plus de 15%
- Ne sais pas

10) Chez les femmes enceintes?

- 3-8%
- 9-15%
- Plus de 15%
- Ne sais pas

11) Connaissez-vous les outils (questionnaires, films...) permettant de dépister des situations de violences?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

12) Effectuez-vous un dépistage systématique à toutes vos patientes? *

- Oui
- Non

13) Si non, pourquoi? *(plusieurs réponses possibles)

- Vous réalisez un dépistage ciblé (face à des indices comportementaux, psychologiques et physiques)
- Vous ne savez pas comment aborder le sujet, car vous trouvez la question difficile à poser
- Vous n'avez pas le « réflexe »
- C'est un sujet tabou et intrusif selon vous qui touche à l'intimité
- Vous avez peur de mettre mal à l'aise
- Vous avez des difficultés à identifier la frontière entre les violences conjugales et une relation conflictuelle
- Vous ne savez pas comment réagir si la patiente se confie
- Vous manquez de temps

- Vous pensez que les patientes ne répondront pas à la question, ou de façon négative même si elles sont victimes
- Vous attendez que la patiente vous en parle spontanément
- Vous ne connaissez pas les recours possibles
- Vous n'êtes pas informé(e) clairement des procédures
- Si vous ne décelez aucun signe, c'est que tout va bien
- Vous ne voyez pas l'intérêt d'un tel dépistage
- Autre :

14) Selon vous, quels peuvent être les signes d'appel de violences conjugales? (plusieurs réponses possibles)*

- Une patiente présentant des addictions
- L'origine ethnique
- Le niveau socio-culturel
- L'âge
- Le comportement de la patiente (dépression, mutisme...)
- Des difficultés évoquées pendant l'enfance (antécédent de maltraitance par exemple)
- Des traces corporelles (ecchymoses, coupures...)
- Un antécédent d'infection sexuellement transmissible
- Un vaginisme
- Plusieurs interruptions volontaires de grossesses
- Des refus multiples de traitements ou autre...
- Une déclaration tardive de grossesse, une grossesse non désirée, un déni de grossesse
- Des consultations répétées aux urgences
- Une consultation pour « blessure accidentelle »
- Un conjoint trop présent lors des consultations
- Autre :

15) Estimez-vous qu'il existe un moment privilégié pour le dépistage de ces violences?*

- Oui
- Non
- Ne sais pas

16) Si oui, quel serait ce moment? *

- Lors de la 1ère consultation
- Au cours d'une consultation de grossesse
- Lors de l'entretien prénatal précoce
- Lors d'un séjour d'hospitalisation grossesse
- Lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité
- Lors de l'accouchement
- Pendant le séjour de suites de couches
- A la visite post-natale
- Au cours d'une séance de rééducation périnéale
- Au cours d'une consultation de suivi gynécologique
- Autre :

Transmissions et prise en charge

17) Vous effectuez des transmissions écrites des propos de la patiente : *

- Systématiquement
- Sur accord de la patiente
- Jamais

18) Vous l'effectuez :

- Dans le dossier médical (papier ou informatisé)
- Sur un certificat médical
- Autre :

19) Une fois la situation révélée, quelles personnes informez-vous ?

(Transmissions orales) *(plusieurs réponses possibles)

- Psychologue
- Sage-femme responsable du service
- Assistante sociale
- Protection maternelle et infantile
- Pôle régional de référence et d'accueil des victimes de violences sexuelles et de maltraitance au CHU Estaing
- Médecin traitant ou gynécologue de la patiente
- Autre :

20) Par quels moyens ? *(plusieurs réponses possibles)

- Par courrier
- Lors d'une réunion du réseau périnatal d'Auvergne
- Lors d'un staff
- Autre :

21) Avez-vous déjà été amené(e) à effectuer une information préoccupante ?

- Oui
- Non

22) Avez-vous déjà réalisé un signalement judiciaire ?

- Oui
- Non

23) Connaissez-vous des associations locales d'aide aux victimes ? *

- Oui
- Non

24) Si oui, lesquelles? *

25) Vous orientez la patiente vers: (plusieurs réponses possibles)

- 3919
- Associations locales spécialisées
- Justice (police, gendarmerie, procureur)
- Assistance sociale
- Pôle régional de référence et d'accueil des victimes de violences sexuelles et de maltraitance au CHU Estaing
- Psychologue
- Autre :

ANNEXE II : Questionnaires valides

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 ?

Abuse Assesment 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 autrement 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 autrement par quelqu'un ?
4. Dans l'année qui vient de s'écouler, quelqu'un vous a-t-il forcée à avoir des relations sexuelles ?
5. Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou une des personne citées plus haut ? (proche, ex-partenaire...)

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. En général, comment décririez-vous votre relation ? Beaucoup de tension/ Un peu de tension/ Aucune tension
2. Vous et votre partenaire réglez les disputes avec : beaucoup de difficulté/ Un peu de difficulté/ Aucune difficulté
3. Après une dispute, vous arrive-t-il de vous sentir déprimée ou de vous en vouloir ? Souvent/ Parfois/ Jamais
4. Arrive-t-il que les disputes finissent par des coups, coups de pieds, poussées ? Souvent/ Parfois/ Jamais
5. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait ? Souvent/ Parfois/ Jamais
6. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée physiquement ? Souvent/ Parfois/ Jamais
7. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée sur le plan affectif ? Souvent/ Parfois/ Jamais

SAFE :

1. Comment décririez-vous la relation avec votre conjoint ?
2. Que se passe-t-il quand vous et votre partenaire vous disputez ?
3. Lors de vos disputes, est-ce que vous vous faites frapper, bousculer ou blesser ?
4. Disposez-vous d'un plan d'urgence ?

HITS :

1. Hurt : Est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?
2. Insult : Est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ?
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 ?

WEBS (Women's experience with battering scale) :

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 le dire
7. J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
8. Il peut m'effrayer sans lever la 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 = 20 : identification positive de violences psychologiques de la part du conjoint.

ANNEXE III : Législation

Infractions	Peines encourues	Articles du code pénal
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende	222-12
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	222-13
Harcèlement moral	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000€ à 75 000€ d'amende	222-33-2-1
Violences habituelles (en fonction de l'ITT)	De 5 à 10ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000€	222-14
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende	222-17
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000€ d'amende	222-28
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	30 ans de réclusion criminelle	222-8
Meurtre	Réclusion à perpétuité	222-4
Viol	20 ans	222-34

ANNEXE IV : Campagne nationale de sensibilisation



© 2017 NPNS - 01 53 46 63 00

LES LAVABOS ONT ENCORE TUÉ 146 FEMMES CETTE ANNÉE.

**VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
CE QUI TUE, C'EST L'INDIFFÉRENCE**

APPELEZ LE 01 53 46 63 00

NI PUTES NI SOUMISES NPNS.FR

Résumé

Introduction : En France, on estime à 10% le nombre de femmes victimes de violences de la part de leur conjoint. Trop longtemps considéré comme un problème privé qui ne révèle que de l'intime, les conséquences sur la santé des femmes ne sont pas anodines, aussi bien sur le plan physique, psychique ainsi que sur le pronostic obstétrical. La grossesse est un moment favorisant ou aggravant ces violences, 3 à 8% des femmes sont concernées. Les victimes de violences conjugales se confient principalement en premier lieu aux professionnels de santé.

Matériel et méthode : Cette étude avait pour objectif principal de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes d'Auvergne dans le dépistage et les modalités de prise en charge des violences conjugales, pour cela, un questionnaire leurs a été envoyé.

Résultats : Les résultats démontrent que les sages-femmes sont très souvent confrontées aux femmes victimes de violences (près de 85,6% ont déjà rencontré ces situations)

Discussion : Cela a également permis de faire ressortir les problèmes rencontrés par les professionnels. Peu de sages-femmes (17,4%) réalisent un dépistage systématique, une majorité préférant déceler face à des indices physiques et psychologiques des patientes. Il a été démontré que le secteur d'activité pouvait influencer le type de dépistage réalisé : les sages-femmes libérales ont plus facilement recours au dépistage systématique. Les moyens de transmission et de prise en charge ont également été analysés.

Mots-clés : sages-femmes, dépistage, violences conjugales, prise en charge, transmissions.

Abstract

Background : In France it is estimated that 10% of women are victims of violence from their partner. For too long, considered a private problem, too intimate, the consequences on women's health are not harmless, both physically, mentally as well as the obstetrical prognosis.

Pregnancy is a time promoting or aggravating the violence, 3-8% of women are concerned.

Primarily, the victims of domestic violence confide mainly in health professionals.

Study design : The study was done with the midwives of Auvergne, the primary objective was the screening and modalities of domestic violence, a questionnaire was sent out to those taking part.

Results : The results demonstrate that the midwives are regularly confronted by women who are victims of violence (nearly 85.6% have already been faced with these situations)

This has also helped identify the problems met by professionals.

Very few midwives (17.4%) carry out a systematic screening, the majority prefer detection

Discussion: through physical and psychological evidence of patients.

It was demonstrated that the sector of activity could influence the screening type: the liberal midwives have easier access to systematic screening. The means of transmission and management were also analysed.

Keywords : midwives, screening, domestic violence, transmission, supported