



HAL
open science

Violences conjugales et dépistage : enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes

Célia Breysse

► **To cite this version:**

Célia Breysse. Violences conjugales et dépistage : enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01556582

HAL Id: dumas-01556582

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556582>

Submitted on 5 Jul 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

VIOLENCES CONJUGALES ET DEPISTAGE

Enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes

Mémoire soutenu le 20 juin 2017

Par BREYSSE - Célia

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2017

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

VIOLENCES CONJUGALES ET DEPISTAGE

Enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes

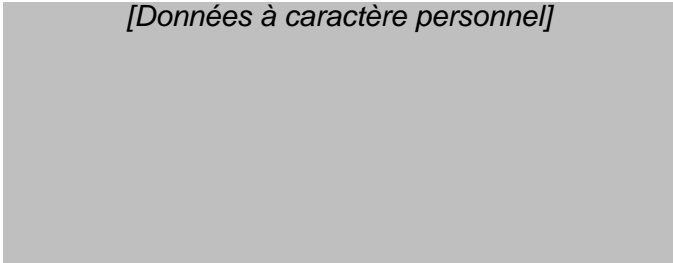
DOMESTIC VIOLENCE AND SCREENING

Qualitative survey

Mémoire soutenu le 20 juin 2017

BREYSSE Célia

[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2017

Résumé

But : Déterminer les modes de dépistage des violences conjugales utilisés par les sages-femmes et leurs mises en œuvre. Identifier les éléments freinant et favorisant au dépistage.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de 13 sages-femmes chambériennes issues d'activités hospitalière, libérale ou de PMI. La population a été recrutée sur la base du volontariat. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une trame rédigée préalablement et ont été enregistrés afin de permettre une retranscription précise. Pour analyser les données, nous avons défini deux axes principaux permettant de répondre aux objectifs de l'enquête.

Résultats : Trois sages-femmes dépistent de manière systématique, six sur signes d'appel, une de manière indirecte et trois ne dépistent pas. La notion complexe des violences conjugales, le manque de temps, de suivis, de connaissances, le ressenti des sages-femmes et le comportement des patientes sont les éléments freinant au dépistage. Face à cela, le travail en réseau, la formation et la prise de conscience des femmes aident les sages-femmes à dépister.

Conclusion : Toutes les sages-femmes ne dépistent pas de manière systématique. En cause, le manque de temps, de connaissance ou la difficulté à aborder le sujet. Il est nécessaire de former les professionnels de santé et d'inclure le dépistage pour chaque patiente.

Mots clés : violences conjugales, dépistage, sages-femmes

Abstract

Objectives : Determine screening methods of domestic violence used by midwives and their applications. Identify slowing and favoring elements of screening.

Materials and methods : It's qualitative survey realized with semi directive interviews from thirteen midwives coming from hospital, maternal and child protection or self-employed. All of them were volunteers and from Chambéry. All the interviews and were record and lead with a framework previously established to allow an easy retranscription. To analyze the data, we defined two main work lines permitting to answer to the survey's objectives.

Results : Three midwives detect domestic violence systematically, six only on calling signs, one by indirect way and three don't detect. The complex notion of domestic violence, lack of time, medical follow ups and knowledge, midwives' perception and patient's behaviors are all obstacles to the screening. To face, networking, education and patient's realization of their abusive situation, are all factors to help midwives to detect domestic violence.

Conclusion : All midwives don't detect systematically domestic violence.

Key words : domestic violence, screening, midwives

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury

Mme le Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-présidente du Jury

Mme le Dr Annie POIZAT, Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire

Mme Marion OUIDIR, Sage-femme Doctorante IAB au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Membre Invité du Jury

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Annie POIZAT, Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, son aide et ses conseils.

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'école de Sages-femmes de Grenoble.

Pour avoir accepté de codiriger ce mémoire, pour ses connaissances juridiques, pour sa relecture consciencieuse.

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble et guidante n°1 de ce mémoire.

Pour sa méthodologie, son écoute attentive, sa disponibilité, ses encouragements.

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant à l'école de Sages-femmes de Grenoble et guidant n°2 de ce mémoire.

Pour sa prise en cours de route, sa disponibilité à toutes heures, sa grande bienveillance.

Les sages-femmes de Chambéry et en particulier Sophie, Caroline et Claire.

Pour l'intérêt porté à ce mémoire, pour leurs connaissances, et pour leur gentillesse.

Lisa,

Pour son aide précieuse en anglais.

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

Simone de Beauvoir

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	2
2. MATERIEL ET METHODES.....	4
2.1. BUT DE L'ETUDE.....	4
2.2. METHODOLOGIE.....	4
2.2.1. <i>Type d'étude</i>	4
2.2.2. <i>Population</i>	4
2.3. L'ENQUETE.....	5
2.3.1. <i>L'analyse</i>	6
3. RESULTATS.....	7
3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION OBTENUE.....	7
3.2 DESCRIPTION DE LA DUREE DES ENTRETIENS.....	8
3.3. MODE DE DEPISTAGE ET MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR DEPISTER.....	8
3.3.1. <i>A propos du dépistage systématique</i>	9
3.3.2. <i>A propos du dépistage sur signes d'appel</i>	9
3.3.3. <i>Dépistage indirect</i>	11
3.3.4. <i>Pas de dépistage</i>	11
3.4. ELEMENTS FREINANT ET FAVORISANT AU DEPISTAGE.....	11
3.4.1. <i>Éléments freinant</i>	11
3.4.2. <i>Éléments favorisant</i>	15
4. ANALYSE ET DISCUSSION.....	18
4.1. LA METHODE DE RECHERCHE.....	18
4.1.1. <i>Les biais</i>	18
4.1.2. <i>Les points forts</i>	19
4.2. REPRESENTATIONS DES VIOLENCES CONJUGALES.....	20
4.3. LE DEPISTAGE.....	20
4.4. QUELS FACTEURS ENTRENT EN JEU DANS LE DEPISTAGE ?.....	22
4.4.1. <i>La société</i>	22
4.4.2. <i>Lieu / moment</i>	23
4.4.3. <i>La relation patiente - sage-femme</i>	24
4.4.4. <i>Connaissances et formations</i>	26
4.5. ET APRES LE DEPISTAGE ?.....	28
5. CONCLUSION.....	29
6. BIBLIOGRAPHIE.....	31
7. ANNEXES.....	33

ABREVIATIONS

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

PMI : Protection Maternelle et Infantile

1. INTRODUCTION

En France, une femme sur 10 est victime de violences conjugales **(1)**. Longtemps considérées comme une affaire relevant du privé, les violences faites aux femmes commencent à être prises en considération au début des années 1990. En 1989, les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales en lançant la première campagne nationale d'information et en créant des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes **(2)**. Mais c'est seulement au début de ce siècle que la nécessité de légiférer pour endiguer les violences physiques, sexuelles ou psychologiques dont sont victimes les femmes a été prise en compte eu égard au chiffre significatif de femmes mourant chaque année sous les coups de leur compagnon.

Souvent difficile à définir, nous déterminerons la violence conjugale en reprenant la définition donnée par les Nations Unies, à savoir : « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » **(3)**.

Souvent, les femmes victimes font face à plusieurs types de violences. Il y a les gestes qui se voient, ceux qui font mal, ceux qui contraignent ou menacent, ou encore ceux qui font souffrir par procuration. Et il y a ce qui se dit ou ce qui ne se dit pas et qui blesse. Ainsi, il existe de nombreuses formes de violences : les violences psychologiques, les violences verbales, les violences physiques, les violences sexuelles, les violences économiques et patrimoniales et les violences administratives.

Généralement synonyme de bonheur, la grossesse n'échappe pas aux violences conjugales : 40% des violences débutent même au cours de cette période tandis que pour 2 victimes sur 3, elles s'aggravent (4). Les violences impactent à la fois la santé physique et psychique des femmes mais augmentent également considérablement le risque de prématurité et de mort fœtale. Cependant, rares sont les femmes qui dénoncent ces violences, demandent de l'aide ou portent plainte.

Si les victimes se confient peu, elles le font en premier lieu auprès d'un professionnel de santé (1). Accompagnant les femmes au cours de leur vie, les sages-femmes ont alors toute leur place dans le dépistage. Selon une enquête de la MIPROF (5), 9 sages-femmes sur 10 estiment qu'elles ont un rôle à jouer dans le repérage des violences faites aux femmes et la prise en charge médicale des victimes. Pourtant, seulement 10% de ces femmes sont dépistées. Et si le dépistage ne se fait pas alors la prise en charge ne peut pas exister.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les modes de dépistage des violences conjugales utilisés par les sages-femmes et leurs mises en œuvre. L'objectif secondaire est d'identifier les éléments freinant et favorisant le dépistage des victimes.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. But de l'étude

L'enquête s'est déroulée de début octobre 2016 à mi-décembre 2016. Elle a eu pour objectif principal de déterminer les modes de dépistage des violences conjugales utilisés par les sages-femmes et leurs mises en œuvre. L'objectif secondaire était d'identifier les éléments freinant et favorisant le dépistage des victimes.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête qualitative et prospective par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes hospitalières, libérales et de PMI.

2.2.2. Population

Nous avons inclus dans notre population les sages-femmes exerçant en libéral et en PMI à Chambéry ainsi que les sages-femmes travaillant dans les services de consultations, grossesses pathologiques, salle de naissances et suites de couches à l'hôpital Métropole Savoie. Nous avons exclu les sages-femmes coordinatrices.

Ces critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés après la prise en considération de plusieurs éléments. D'une part nous souhaitons obtenir une population la plus hétérogène possible en terme d'âge, de mode d'exercice, de lieu d'exercice et d'années d'expériences. D'autre part nous avons considéré que les sages-femmes coordinatrices, n'étant pas en contact avec les patientes, n'étaient pas en réelle mesure de les dépister.

La participation des sages-femmes a été basée sur le volontariat. Nous avons fait part de l'enquête aux sages-femmes hospitalières via un mail envoyé au début du mois de juillet 2016. Par la suite, elles ont été rencontrées dans les services au cours des différents stages et

ont souhaité prendre part à l'étude. En ce qui concerne les sages-femmes libérales et de PMI, nous les avons contactées par téléphone pour leur proposer de faire partie de la population de cette enquête.

2.3. L'enquête

Pour traiter des violences conjugales et de leur dépistage, il nous semblait intéressant de réaliser une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès des professionnelles de santé. En effet, cet outil permet un réel échange humain basé aussi sur l'expression non verbale. Il donne la possibilité de donner des directions à la discussion, de s'exprimer librement mais également de s'adapter à l'interlocuteur.

Afin de parvenir à une collecte d'informations satisfaisante, nous souhaitions interroger une douzaine de sages-femmes afin d'atteindre une saturation des données.

Nous avons pu rencontrer les sages-femmes sur leur lieu de travail, en fonction de leurs disponibilités. Une fois leur accord obtenu, tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un Smartphone pour un confort d'échange et dans le but d'une retranscription fidèle.

Au préalable un guide d'entretien (*Annexe I*) a été réalisé afin de maintenir une trame tout au long de la discussion. Il était élaboré en quatre parties :

- Représentations des violences conjugales
- Situations rencontrées et dépistage
- Facteurs freinant et favorisant le dépistage
- Questions, remarques, approfondissement et recueil de l'année d'obtention du diplôme

Un entretien exploratoire a été réalisé début septembre afin d'ajuster ou de préciser certains éléments.

2.3.1. L'analyse

Dans un premier temps, tous les entretiens ont été retranscrits au mot près à l'aide d'un traitement de texte puis les enregistrements ont été détruits.

Pour l'analyse, nous avons défini deux grands axes répondant le mieux possible aux objectifs déterminés au préalable :

1. Mode de dépistage et moyens mis en œuvre
2. Facteurs freinant et favorisant le dépistage

Ces deux grandes parties ont ensuite été précisées à l'aide de sous-parties.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population obtenue

Treize sages-femmes ont accepté de participer à cette étude.

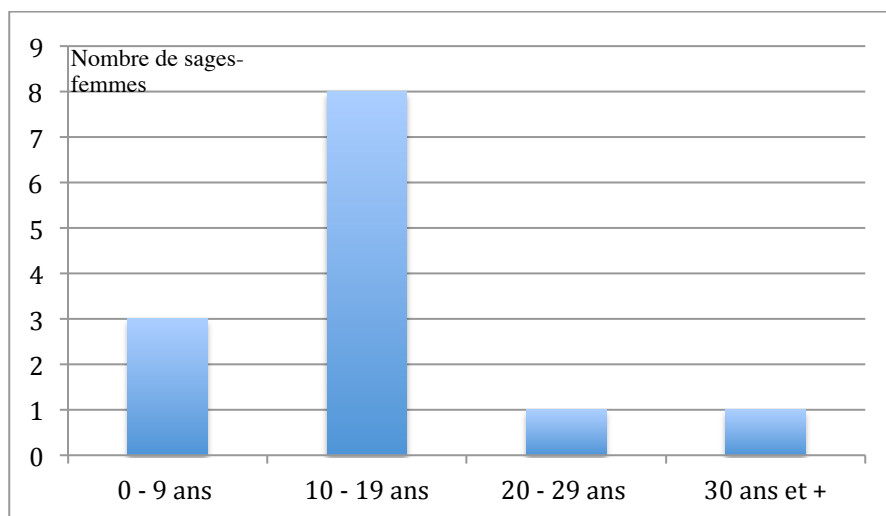
Après avoir obtenu l'autorisation auprès de la sage-femme coordinatrice du Centre Hospitalier Métropole Savoie, dix entretiens ont pu être réalisés auprès des sages-femmes hospitalières, tous services confondus, les sages-femmes n'étant pas attachées à un service spécifique. Les emplois du temps des sages-femmes de consultations ne leur ont pas permis de prendre part à l'étude.

Une sage-femme libérale chambérienne et deux sages-femmes travaillant en PMI à Chambéry ont accepté de répondre à l'enquête.

Cinq des six sages-femmes libérales contactées n'ont pas répondu à notre appel et n'ont pas rappelé suite au message laissé sur leur boîte vocale.

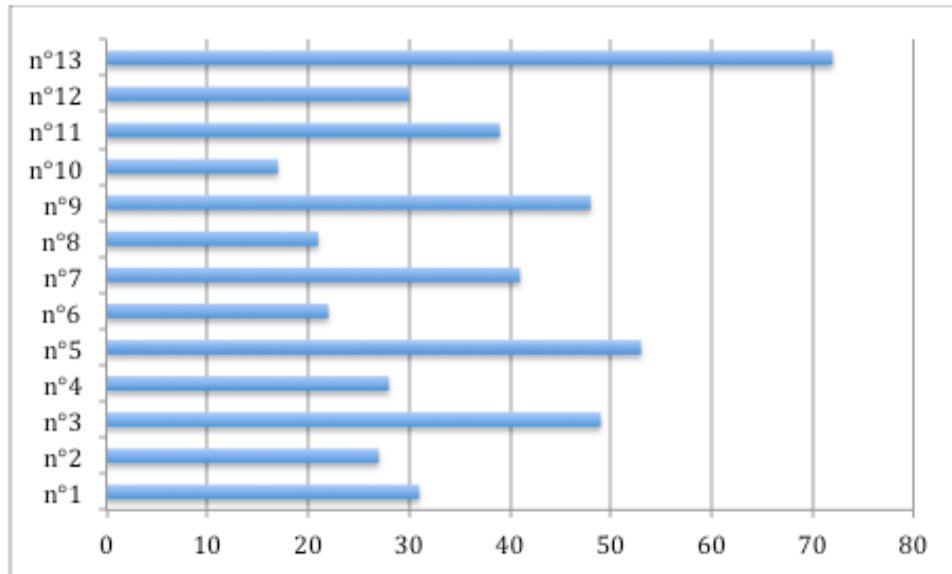
Nous n'avons pas réussi à joindre une des trois sages-femmes exerçant en PMI à Chambéry.

Les sages-femmes interrogées sont toutes des femmes. Leur ancienneté varie entre 2 ans et 34 ans.



Graphique n°1 : L'ancienneté des sages-femmes

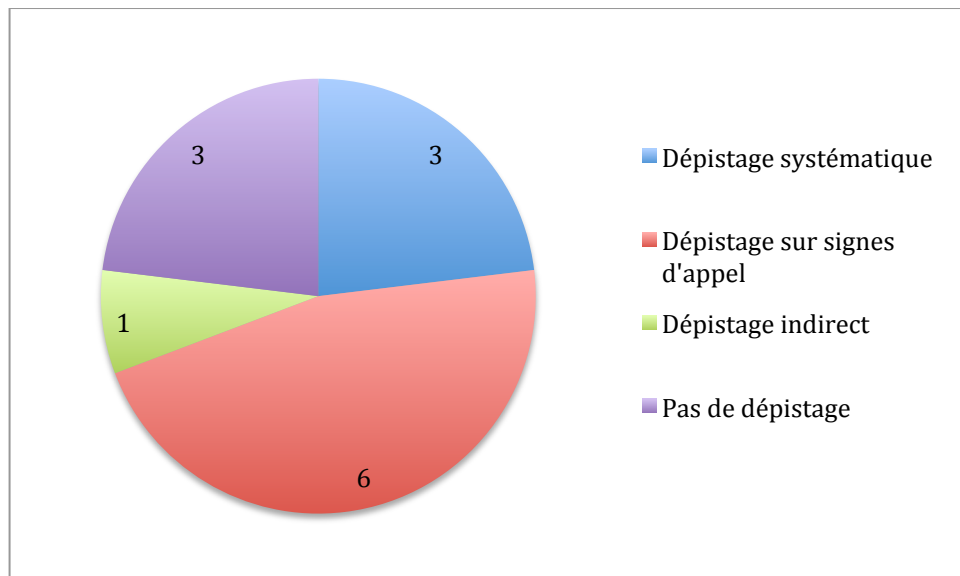
3.2 Description de la durée des entretiens



Graphique n°2 : Durée des entretiens (en minutes)

La durée moyenne des entretiens est d'environ 37 minutes. L'entretien le plus bref a duré 17 minutes et le plus long 72 minutes.

3.3. Mode de dépistage et moyens mis en œuvre pour dépister



Graphique n°3 : Modes de dépistage

3.3.1. A propos du dépistage systématique

Parmi les sages-femmes réalisant un dépistage systématique, la première sage-femme pose la même question : « *Avez vous subi ou été témoin de violences, dans votre passé ou actuellement ?* », à chaque création de dossier.

La seconde sage-femme utilise l'entretien du quatrième mois comme outil de dépistage. « *Le dossier de préparation à la naissance c'est le seul pour lequel j'ai gardé quasiment aucune trame en fait* ». Elle laisse la patiente se confier à elle et rebondit sur ses paroles pour l'amener en douceur sur sa situation conjugale : « *on va y arriver d'une manière ou d'une autre mais à la façon de la patiente en fait* ».

La troisième sage-femme « *pose clairement la question* ». Elle réalise ce dépistage à l'entretien prénatal précoce, en consultation de routine, à domicile ou encore en consultation d'urgence. « *C'est une question qui doit arriver dans une logique d'entretien [...] y'a vraiment un équilibre à trouver dans la manière de poser la question* ». Pour elle, « *il faut être armé au niveau de la communication* ». Elle s'adapte aux niveaux de compréhension, de vocabulaire, d'étude ou même de langue de chacune de ses patientes. Elle leur fait comprendre qu'elles pourront se confier à tout moment si elles en ont envie.

3.3.2. A propos du dépistage sur signes d'appel

Six sages-femmes rencontrées au cours de ces entretiens dépistent sur signes d'appels.

3.3.2.1. Les différents signes d'appels

Quatre sages-femmes évoquent les **signes cliniques** « *il y a des marques qui ne peuvent pas être cachées* » ; « *si j'ai une dame qui a des bleus* » ; « *quand c'est des violences physiques, ça saute aux yeux* ».

Trois sages-femmes parlent des **signes comportementaux** de la femme « *ce que la personne peut dire* », une patiente très fatiguée au cours des consultations ou encore « *une femme qui revient pour des consultations un peu bidons entre guillemets* ».

Cinq sages-femmes relèvent les **signes relationnels**, notamment « *la présence du mari qui est trop présente [...] il parle un petit peu trop, il parle à la place de sa femme* ». L'une d'entre elle « *y pense quand [...] dans la relation au niveau du couple [elle] trouve que c'est surprenant les manières de réagir, quand y'a des mots un petit peu rapides dans le couple* »

Une sage-femme repère les **signes de vulnérabilité** et se « *pose toujours la question sur les patientes qui ont des addictions parce que du coup [elle] considère qu'elles sont fragiles au niveau émotionnel* ». Elle est également plus attentive aux patientes très jeunes et aux femmes dépressives.

3.3.2.2. Comment dépister ?

Les six sages-femmes dépistant sur signes d'appels sont unanimes quant au fait de la **difficulté d'aborder le sujet des violences** avec les patientes.

Deux d'entre elles précisent qu'elles évoquent le sujet à condition que le conjoint ne soit pas présent.

Quatre des six sages-femmes parlent avant tout d'un lien, d'un climat, d'une relation de confiance à établir au préalable avec la patiente : « *il faut que le lien de confiance se fasse* ».

Une sage-femme discute d'abord du bébé in utero et de son bien être afin d'amener en douceur le sujet des violences. Elle rappelle ensuite à la patiente « *qu'on n'a pas le droit de lui faire ça et que c'est puni par la loi* ».

Au moment d'aborder le sujet, cinq des six sages-femmes détournent la question directe avec des « *questions plutôt très bateaux et simples* » en se renseignant sur l'ambiance qui règne à la maison ou le partage des tâches quotidiennes par exemple.

La sixième sage-femme pose la question « *est ce que vous avez subie des violences ?* » de manière « *cash* ».

3.3.3. Dépistage indirect

Une sage-femme interrogée ne réalise pas de dépistage systématique ni de dépistage sur signes d'appels mais un dépistage plus ou moins indirect basé sur **son ressenti** : « *on a une petite case [contexte socio-économique]. Je me vois bien remplir un dossier et cocher cette case mais juste sur une impression pas sur des questions ciblées* ».

3.3.4. Pas de dépistage

Trois des treize sages-femmes rencontrées ne dépistent pas les femmes victimes de violences conjugales.

3.4. Éléments freinant et favorisant le dépistage

3.4.1. Éléments freinants

– *Notion de violences conjugales*

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, la notion de violence conjugale reste complexe, floue et difficile à définir. « *Je pense que c'est hyper flou en fait comme définition, hyper vague !* » ; « *c'est un problème qui est complexe* ».

De même, cinq sages-femmes parlent d'un sujet « *qui reste très tabou* ».

– *Manque de temps*

Dix sages-femmes disent ne pas avoir le temps de dépister. Certaines évoquent la charge de travail : « *si je n'ai pas vraiment le temps de m'étaler dessus, c'est vrai que*

j'aborde pas trop le sujet » ; leur mode d'exercice : « quand on va à domicile, on n'a pas beaucoup de temps » ; ou encore l'organisation du temps de travail « on est très pressé par le temps sur les consultations ».

– ***Suivi décousu***

Deux sages-femmes soulignent le fait qu'un suivi de grossesse réalisé par des interlocuteurs différents à chaque consultation ne permet pas un dépistage satisfaisant. « *On n'est pas toujours très bien placé nous à l'hôpital [...] c'est rare qu'on les voit à deux moments différents de leur vie* ».

– ***Manque de connaissances et de formations***

Sept sages-femmes estiment ne pas être assez ou pas du tout formées et manquer de connaissances sur le sujet : « *ce qui est sûr c'est qu'on est pas du tout formé à ça et que ça nous met dans une très grande difficulté* » ; « *je n'ai pas les clés* » ; « *je n'ai pas les compétences* ».

Deux sages-femmes rappellent ne pas avoir été formées pendant leur formation initiale : « *l'anamnèse qu'on m'a donnée pendant mes études, cette question n'est pas posée* » ; « *je n'ai pas souvenirs qu'on parle de ça pendant nos études* ».

Une sage-femme parle de « *l'accès à la formation qui est compliqué quand tu travailles* ».

– ***Lieu / moment***

Huit sages-femmes considèrent qu'on ne peut pas dépister n'importe où ni n'importe quand.

Pour certaines, il est difficile de dépister aux urgences : « *souvent si on a 3 patientes en même temps, t'as beaucoup moins le temps et t'es moins attentive* ».

Pour beaucoup, la salle de naissance n'est pas un lieu propice au dépistage : « *L'accouchement c'est un lâcher prise et je ne pense pas qu'il faille les concentrer sur des difficultés particulières* » ; « *En salle, je pense que c'est quasiment impossible de détecter* » ; « *la salle d'accouchement [...] elles [les mamans] sont pas comme d'habitude* ».

Pour d'autres, les suites de couches ne permettent pas non plus de réaliser un dépistage correct. En effet, « *c'est le moment où tu apprends à t'occuper du bébé* ». Les sages-femmes sont alors dans « *l'accompagnement* », dans l'aide à « *l'accueil de cet enfant* » et « *c'est pas le moment d'aller creuser des douleurs qui sont à la maison* ».

– *Comportement de la patiente*

Six sages-femmes déclarent que le comportement des femmes est en lui même un frein au dépistage.

Beaucoup de femmes victimes « *ne s'en vantent pas* » et si « *la personne ne rien laisse voir* », la sage-femme peut « *ne rien saisir* » et « *passer à côté des violences conjugales* ».

Pour une sage-femme interrogée, « *les femmes qui sont victimes de violences conjugales, elles vont pas le dire, la plupart du temps elles le disent pas* ».

Une sage-femme libérale reconnaît qu'elle peut « *vraiment passer à côté parce que les patientes elles vont le cacher* ». S'il y a des violences physiques, « *les patientes ne vont pas venir à leurs cours de préparation à la naissance* », « *si y'a des traces, elles vont réussir à le cacher* ».

Le fait que les patientes ne portent pas souvent plainte est également un frein pour deux des sages-femmes rencontrées.

Une sage-femme affirme que le thème des violences conjugales est capable « d'épuiser » les professionnels de santé. En cause, les aller retour des patientes dans leur démarche de s'en sortir.

– *Vécu et ressenti des sages-femmes*

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, il s'agit d'un sujet compliqué à évoquer avec les patientes.

Deux sages-femmes s'accordent à dire qu'il est difficile de dépister correctement quand on est une jeune sage-femme, « *il y a déjà tellement de choses à gérer, à faire, c'est très très très difficile quand on commence* ».

Certaines sont mal à l'aise de poser la question et ont le sentiment que les patientes vont se sentir suspectées et que « *les femmes vont mentir et répondre non parce que la question est tabou* ».

Deux sages-femmes évoquent la peur. L'une a peur de se tromper lors du dépistage : « *de se dire bon ben peut être que ça, ça et ça c'est des signes, je pose la question à la patiente et à l'opposé si c'est pas du tout le cas, j'aurais peur que ce soit un peu agressant pour elle* ». Tandis que l'autre « *[a] peur qu'elles se sentent jugées, stigmatisées* ».

Une sage-femme confie ne pas être convaincue de l'efficacité du dépistage réalisé par les sages-femmes.

Une autre souligne l'épuisement professionnel créé par les femmes victimes de violences conjugales : « *elles peuvent parfois agacer les professionnels, elles peuvent parfois susciter de l'incompréhension [...] elles vont venir détruire complètement la motivation et l'énergie des professionnels* ».

- **Travail en réseau**

Quatre des sages-femmes rencontrées relèvent le manque de travail en réseau, tant lorsqu'elles travaillent en milieu hospitalier qu'en PMI. Pour la plupart, elles se sentent « seules » et « regrettent l'absence de lien avec d'autres professionnels ».

Une sage-femme craint les retombées de sa hiérarchie à la suite d'un fait semblable ayant défrayé la chronique dans l'actualité : « maintenant j'ai peur de faire ces certificats parce que j'ai peur de la procédure disciplinaire ».

- **Société**

Le conditionnement de la société à ne pas voir les violences conjugales est un des principaux freins au dépistage selon l'une des sages-femmes rencontrées. « Il y a une vraie amnésie et une vraie volonté de ne pas dénoncer ces violences ».

Pour trois sages-femmes, on assiste à une banalisation de la violence au quotidien.

Pour une autre, le dépistage des violences conjugales « n'est pas ancré dans les pratiques, c'est pas quelque chose dont on parle ».

- **Autres**

D'autres éléments viennent freiner le dépistage comme la présence du mari ou encore le fait que l'anamnèse ait déjà été constituée.

3.4.2. Eléments favorisants

- **Société**

Pour quatre des sages-femmes interrogées, la médiatisation des violences conjugales permet « une prise de conscience de certaines personnes », « on en parle de plus en plus, y'a des campagnes de prévention [...] faut qu'on avance ».

Une sage-femme nous rappelle que cette prévention est possible grâce à l'existence du ministère des femmes. En effet, « *il faut avoir des fonds pour pouvoir subventionner des associations qui font de la formation auprès des professionnels, de la sensibilisation...* ».

Une sage-femme note l'évolution depuis le début de sa pratique « *il y a toute une prise en charge autour de la naissance qu'il n'y avait pas avant* ».

– ***Relation patiente***

Pour trois sages-femmes, il est nécessaire que la patiente soit seule pour pouvoir dépister d'éventuelles violences.

La majorité des sages-femmes interrogées parlent d'une relation de confiance à instaurer avec la femme afin de permettre un dépistage optimal : « *les mettre en confiance pour qu'elles abordent les choses difficiles qu'elles ont à confier* » ; « *créer un contact, un lien, un milieu de confiance* ».

– ***Lieu / moment / interlocuteur***

Trois sages-femmes pensent qu'il est plus simple de dépister lors d'une activité libérale tandis que deux autres considèrent que le service de consultation ou l'hospitalisation en GHR sont les lieux et les moments les plus propices au dépistage.

Pour trois autres sages-femmes interrogées, l'entretien prénatal précoce du quatrième mois est le moment opportun pour dépister les femmes, « *tu peux un petit peu fouiller comment est son vécu, comment est son entourage...* ».

Quatre sages-femmes estiment qu'un « *suivi individualisé* » par un « *interlocuteur unique* » permet un meilleur dépistage. En effet, « *quand on sait qu'on va se revoir plusieurs fois et qu'on va pouvoir faire un suivi [...] c'est plus facile d'en parler* ».

– ***Ressenti et attitudes des sages-femmes***

Deux sages-femmes expliquent qu'il faut « être à l'aise avec le sujet » et « prête à en parler », la patiente le ressent.

L'une des sages-femmes parle de « prise de conscience » lorsqu'elle a rencontré des femmes victimes pour la première fois, « les avoir accompagnées et discuté avec elles ».

– ***Prise de conscience des femmes***

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, la médiatisation des violences conjugales permet une prise de conscience des femmes victimes et des professionnels : « on ose en parler plus facilement ! ».

Une sage-femme rappelle que la grossesse est un moment où la femme « a peur de ce qui se passe pour le bébé ». Cela peut également engendrer une prise de conscience.

– ***Formation***

La majorité des sages-femmes affirment qu'il est nécessaire de se former afin de pouvoir dépister.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. La méthode de recherche

4.1.1. Les biais

Un biais de représentativité constitue la première limite de cette étude. En effet, par manque de temps, nous n'avons pas pu intégrer tous les modes d'exercices de la profession à notre échantillon. Par conséquent, il est difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des sages-femmes chambériennes.

Le second biais réside dans le recrutement. En effet, la population s'étant constituée sur la base du volontariat, les sages-femmes interrogées étaient généralement intéressées par le sujet et favorables au dépistage. Cela n'est pas le cas de l'ensemble des sages-femmes.

Le troisième biais est lié à la manière dont nous avons interrogé les sages-femmes. La trame d'entretien rédigée au préalable était un support et un fil conducteur au cours des échanges mais les questions posées aux sages-femmes n'ont jamais été identiques. Même si les sujets abordés ont été semblables, nous avons parfois approfondi certains thèmes, repris quelques propos et fait préciser diverses idées de manières différentes en fonction des professionnels qui nous faisaient face. Ainsi les réponses données sont plus ou moins approfondies d'une sage-femme à l'autre et parfois incomplètes ce qui interfère dans l'analyse des résultats.

4.1.2. Les points forts

Le Réseau Périnatal des Deux Savoie étant actuellement en train de mettre en place des groupes de travail sur le dépistage des violences conjugales, notre étude a par conséquent introduit la thématique auprès des professionnels de santé du Centre Hospitalier Métropole Savoie. Par ailleurs, il s'agit de la première enquête réalisée sur ce sujet à Chambéry, ce qui laisse donc apercevoir une première idée du ressenti et de la place des sages-femmes vis à vis du dépistage.

Les critères d'inclusions relativement étendus ont permis la rencontre avec une population hétérogène en terme d'âge, d'expérience, de mode et de lieu d'exercice. Nous avons alors, par exemple, pu confronter les expériences d'une sage-femme diplômée depuis plus de trente ans, ayant constaté l'évolution du dépistage au fil des ans, et celles d'une jeune sage-femme en activité depuis un an découvrant récemment la problématique des violences. Cette diversité a apporté une grande richesse à notre étude.

Bien qu'entraînant quelques biais, la méthode de recherche utilisée pour cette enquête a été un vrai point fort. En choisissant un procédé qualitatif, les sages-femmes interrogées n'ont pas eu l'impression de répondre à un interrogatoire ou à un questionnaire mais plutôt de participer à une discussion autour d'un sujet défini. Elles ont pu développer leurs réponses, poser des questions, émettre des doutes, réfléchir. Ces entretiens ont été de véritables échanges, tant sur le plan humain que théorique et/ou pratique. La durée de la discussion n'étant pas limitée, les sages-femmes ont été libres de prendre le temps qu'elles souhaitaient. Les reformulations de relance ou d'approfondissement nous ont permis d'obtenir des témoignages sincères et réalistes.

Enfin, cette étude réalisée auprès de 13 sages-femmes s'est fait connaître dans l'ensemble des services de la maternité et sans remettre en question l'intégralité des pratiques, elle a implanté le début d'une réflexion autour du dépistage des violences conjugales.

4.2. Représentations des violences conjugales

Après avoir exposé les motifs qui nous ont amenés à réaliser cette étude et afin d'introduire les entretiens, nous avons demandé à chaque sage-femme ce que représentaient pour elle les violences conjugales.

Dans la majorité des cas, elles estiment que c'est « *une notion hyper floue* » et difficile à définir. La complexité réside dans les limites de la définition. Où s'arrête le conflit ? Où commencent les violences ? Dans son groupe de travail intitulé « Auteurs de violences au sein du couple, prise en charge et prévention », le docteur Roland Coutanceau précise que le conflit est un mode relationnel interactif fondé sur un désaccord ponctuel tandis que le propre de la violence est de refuser de placer l'autre sur un pied d'égalité et de nier sa qualité de sujet (6). Une fois ces deux concepts bien différenciés, la violence conjugale ne prend pas la même forme pour toutes les sages-femmes interrogées.

Tandis que pour certaines il s'agit en premier lieu de violences physiques ou verbales, d'autres parlent aussi de violences psychologiques et/ou économiques.

Et si les violences gardent un aspect complexe pour une grande partie d'entre elles, les sages-femmes de notre étude sont unanimes quant à la population touchée par les violences conjugales : aujourd'hui tout le monde est concerné. Cela est en accord avec une étude réalisée au Royaume-Uni en 2005 qui mettait déjà en évidence un déclin des stéréotypes lié à la classe sociale des victimes (7).

4.3. Le dépistage

Le rapport Henrion publié en 2001 affirme que la grossesse est un moment privilégié pour dépister les femmes victimes de violences conjugales (8). En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente permet à la femme de se confier plus facilement.

Si le dépistage semble simple face à des lésions physiques et visibles, il l'est beaucoup moins lorsqu'on ne voit rien. Il devient en effet plus difficile en particulier face à des troubles psychiques ou lorsque la femme ne présente aucun symptôme. Il convient alors de dépister de manière systématique.

De nombreuses études sur le sujet ont été réalisées à travers le monde. Dès 1992, l'*American Medical Association* encourage les professionnels de santé à réaliser le dépistage systématique des violences conjugales (9). Les recommandations de la *National Research Council* qui s'avère être une institution prestigieuse et l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* vont également dans ce sens (10).

En France, le rapport rédigé par Roger Henrion en 2001 conclut clairement qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique. Il faut cependant attendre 2005 pour que la Haute Autorité de Santé recommande de « *dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple* » au cours de la préparation à la naissance et à la parentalité (11). Pour cela, elle met en place des exemples de guide d'entretien. Des recommandations ont également été établies par la HAS en 2011 pour rédiger le certificat d'attestation de violences (12).

En parallèle, l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) a révélé que les professionnels de santé sont les premiers professionnels auxquels les femmes victimes de violences au sein du couple et de violences sexuelles s'adressent, devant les forces de sécurité et les travailleurs sociaux (1). Face à cela, 90 % des sages-femmes interrogées au cours d'une étude réalisée par la MIPROF estiment qu'elles ont un rôle à jouer dans le dépistage des femmes victimes de violences conjugales (5).

4.4. Quels facteurs entrent en jeu dans le dépistage ?

4.4.1. La société

Aujourd'hui, il suffit de regarder autour de nous pour s'apercevoir que la violence a pris une place considérable dans notre quotidien. Au fil des années, elle s'est banalisée au sein de la société. Une étude qualitative menée en 2014 auprès de 28 médecins généralistes en Ile de France confirme cette banalisation du problème, de même que notre étude. A propos de la violence conjugale, un des médecins confie : « *On préfère ne pas trop entendre ce genre de choses et de se dire on banalise* » (13). Nous pensons que beaucoup de professionnels de la santé se cachent derrière ce phénomène pour ne pas faire face à l'ampleur du problème.

Au delà de la banalisation des violences, c'est parfois la vision patriarcale de la société qui semble être un frein au dépistage des violences. Dans la littérature et les études réalisées, cette vision du père tout puissant, notamment en France, se retrouve principalement jusqu'à la fin des années 90 puis se décline laissant place peu à peu à l'affirmation de la femme et à l'abolition de l'autorité paternelle exclusive. Elle semble cependant perdurer dans certaines cultures. Ainsi les femmes sont conditionnées à se soumettre à leur mari et à dissimuler de toutes les manières que ce soit les violences qu'elles subissent. Eduquées de cette façon depuis des générations, elles transmettent ces valeurs à leurs enfants et deviennent à leur tour des vecteurs de violence. Face au silence de ces patientes, les professionnels rencontreront des difficultés à dépister.

Depuis quelques années intervient également une nouvelle donnée : la médiatisation. La première campagne d'envergure de lutte contre les violences conjugales voit le jour en 1989. Mais c'est seulement au cours de la décennie 2000-2010, que la publication de l'enquête ENVEFF fait fonction de catalyseur et que la médiatisation des violences s'intensifie de manière significative. Pour un tiers des sages-femmes interrogées, ce rôle des médias a un effet favorable sur le dépistage. Il permet une prise de conscience des femmes mais aussi des

sages-femmes : « on en a beaucoup plus parlé dans les médias, du coup tu te dis qu'on est quand même en première ligne ». Quant aux femmes victimes, elles commencent à réaliser qu'elles ne sont plus seules et que leur problème est reconnu et pris en charge. Pour Myriam Hernandez Orellana et Stéphanie Kunert, la communication publique pour lutter contre les violences faites aux femmes « vise à modeler les comportements individuels pour transformer la société. En effet, ces campagnes reposent implicitement (ou explicitement) sur un modèle d'action ou de communication dirigé vers le citoyen, visant à le responsabiliser et à le faire réagir ». Les auteures expliquent que les outils communicationnels utilisés incitent à l'action (par exemple en appelant le 3919), ou visent le changement d'attitude, voir de comportement (14).

Enfin, comme rapporté au cours de l'un de nos entretiens, il est important de noter l'existence d'un Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Il est à l'origine de la mise en place, depuis 2013, de la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Elle a pour objet de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes. La sensibilisation et la formation des professionnels sur les violences font parties de ses objectifs.

4.4.2. Lieu / moment

Si les études s'accordent à dire que le dépistage doit être systématique, le lieu et le moment précis pour le réaliser n'a pas été défini. Au cours de notre enquête, les entretiens ont montré des avis et attitudes différents selon les sages-femmes. Toutes sont cependant d'accord sur un point : le dépistage ne peut pas se faire en salle de naissance. Certaines évoquent « un lâcher prise » au moment de l'accouchement et ne pensent pas « qu'il faille concentrer les mères sur des difficultés particulières » comme la violence. D'autres confient

que la salle d'accouchement n'est pas le reflet de la réalité et que le comportement des femmes est différent au moment de la naissance.

Au cours de notre étude, trois sages-femmes ont déclaré que l'entretien du 4^{ème} mois était propice à la réalisation du dépistage : « *tu peux un petit peu fouiller comment est son vécu, comment est son entourage...* ». Ces résultats concordent avec l'HAS qui recommande de dépister lors de l'entretien prénatal précoce et préconise de rester vigilant tout au long de la grossesse (15).

La moitié de la population interrogée pense que les consultations mensuelles de grossesse sont les moments les plus opportuns pour dépister. « *Une grossesse c'est neuf mois, c'est un moment où les femmes ont un suivi médical, c'est le moment d'étiqueter ça* ». Afin que le dépistage puisse être vraiment optimal, elles mettent en avant la nécessité d'établir un suivi régulier par le même professionnel de santé. Cela permet alors la création d'un lien de confiance entre la patiente et la sage-femme. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude qualitative menée en région Midi Pyrénées. En effet, au cours de cette enquête 75% des sages-femmes évoquaient la nécessité d'une répétition du dépistage des violences au cours de la grossesse et du post partum (16). Une autre étude évoque que le dépistage à chaque trimestre de la grossesse augmente le taux de détection de la violence chez la femme enceinte de 5 à 8% au premier trimestre et jusqu'à 17% au troisième trimestre (17).

4.4.3. La relation patiente - sage-femme

Les sages-femmes interrogées sont unanimes : le dépistage des violences conjugales ne peut se faire sans l'établissement d'un lien entre une sage-femme et sa patiente. Il est primordial de créer un climat de confiance. Celui ci peut être plus ou moins facile à mettre en place et nécessite à la fois une certaine disponibilité de la sage-femme et un lâcher prise de la patiente.

Notre étude montre que la moitié des sages-femmes a des difficultés à aborder le sujet parce qu'elle le trouve le plus souvent complexe et parfois tabou. D'autres expliquent qu'il faut être « *à l'aise avec le sujet* » et « *prête à en parler* ». Un groupe d'auteurs sociaux et médicaux écrit en 2009 qu'il est « *essentiel de créer autour des femmes les conditions pour qu'elles puissent s'exprimer le plus librement, le plus authentiquement possible* ». Il s'agit alors de leur proposer une écoute tranquille. Il précise : « *C'est à travers l'instauration d'un climat de confiance que ces femmes pourront nous autoriser à les aider dans leur progression* » (18).

Certaines sages-femmes rencontrées au cours de notre enquête ne dépistent pas de manière systématique par peur de stigmatiser les patientes ou en pensant que les femmes ne répondront pas de manière honnête. Pourtant des études prouvent que les patientes souhaitent que les professionnels de santé les questionnent à ce sujet : Forgaty et al. en 2002, Pudukollu en 2003 et le Dr Piau dans sa thèse en 2006. Cette dernière relate que 72% des femmes victimes de violences interrogées auraient souhaité que leurs médecins leur posent des questions, leur donnant ainsi la possibilité de s'exprimer sur les violences qu'elles subissaient (19).

Afin que la confiance s'établisse, il faut que la patiente à son tour soit encline à s'ouvrir à la sage-femme. Cependant, pour six des 13 sages-femmes interrogées, le comportement des femmes victimes est souvent un frein au dépistage. Elles expliquent que « *beaucoup ne s'en vantent pas* » et qu'elles ne laissent souvent rien voir. Une brochure réalisée par le Service des droits des femmes et de l'égalité va dans ce sens. Elle rapporte que même lorsqu'il est clair que les femmes subissent des agressions physiques, elles n'en expliquent pas toujours les circonstances par honte ou par peur des conséquences. Lorsque ces victimes sont exposées à des agressions répétées ou à des menaces constantes, elles en arrivent à douter de leurs émotions et leur compréhension du problème.

Malgré tout, la grossesse est parfois une période de prise de conscience. La femme n'est désormais plus seule à subir la violence du conjoint. Une étude menée en 2014 au CHRU de Lille auprès de victimes de violences conjugales confirme l'hypothèse. L'une d'elles se confie : « *Ca m'a traversée l'esprit au 5^{ème} mois. On prend vraiment conscience, on sent vraiment bouger l'enfant, quand on voit son ventre qui s'arrondit... bah on se dit qu'on n'est plus toute seule* » (20).

4.4.4. Connaissances et formations

« *Je n'ai pas les clés* » « *Je ne suis pas armée face à ça* », ce sont des phrases que nous avons beaucoup entendues lors des entretiens réalisés au cours de notre étude. La majorité des sages-femmes expliquent ne pas avoir acquis les connaissances ni reçues la formation nécessaire au dépistage des femmes victimes de violences conjugales : « *Ce qui est sûr, c'est qu'on n'est pas du tout formé à ça et que ça nous met dans une très grande difficulté* ». Pourtant, un grand nombre d'entre elles affirment qu'il est indispensable de se former afin de pouvoir dépister et que la sage-femme a toute sa place dans ce dépistage.

Ces résultats sont corroborés par une enquête de la MIPROF réalisée en 2014 auprès des sages-femmes en activité. L'étude révèle qu'environ 70% des sages-femmes interrogées n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale et continue. Elle montre aussi un désir de plus de huit sages-femmes sur dix à être formées sur les différentes formes de violences faites aux femmes. Enfin, neuf sages-femmes sur dix estiment que les sages-femmes ont un rôle à jouer dans le repérage des violences faites aux femmes et la prise en charge médicale des victimes (5).

En parallèle, le ministère des droits des femmes met en place son 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Parmi ses trois priorités, on trouve celle de mobiliser l'ensemble de la société. Pour cela le plan crée les

conditions d'une mobilisation de l'ensemble des services publics et des professionnels à travers le travail de la MIPROF, qui mobilise l'ensemble des services publics et professionnels en contact avec les femmes victimes de violence, pour mettre en œuvre des plans de formation de grande envergure (21).

Ainsi, la MIPROF crée en 2014 des outils de formation sur les violences au sein du couple, entre autres. Ils sont destinés aux professionnels et disponibles gratuitement sur le site du ministère des droits des femmes. Ils sont présentés sous forme de « kit » et sensibilisent à travers de courtes vidéos. Par exemple, le kit « Anna » explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par les professionnels et le travail en réseau. Le kit « Elisa » tend, quant à lui, à sensibiliser sur le dépistage systématique. Aujourd'hui, quelques sages-femmes de notre étude ont visionné ces vidéos. Une seule a complètement changé ses pratiques en dépistant systématiquement.

Au cours de nos entretiens, beaucoup de sages-femmes récemment diplômées nous ont confiés leur sentiment d'impuissance et leurs connaissances très superficielles face aux femmes victimes de violences conjugales. On se pose alors la question de l'intégration de cette thématique à la formation initiale. En effet, le programme de cursus universitaire des études de sages-femmes établi en 2011 ne mentionne pas de manière directe le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Ainsi chaque école de sage-femme en France décide ou non d'inclure cette thématique à la formation. Il en résulte de jeunes sages-femmes peu ou pas formées sur le sujet et souvent démunies lors de la confrontation aux victimes. Il s'agit alors là d'un axe d'amélioration envisageable pour une meilleure approche du sujet dès la formation initiale.

4.5. Et après le dépistage ?

Si notre étude a été menée de manière à comprendre comment les sages-femmes dépistaient et quels facteurs entraient en jeu dans ce dépistage, la population interrogée s'est aussi beaucoup questionnée sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Après plusieurs années d'expériences, l'une des sages-femmes rencontrées semble désabusée face au dépistage. « *Tout ça c'est sympa mais qu'est ce qu'il se passe après ? (...) Eh ben je peux te dire qu'on ne propose pas grand chose* ».

Pourtant, le Gouvernement note des progrès considérables grâce au 4^{ème} plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016). Les violences sont mieux repérées et les victimes mieux prises en charge. Malgré tout les violences demeurent massives. Ainsi le Ministère du Droit des Femmes propose un 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019). Il permettra à toutes les femmes victimes de violences d'accéder à leurs droits, le droit d'être protégées, le droit d'être accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire (22).

Au delà du dépistage et de la prise en charge, on peut se poser la question du nombre de femmes violentées chaque année par leur conjoint, qui ne diminue pas, ni en France, ni dans le monde. Quelques sages-femmes de notre étude se demandent alors si on ne se trompe pas de cible. « *Je pense que la formation doit être reprise à la base* ». « *Le mari violent n'est pas violent par hasard* ». La problématique devient alors différente et s'intéresse aux raisons qui amènent un homme à être violent envers la femme qui partage sa vie.

5. CONCLUSION

En 2016, les violences faites aux femmes sont désormais mieux connues et davantage dénoncées. Elles demeurent néanmoins massives. Chaque année, 223 000 femmes sont victimes de violences conjugales et encore trop peu sont dépistées.

La majorité des sages-femmes rencontrées au cours de notre étude réalisent le dépistage. Seulement trois (sur 13) le font de manière systématique. En cause : un manque de temps, de formations ou encore la peur de stigmatiser les patientes, d'être trop intrusives. Seul l'instauration d'un lien de confiance semble rendre la relation patient – soignant particulière et permettre alors le dépistage.

Les résultats que nous avons recueillis vont dans le sens des études nationales. Malgré une faiblesse du dépistage systématique, les sages-femmes estiment qu'elles ont un rôle à jouer auprès des femmes victimes de violences et souhaitent se former sur le sujet.

Parallèlement, le Gouvernement a lancé au début de l'année 2017 son 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre les violences. Parmi ses objectifs, celui de systématiser la formation des professionnels qui constituent le premier recours des femmes victimes de violences conjugales.

Première étude sur les violences conjugales menée auprès des sages-femmes de Chambéry, notre enquête permet une première approche de leurs ressentis et de leurs pratiques. Elle introduit également un travail commencé début 2017 par le Réseau Périnatal des 2 Savoies.

Enfin, les principaux chiffres concernant les violences conjugales étant issus de l'ENVEFF réalisée en 2002, l'enquête VIRAGE (Violences et rapports de genre) menée en 2015 entend actualiser et approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femmes et se propose d'étendre son champ d'investigation à la population masculine. Le rapport de l'enquête devrait être publié quelques mois après la soutenance de ce mémoire.

Ces résultats laisseront alors la perspective de nouvelles recherches et permettront de nouveaux questionnements et nouvelles approches dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de l'intérieur. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » [Internet]. 2016 Décembre. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2016>
2. Yang-Paya M-K, Marcovici C. Guide juridique des femmes victimes de violences. Alma; 2015.
3. OMS. OMS | La violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
4. Coutanceau, Salmona, Dunod. Violences conjugales et famille [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html#titre76-6>
5. MIPROF. Enquête auprès des professionnels de santé [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Enquetes-aupres-des-professionnel-le-s.html>
6. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000270/index.shtml>
7. Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. mars 2006;22(1):6-14.
8. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml>
9. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*. sept 1992;1(1):39-47.
10. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med*. mai 2009;36(5):439-445.e4.
11. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations professionnelles [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

12. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_certificat_medical_initial_personne_victime_violences.pdf
13. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
14. Hernandez Orellana M, Kunert S. Quand l'Etat parle des violences faites aux femmes. Lussaud. 2014. (L'impensé contemporain).
15. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
16. Rousseau N. Les sages-femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse. 2008.
17. Mayer, Liebschutz. Domestic violence in the pregnant patient : obstetric and behavioral interventions. 1998.
18. Debats F, Debats M, Geurts M, Prestat C. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. *Empan*. 5 juin 2009;(73):57-69.
19. PIAU CHARRUAU D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. Université d'Angers; 2006.
20. Alix Chabrolle. Le dépistage des violences conjugales lors du suivi médical de la grossesse. Rencontre avec 12 femmes victimes. 2015.
21. Ministère du droit des femmes. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf
22. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>

7. ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
Consigne : Quelles représentations avez vous des violences conjugales ?		
I. Dépistage <i>Objectifs :</i> <i>Déterminer les moyens mis en œuvre pour dépister les femmes victimes</i>	1) <u>Représentations des violences conjugales</u> 2) <u>Dans votre pratique</u> → Décrire la dernière situation rencontrée Si pas de situation : l'imaginer → Pose du diagnostic et orientation	<i>Différentes formes, cycle de la violence, rapport avec la grossesse, pourcentage de patientes ?</i> <i>Quand ? Quel service ? Quel terme ? Première rencontre ? Quelles circonstances ?</i> <i>Signes d'appel ? Outils de dépistage ? Alerter ? Qui ? Comment ? Prise en charge de la patiente ? Que dit la loi ?</i>
TRANSITION	Nous venons d'aborder ce que représentent pour vous les violences conjugales ainsi que l'expérience que vous avez pu en avoir en tant que sage-femme. J'aimerais maintenant que l'on se tourne vers votre ressenti et votre vécu lors de ces consultations.	
	Pouvez-vous me dire quelle a été votre place durant l'entretien que vous venez de me décrire ? Quel a été votre ressenti ?	
II. Ressenti et vécu de la sage-femme <i>Objectifs :</i> <i>Facteurs favorisants et freinants du dépistage</i>	1) <u>Place de la sage-femme</u> 2) <u>Éléments freinant</u> 3) <u>Éléments favorisant</u>	<i>Comment s'est déroulée la consultation ? Quelle place aviez-vous ? Que ressentiez-vous ? Quels sentiments ? Rôle de la sage-femme ?</i> <i>Difficultés à aborder le sujet ? Pourquoi ? Lesquelles ?</i> <i>Parvenez vous facilement à aborder le sujet ? Est ce systématique ? Pourquoi ? Expérience ?</i>
TRANSITION	Pour terminer, j'ai quelques questions afin de mieux analyser cet entretien	
III. Fin de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Homme / Femme ▪ Ancienneté : ... ans ▪ Mode d'exercice : hospitalier – libéral – PMI 	

Commentaires, remarques, suggestions ?

Résumé

But : Déterminer les modes de dépistage des violences conjugales utilisés par les sages-femmes et leurs mises en œuvre. Identifier les éléments freinant et favorisant au dépistage.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de 13 sages-femmes chambériennes issues d'activités hospitalière, libérale ou de PMI. La population a été recrutée sur la base du volontariat. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une trame rédigée préalablement et ont été enregistrés afin de permettre une retranscription précise. Pour analyser les données, nous avons défini deux axes principaux permettant de répondre aux objectifs de l'enquête.

Résultats : Trois sages-femmes dépistent de manière systématique, six sur signes d'appel, une de manière indirecte et trois ne dépistent pas. La notion complexe des violences conjugales, le manque de temps, de suivis, de connaissances, le ressenti des sages-femmes et le comportement des patientes sont les éléments freinant au dépistage. Face à cela, le travail en réseau, la formation et la prise de conscience des femmes aident les sages-femmes à dépister.

Conclusion : Toutes les sages-femmes ne dépistent pas de manière systématique. En cause, le manque de temps, de connaissance ou la difficulté à aborder le sujet. Il est nécessaire de former les professionnels de santé et d'inclure le dépistage pour chaque patiente.

Mots clés : violences conjugales, dépistage, sages-femmes