



HAL
open science

**”La raison du plus fort est toujours la meilleure : nous
l’allons montrer tout à l’heure” Jean de la Fontaine**

Babette Bourlet de La Vallée

► **To cite this version:**

Babette Bourlet de La Vallée. ”La raison du plus fort est toujours la meilleure : nous l’allons montrer tout à l’heure” Jean de la Fontaine. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01942221

HAL Id: dumas-01942221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01942221>

Submitted on 3 Dec 2018

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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME**

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**« LA RAISON DU PLUS FORT EST TOUJOURS LA MEILLEURE :
NOUS L'ALLONS MONTRER TOUT A L'HEURE »**

Jean de la Fontaine

Mémoire présenté par : Madame BOURLET DE LA VALLÉE Babette
Née le 23 septembre 1994

Sous la direction de : Delphine CHENE

PROMOTION 2018

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME**

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**« LA RAISON DU PLUS FORT EST TOUJOURS LA MEILLEURE :
NOUS L'ALLONS MONTRER TOUT A L'HEURE »**

Jean de la Fontaine

Mémoire présenté par : Madame BOURLET DE LA VALLÉE Babette
Née le 23 septembre 1994

Sous la direction de : Delphine CHENE

PROMOTION 2018

Remerciements

J'adresse mes remerciements à :

Madame Delphine Chêne, ma directrice de mémoire, pour son soutien, son enthousiasme et son aide tout au long de ce projet.

Madame Anne Bourdon, ma guidante de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et sa compréhension sur cette dernière année d'études.

Aux cadres et aux sages-femmes pour leur accueil bienveillant au sein des maternités.

Aux femmes ayant répondu à mon questionnaire sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A Pauline Schaal, tutrice de statistiques au Tutorat Santé Rouen, pour sa disponibilité et sa patience au cours de cette longue épreuve que fut l'analyse de résultats.

A ma famille, pour leurs encouragements et leur soutien ô combien précieux pendant ces années d'études.

A Pauline, Annette, Myriam, Dorine et mes Chloé, pour notre amitié et vos sourires indéfectibles.

Au bureau de l'ANESF, au TSR et à toutes ces belles personnes associatives rencontrées au cours de ces dernières années qui m'ont tant enrichie.

A ma promotion, pour ces années de galère communes mais aussi pour tous ces bons moments partagés ensemble.

SOMMAIRE

INDEX DES ACRONYMES

INTRODUCTION	1
REVUE DE LITTÉRATURE	3
1. Violences conjugales en France	3
1.1. Rappel des définitions	3
1.1.1 Cycle des violences	3
1.1.2 Violences physiques	4
1.1.3 Violences sexuelles	5
1.1.4 Violences psychologiques et verbales.....	6
1.1.5 Violences économiques et administratives	7
1.2. Les violences aujourd’hui en France	7
1.2.1 Quelques chiffres clés	7
1.2.2 Impact sur la santé physique, psychique et reproductive	9
1.2.3 Impact sur les enfants	11
1.2.4 Les démarches effectuées.....	12
1.2.5 Le contexte de la périnatalité	13
2. La prévention dans le système français.....	15
2.1. La prévention dans le système français	15
2.1.1 Définition de la prévention.....	15
2.1.2 Les grands plans de prévention français	16
2.2. Mise en place de campagnes de communication.....	18
2.2.1 La date emblématique du 25 novembre	18
2.2.2 Exemples de campagnes menées	18
2.3. Une prise en charge protocolisée.....	20
2.3.1 Moyens de dépistage	20

2.3.2	Information et orientation	22
2.3.3	Systèmes de protection.....	24
	MÉTHODOLOGIE	27
1.	Problématique et hypothèse	27
2.	Objectifs de l'étude	27
3.	Population étudiée.....	27
4.	Outils employés et démarche effectuée.....	28
5.	Déroulement de l'étude	29
6.	Analyse statistique	30
	RÉSULTATS	31
1.	Description de la population étudiée.....	31
1.1.	Généralités.....	31
1.2.	Situation familiale	32
2.	Sensibilisation, prévention et connaissances	32
2.1.	Modes de prévention	33
2.1.	Contacts dans un contexte de violences conjugales	35
2.2.	Connaissances des femmes sur les violences conjugales	37
3.	Relation avec les professionnels de santé	43
3.1.	Suivi de grossesse.....	43
3.2.	Incidence des violences conjugales	44
3.3.	Les professionnels de santé face aux situations de violences conjugales	45
	DISCUSSION	48
1.	Caractéristiques de l'étude	48
1.1.	Points faibles de l'étude	48
1.2.	Point forts de l'étude	49
2.	Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique	50
3.	Remise en question du modèle de prévention actuel	52
3.1.	Une histoire de mauvaise interprétation ?	52

3.2. Moyens de communication sur les violences conjugales	53
4. Le professionnel de santé au cœur du système préventif.....	56
4.1. Le professionnel de santé, un acteur ressource ?.....	56
4.2. Valoriser la délivrance d'information dans la périnatalité	57
CONCLUSION.....	61

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INDEX DES ACRONYMES

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASA : Centre d'Accueil Spécialisé dans les Agressions

CFCV : Collectif Féministe Contre le Viol

CIDFF : Centre national d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CSF : Contexte Sexualité en France

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

ENMVC : Etude Nationale sur les Morts Violentes au sein du Couple

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

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JN'ESF : Journées Nationales des Etudiants Sage-Femme

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses

ONM : Œuvre Normande des Mères

ONU : Organisation des Nations-Unies

PAVIF : Pôle Accueil Violences Intra-Familiales

INTRODUCTION

En 1668, Jean de la Fontaine publie son premier recueil de fables au sein duquel se trouve « Le Loup et l'Agneau ». Celui-ci commence par la phrase « la raison du plus fort est toujours la meilleure : nous l'allons montrer tout à l'heure ». La fable met en scène un agneau et un loup, lequel finit par l'emporter. Elle met donc en avant le comportement de celui qui exprime la violence contre plus faible que soi et cherche en plus à se justifier. Nous avons décidé de reprendre cet extrait pour notre titre car nous pouvons relier la morale de l'histoire à la situation des violences conjugales mais aussi au silence imposé par l'auteur des violences.

C'est au cours des journées nationales des étudiants sage-femme (JN'ESF) de 2015 à Nantes que nous avons assisté à une conférence d'Emmanuelle Piet, une gynécologue de Seine Saint-Denis. Nous avons alors eu notre première confrontation aux violences faites aux femmes dont nous connaissions le phénomène sans pour autant y être attentifs. Nous y avons pu découvrir le quotidien de ce médecin qui décrivait son combat quotidien contre ceux qu'elle appelait « les dinosaures ».

Nous sommes retournés à d'autres week-ends de formation (congrès national des étudiants sage-femme et jn'esf) pendant lesquels nous avons participé à des formations avec la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) ou à des groupes de travail sur le sexisme. A l'issue de ces groupes et conférences, nous en sommes arrivés à nous demander pourquoi ce phénomène reste-t-il si répandu et pourtant si tu.

Dans le cadre associatif nous avons été invité à prendre part à un forum santé et citoyenneté dans un lycée pour parler du thème de la discrimination du genre et des violences faites aux femmes. Nous nous sommes alors rendus compte que les jeunes, pourtant plus aptes à être sensibilisés par les réseaux sociaux, n'avaient pas connaissance des chiffres clés, ni des campagnes de prévention dans ce domaine. Ainsi donc, nous avons pensé qu'il existe peut-être un manque de visibilité des campagnes et une méconnaissance de la situation, ce qui aboutirait à un maintien du silence des femmes.

La sage-femme quant à elle, devient un interlocuteur privilégié de la femme dans le cadre de la grossesse et tend à se développer dans le suivi gynécologique. Le rôle des professionnels de santé dans la prévention étant un enjeu majeur, nous avons décidé d'en mesurer l'ampleur.

La première partie de ce travail sera une revue de la littérature sur les violences conjugales aujourd'hui en France, les stratégies de prévention et de communication existantes et sur le rôle des professionnels de santé dans le système de prévention. La seconde partie présentera la problématique, nos hypothèses de recherche et la méthodologie utilisée. Ensuite, nous exposerons nos résultats de l'étude que nous analyserons au travers d'une discussion pour en tirer des axes d'amélioration.

REVUE DE LITTÉRATURE

1. Violences conjugales en France

1.1. Rappel des définitions

1.1.1 Cycle des violences

En 1979, Lenore Walker, psychologue et professeur de psychologie en Floride détermine la violence conjugale au travers d'un enchaînement de comportements qui de par sa répétition devient prévisible. Selon elle, le cycle de la violence comporte quatre phases : la phase de tension, la phase de l'agression, la phase de justification/rémission et transfert de responsabilité puis la lune de miel. A l'issue de cette dernière phase, un nouveau cycle recommence (Annexe I) (1-2).

La phase de tension se déroule au quotidien avec une montée de la violence verbale et psychologique. La femme se retrouve soumise et tente d'apaiser les tensions qui augmentent. Un climat de peur apparaît et au fil des cycles l'agresseur cherchera à asseoir sa domination pendant cette phase.

La phase de violence apparaît lorsque la tension est trop forte et qu'un élément déclencheur fait exploser le tout. La femme devient la victime de violences, notamment physiques et sexuelles, tandis que l'agresseur cherche à regagner par tous les moyens le contrôle qui lui a échappé. Lors de la grossesse, la crainte d'une femme à propos de cette phase est décuplée car elle ne pense désormais plus à elle seule mais également au bien-être de l'enfant à venir.

La troisième phase fait ressentir de la culpabilité à l'auteur, il craint de perdre sa partenaire. Il va alors tenter de minimiser les faits, de se justifier sans pour autant assumer et peut aussi faire culpabiliser la victime. L'agresseur va exprimer des regrets et rejeter la faute sur un élément extérieur tel que l'alcool, les problèmes financiers ou la non-conformité de sa compagne.

La quatrième, et dernière phase, est dans la continuité de la précédente avec des regrets et la promesse de ne pas recommencer. Elle s'accompagne parfois de gestes de pardon (cadeaux, bouquets de fleurs, dîner romantiques, ...) et de bonnes résolutions et/ou de promesses. La victime peut reprendre espoir et culpabilise par exemple d'avoir porté plainte contre l'homme ; ce dernier y trouve sa porte de sortie sans condamnation à son acte.

Le cycle peut reprendre quelques jours ou semaines, voire mois plus tard avec à chaque fois des périodes de lune de miel écourtées, la peur remplaçant graduellement l'espoir.

1.1.2 Violences physiques

Les violences physiques sont les plus faciles à identifier par leur visibilité plus extériorisée, coups et blessures laissant en général des traces. Elles incluent un large spectre allant de la bousculade à l'homicide prémédité ou non : douches froides ou brûlantes, cheveux tirés, gifles, coups de poing ou de pied, tentative de noyade, de strangulation, morsures, entailles, coupures, brûlures, fractures, plaies par arme blanche ou arme à feu jusqu'à séquestration voire homicide.

Le Professeur M. Debout détaille, « *les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces, de pression, de négation de la victime en tant que personne respectable et précèdent le plus souvent des rapports sexuels forcés.* » (3). Malgré tout, certains coups restent moins visibles et les femmes peuvent chercher à maquiller leurs blessures derrière des phrases telles que « je suis tombée dans l'escalier ». Une campagne de l'organisation « Ni putes Ni soumises » s'est d'ailleurs inspirée de ce prétexte pour réaliser l'affiche « les escaliers ont encore tué 146 femmes cette année » (Annexe II).

Depuis juillet 1992, l'article 222-11 du Code Pénal condamne les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours à trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (4-5). Une circonstance aggravante apparaît lorsque cette agression est commise par le conjoint ou l'ex-conjoint ou lorsque la femme se trouve dans une situation de vulnérabilité telle que la grossesse (art. 222-12) (6). Depuis la loi du 4 avril 2006, les circonstances aggravantes sont élargies aux concubins pacsés et ex-conjoints (7). Dans toutes ces circonstances, la peine d'emprisonnement est alors élevée à cinq ans et l'amende à 75 000 euros. Dans le cas où ces circonstances aggravantes surviennent sans pour autant amener une incapacité de travail supérieure à huit jours, les sanctions sont similaires à celles évoquées dans l'article 222-11. En cas d'homicide (atteinte volontaire à la vie d'une personne), le Code Pénal condamne l'auteur à trente ans de réclusion criminelle voire réclusion à perpétuité sous certaines conditions : meurtre précédé ou suivi d'un crime (viol, torture, acte de barbarie) ou commis sur une personne particulièrement vulnérable (8).

1.1.3 Violences sexuelles

Les violences sexuelles commencent à se médiatiser : ce sont celles que les femmes ont le plus de mal à évoquer. Il s'agit d'agressions en rapport avec la sexualité dans un contexte parfois de harcèlement mais surtout de pratiques sexuelles imposées à une personne qui les refuse. L'homme, dans notre cas le partenaire, utilise la force physique mais également la brutalité, les tortures ou les menaces, le chantage, la persuasion : il est en position de dominant.

L'OMS décrit :

Par violence sexuelle, on entend tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet. (9)

Le Code Pénal français confirme cela d'une dans l'article 222-22 « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » en considérant le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol » (art. 222 – 23) (10-11).

Tout comme pour les violences physiques, le fait que le viol soit commis par le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou ex-conjoint, est une circonstance aggravante. De manière plus générale, elle l'est « dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime [...] » (art. 132-80 du Code Pénal) (12).

Autre que le viol, nous pouvons retrouver le harcèlement sexuel, les mutilations sexuelles ou encore l'exploitation sexuelle, différentes formes qui mènent à la dégradation de l'image de la femme et son exploitation ultérieure dans une relation imposée. La difficulté de cette forme de violence réside dans son peu de visibilité physique mais également dans la prise de conscience des victimes.

1.1.4 Violences psychologiques et verbales

Les atteintes psychologiques peuvent être vues comme des faits mineurs, or il apparaît que loin d'être les plus visibles, il s'agit des violences les plus fréquentes qui servent en général de préalable au cycle vicieux qu'instaure l'agresseur (3). Elles sont une arme très accessible et efficace pour imposer une domination au sein d'une relation et ainsi s'approprier la victime, l'instrumentaliser.

Ce mode de fonctionnement peut apparaître dès le début de la relation entre l'auteur et la victime par le biais de la manipulation, la menace ou l'intimidation, la terreur parfois par le verbal mais également le non verbal et les expressions, les critiques, les humiliations, ... Quel que soit le ton utilisé, le but de l'agresseur est d'instaurer un climat de contrôle et de contrainte mais aussi d'insécurité rendant la femme d'autant plus fragile psychologiquement et émotionnellement. Celle-ci va ressentir un sentiment d'infériorité associé à une perte d'estime de soi, une dévalorisation, ce par une humiliation constante.

L'objectif du conjoint ou de l'ex-conjoint est précis et évolue comme une véritable arme de démolition identitaire chez la victime, réduite à se considérer tel un objet méritant ce qui lui arrive. Le conjoint s'approprie sa compagne, l'isole petit à petit sur le plan amical, familial, professionnel et s'assure ainsi sa soumission. Ces violences insidieuses amènent alors la victime à ne pas faire de démarches pour s'en sortir et conduisent à des dégâts importants psychologiquement comme l'état dépressif voire suicidaire (13-14).

Ces violences vont peu à peu prendre la victime au piège dans une sorte de toile d'araignée tissée avec soin autour d'elle à mesure que la relation continue. Des mécanismes vont apparaître pour s'adapter aux violences, les anticiper ou les éviter, mais aussi pour justifier l'auteur et tenter de le comprendre.

Que ce soit par le biais du verbal (insultes, reproches, critiques, menaces envers la femme et/ou les enfants, ...) ou par le non verbal (présence constante, expressions, gestes, non-respect de l'intimité, etc.), les violences psychologiques reposent sur des comportements incohérents, des mises en scène présentées par l'auteur. L'aboutissement est une impression de confusion et de doute qui remet d'une part la victime en question « c'est ma faute en fait s'il est comme ça » et d'autre part qui rationalise et fait oublier à la victime que ce n'est pas normal.

Au final, la femme se convainc que le comportement de son conjoint ne diffère pas de celui des autres et ne dit rien.

1.1.5 Violences économiques et administratives

L'objectif de ces violences est de diminuer l'autonomie de la victime pour la maintenir dans une sorte de dépendance financière envers le conjoint et l'empêcher ainsi de s'échapper de la relation. Le conjoint instaure un contrôle permanent des ressources financières ou matérielles avec parfois une privation partielle ou totale. Il met en place également un contrôle de l'activité professionnelle et extérieure empêchant ainsi la victime de travailler ou de dépenser quoi que ce soit. L'homme possède véritablement la femme en tant qu'objet où il est en mesure de contrôler ses faits et gestes en dehors du domicile (14).

La violence administrative peut se retrouver dans le contexte de femmes étrangères conjointes de ressortissants français et les femmes étrangères bénéficiant d'un regroupement familial. Un chantage économique et administratif se met en place autour de l'obtention ou le renouvellement du titre de séjour. Une femme peut ainsi se retrouver prise au piège, manipulée par son conjoint pour rester en France, la rupture de la vie commune pouvant avoir un impact sur le droit de séjourner sur le sol français. De manière plus globale, l'administratif va concerner la confiscation de documents comme la carte d'identité, le permis de conduire, le livret de famille et la carte vitale (14).

1.2. Les violences aujourd'hui en France

1.2.1 Quelques chiffres clés

Grâce au travail fourni par différentes enquêtes, les violences faites aux femmes sont un phénomène que nous connaissons de mieux en mieux et dont les représentations évoluent d'année en année. L'amélioration de ces acquis repose sur la mobilisation de plusieurs organismes et ministères et nous permet aujourd'hui d'avoir un regard neuf sur l'ampleur de la situation. Ainsi se retrouvent impliqués des organismes tels que l'Institut National des Etudes Démographiques (INED), l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) ou encore l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, la MIPROF, etc...

Selon une étude récente, au cours de sa vie, une femme sur sept (soit 14.5%) déclare avoir subi au moins une forme d'agression sexuelle et parmi ces femmes, 3.7% ont vécu un viol ou une tentative de viol (15). Ces résultats se trouvent à mi-parcours entre ceux obtenus par l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) en 2000 (11% des femmes de 20 à 59 ans déclaraient des violences sexuelles au cours de la vie) et par l'enquête contexte sexualité en France (CSF) en 2006 (20,6% des femmes de 18 à 69 ans), ce qui fait d'eux des résultats attendus (16 – 17).

Parmi les femmes victimes de viols et tentatives de viol, la moitié déclare l'avoir été pour la première fois avant leurs 18 ans, surtout au sein du cercle familial ou proche (56% d'entre elles), et dont 40% avant les 15 ans. Actuellement, si l'entourage proche familial est le 1^{er} espace de violences sexuelles chez les mineurs, le relai est pris ensuite par la relation de couple (relation supérieure à 4 mois et relation avec l'ex-conjoint incluses), sachant que les autres types de violences sont moins dénoncées que dans le cadre familial (18).

Nous estimons en moyenne chaque année que 225 000 femmes entre 18 et 75 ans sont victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles (15). Il est à relever que les femmes victimes de violences psychologiques, verbales et autres ne sont pas prises en compte dans ces statistiques et cette estimation ne reflète donc pas la véritable étendue du phénomène. Dans ces 225 000 victimes, nous retrouvons que plus d'une sur sept est concernée par des violences uniquement physiques (coups et blessures) tandis que moins de deux sur dix se disent victimes de violences uniquement sexuelles. Les deux catégories combinées représentent 12% des répondantes.

En revanche, le contexte de répétition des violences est décrit par 75% d'entre elles, surtout pour les violences sexuelles. 80% des femmes déclarent également avoir subi des violences psychologiques ou verbales.

L'enquête CVS dévoile également qu'il y a en moyenne 84 000 femmes victimes de viol chaque année et que parmi elles, 37% vivent avec le conjoint tandis qu'au global 90% en connaissent l'auteur (15).

Afin d'avoir une autre estimation, les forces de police réalisent elles aussi des enregistrements de faits. Sur l'année entre novembre 2014 et novembre 2015, 72 873 faits de violences commis par le conjoint/ex-conjoint ont été recensés dont une très grande partie (plus de 70 000) étant des coups et blessures.

En 2015, parmi les victimes de violences sexuelles enregistrées par la police et la gendarmerie, un quart des faits de viols sont commis par le conjoint (19).

Un autre nombre est à ne pas sous-estimer : celui des homicides conjugaux. En 2015, l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple (ENMVC) dénombre 115 femmes tuées par leur conjoint/ex-conjoint (118 en 2014) ce qui fait qu'en France, à l'heure actuelle, une femme meurt tous les deux jours et demi sous les coups de son conjoint. Le ratio reste le même une année après l'autre malgré une diminution du nombre de femmes décédées et aujourd'hui, les femmes représentent 81% des victimes d'homicides au sein de couples officiels et non officiels (amants, petits-amis et relations épisodiques). Dans la Normandie orientale ces morts violentes concernent 1 seul couple en 2015 et 2 en 2014 (20).

Deux motifs sont mis en avant : le refus de séparation et la dispute. Concernant le mode opératoire, l'ENMVC révèle que l'arme (arme blanche comme arme à feu) est le moyen le plus utilisé (74%) devant la strangulation et les coups. Nous retrouvons également une présente d'autres violences répétées dans le couple avant d'en arriver à l'homicide(26).

1.2.2 Impact sur la santé physique, psychique et reproductive

Les conséquences sur la santé et le comportement des victimes peuvent se diviser en quatre catégories définies par l'OMS (21) :

- Conséquences physiques : blessures à l'abdomen et au thorax, traumatismes cérébraux, ecchymoses et hématomes, brûlures, coupures, marque de strangulation, handicaps, décès
- Conséquences sur la santé psychique et les comportements : état de stress post-traumatique, troubles psycho-traumatiques et psychosomatiques, dépression, anxiété, trouble de l'alimentation et du sommeil, pensées et comportements suicidaires, dépendance à l'alcool, au tabac ou à la drogue, comportements sexuels à risque, comportements auto-agressifs
- Conséquences sur la santé sexuelle et reproductive : pathologies gynécologiques, douleurs pelviennes chroniques, hémorragies et infections vaginales, infections urinaires, complications lors de la grossesse, fausses-couches, grossesses non-désirées, avortement dangereux, VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles

- Maladies chroniques : asthme, arthrite, cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie du foie ou des reins, hypertension

Les conséquences physiques concernent six femmes sur dix d'après l'enquête Cadre de vie et Sécurité (CVS) (15). Néanmoins les femmes vont chercher à les dissimuler sous des vêtements amples et y associer des prétextes. D'autres lésions internes donc moins visibles et difficilement dépistables sont également possibles (décollement de rétine, perforation du tympan, hémorragie interne).

Les dommages psychologiques importants et très importants eux seraient présent chez 70% des victimes. Parmi eux, nous pouvons nous intéresser aux conséquences psycho-traumatiques qui se définissent par des « troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) » (DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (22).

Un stress intense engendré par l'agression entraîne un risque vital cardiovasculaire et neurologique dont les séquelles, la plupart irréversibles, peuvent par exemple être visibles par IRM (23). Pour prévenir ce risque, le système neuronal « disjoncte » et provoque une anesthésie dite psychique et physique associée à des troubles de mémoire voire un syndrome d'amnésie post-traumatique.

Les violences sexuelles sont la cause la plus fréquente d'apparition de ces conséquences. Sans une prise en charge adaptée ces troubles peuvent durer des années voire ne jamais s'effacer. Leur profondeur n'est pas liée à la victime mais plutôt à la gravité de l'agression et au pouvoir destructeur de l'auteur. Les conséquences les plus classiques surviennent : souffrance mentale, perte d'estime de soi, impact sur la vie sociale, professionnelle, affective et sexuelle. L'enquête Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte en 2015 établit que 50% des victimes ont tenté de se suicider et le risque d'une mort précoce par accident, maladie ou suicide est amplifié (24).

La vie quotidienne est impactée, 54% des femmes répondantes à l'enquête CVS se sentent concernées par ce point (15). Tant que la victime est en présence de l'auteur des violences et donc exposée, elle risque de se retrouver de plus en plus déconnectée de ses émotions : c'est la dissociation (23). Système de survie qu'une femme met en place

dans ce contexte, la victime se projette comme robotisée et s'isole d'autant plus, ce qui accroît le phénomène d'emprise de l'homme.

Dans certains cas, comme lorsque la victime est sécurisée ou lors d'une crise de violence particulièrement intense, la mémoire traumatique, au cœur des troubles psycho-traumatiques, fait son apparition. Suivant ce mécanisme inconscient, dès qu'une situation, une sensation, un lien, un détail rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent, la mémoire traumatique s'empare du psychisme de la victime de façon incontrôlable. La conscience se retrouve « envahie » ce qui provoque une détresse, une souffrance, un nouveau survoltage et une disjonction. Il s'agit tout simplement d'une bombe à retardement prête à exploser et à entraîner sur son passage un état de peur panique, d'angoisse et d'agitation, un état confusionnel qui peut aboutir à un risque suicidaire.

Ce trouble psychologique amène alors la victime à revivre de manière instinctive ses pires souvenirs empreints d'une charge émotionnelle et sensitive douloureuse. Elle a peur d'être en danger, se sent agressée mais a également peur du jugement en se considérant comme anormale vis-à-vis d'autrui.

Les impacts des violences conjugales sur le corps et le psychisme de la femme ne sont pas négligeables. C'est en conséquence la raison pour laquelle une prise en charge précoce et adaptée doit être mise en place le plus rapidement possible afin d'éviter tout débordement et de graves conséquences : troubles psychiatriques, suicide et homicide pour citer des formes extrêmes mais réelles.

1.2.3 Impact sur les enfants

Les violences conjugales ont des répercussions d'une part sur le couple et surtout la femme comme vu ci-dessus, mais également sur les autres membres du foyer : les enfants. L'enquête CVS ne peut pas prendre en compte directement l'impact et les conséquences les concernant mais peut émettre une estimation : 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles. Ces situations à risque tendent à montrer que souvent l'enfant est jeune (moins de six ans), présente un contexte de monoparentalité et dans un ménage défavorisé (15).

Les enfants deviennent les co-victimes des femmes et nous ne pouvons pas ignorer que 36 enfants mineurs en 2015 ont été tués dans le cadre de violence au sein du couple. Leur présence n'empêche pas les violences et le passage à l'acte de l'auteur et par exemple, 11 enfants ont été témoins de l'homicide volontaire d'un parent sur l'autre (19).

Hormis le retentissement d'un l'homicide, visualiser la violence quotidienne conduit l'enfant à grandir dans un climat d'insécurité et de terreur. 60% d'entre eux, s'ils ne sont pas pris en charge, vont développer des troubles psycho-traumatiques graves et durables, tant sur le plan physique que psychique. L'impact sur leur développement cognitif et psycho-moteur est important ainsi que celui sur leur scolarisation et leur socialisation. Ce phénomène prend d'autant plus d'ampleur lors de la période adolescente avec une augmentation des comportements à risque, notamment le risque suicidaire (25).

Des problèmes de santé surviennent tels que des maux de tête ou de ventre fréquents, troubles du sommeil, ORL et dermatologiques. Ces enfants présentent plus régulièrement des accidents divers, des troubles de la concentration et de l'adaptation mais sont également plus à risque de développer des troubles du comportement amenant à des attitudes agressives. En effet, 50% des jeunes délinquants ont grandi dans un milieu familial violent et 40 à 60 % des agresseurs de violences conjugales ont été spectateurs de violences conjugales dans l'enfance.

Ces enfants grandissent donc en développant des capacités de survie et d'adaptation, tout comme les femmes. Il est important de les dépister pour mettre en place une protection adaptée, assurer leur sécurité et leurs soins. Les professionnels de santé doivent également penser à leur montrer une image positive de la société dans le but d'optimiser leurs relations futures et d'éviter qu'ils ne tombent eux-mêmes dans un cycle de violences conjugales où ils se retrouvent soit en position de victime, soit en position d'agresseur.

1.2.4 Les démarches effectuées

Dans le cadre d'un viol, conjugal ou non, les enquêtes dévoilent que deux femmes sur dix se rendent au commissariat et que 10% d'entre elles portent plainte (15). Rappelons que certains viols sont bien plus difficiles à dénoncer, ceux entrant dans le contexte d'une relation conjugale étant en haut de liste.

D'après l'enquête CVS, plus d'un tiers des femmes victimes de viol vivent avec leur conjoint et pourtant les forces de sécurité de France métropolitaine n'en recensent que 16%, ce qui est bien inférieur au résultat attendu. Nous pouvons trouver là une faille dans notre système où il pourrait peut-être exister soit un manque de sensibilisation soit un manque de confiance qui pousserait les victimes à ne pas aller plus loin. Il est en revanche à noter que pour un tiers des victimes, se tourner vers les psychologues ou psychiatres est la 1^{ère} démarche, le recours à un médecin ne concernant qu'un quart d'entre elles.

Les démarches réalisées dans le cadre des agressions conjugales physiques et/ou sexuelles sont globalement similaires même si dans ce cas, les victimes ne portent plainte que pour 14% d'entre elles et 8% posent une main courante. Contrairement à ce que nous avons vu ci-dessus pour les viols, les professionnels de santé type médecin sont les premiers interlocuteurs vers qui les victimes se tournent. Selon l'enquête CVS, 24% des femmes ayant subi des violences conjugales physiques et/ou sexuelles ont été vues par un médecin à la suite de ces violences, ce résultat devançant le recours à un psychologue ou psychiatre (19%), les services sociaux (19%), les associations d'aide (10%) ou même le numéro vert (10%) que nous étudierons un peu plus tard (15).

Le recours aux professionnels de santé, bien que peu représenté au regard du nombre de femmes victimes de violences conjugales, est tout de même présent dans les démarches réalisées par les victimes et constitue aujourd'hui une approche de plus en plus valorisée. En tant que professionnels de santé, le rôle des sages-femmes s'inscrit donc dans ce cadre de l'accueil de femmes victimes de violence et nous devons faire notre possible pour développer un climat de confiance dans lequel les patientes se sentiront écoutées.

Mais ce qui reste le plus marquant, et qui est au cœur de notre réflexion, c'est le fait que plus d'une femme sur deux n'a réalisé aucune des démarches citées ci-dessus.

1.2.5 Le contexte de la périnatalité

L'état de grossesse est vu comme une situation de vulnérabilité tant par la loi que par l'auteur des violences. En effet, il est montré qu'actuellement, 40% des premiers coups débutent lors d'une première grossesse (26). Pour deux femmes sur trois auparavant victimes, ces violences s'aggravent et à ce jour, selon le Dr. Muriel

Salmona, nous sommes confrontés à quatre fois plus de femmes qui signalent de très mauvais traitements pendant la grossesse (coups, menaces avec armes, agressions sexuelles) (26). L'enquête périnatale de 2016 montre que 1,7% des femmes sont victimes de violences physiques pendant leur grossesse (27).

Une femme enceinte est moins apte se protéger physiquement mais aussi psychologiquement, elle devient plus vulnérable. De plus, la femme va se focaliser sur l'enfant à venir, elle cherche à garder du pouvoir afin de le protéger ce qui peut amener l'homme à devenir plus violent car il n'est plus le centre de l'attention. Ces deux caractéristiques participent à la mise en place de violences plus intenses et régulières.

Malgré le dépistage systématique, le silence des femmes peut demeurer et en découle un suivi de la grossesse moins bon et plus ou moins irrégulier. A cela s'ajoutent les conséquences des violences et des facteurs de risque qui augmentent (hyper-tension artérielle, consommation d'alcool, tabagisme). L'abdomen étant la cible majoritaire des agressions physiques, le fœtus est alors exposé à une mort in-utéro par décollement placentaire ou rupture utérine mais aussi à une fausse couche spontanée du premier trimestre (31% contre 17% pour celles qui n'ont pas subi de violence), à une hémorragie fœto-maternelle ou même encore à un accouchement prématuré (37% d'augmentation du risque). A cette naissance sont associés également une potentielle souffrance néonatale et/ou un petit poids de naissance (17% d'augmentation du risque) (2-26).

Une altération de l'état général peut survenir avec une anémie, une asthénie, une mauvaise alimentation et perte de poids pouvant être responsable d'hypotrophie ou au contraire une macrosomie fœtale.

L'enfant né devient lui aussi à risque de violences directement par l'agresseur de la mère et indirectement par les violences que sa mère continue de subir qui impactent la mauvaise prise en charge de cet enfant au domicile (25). Le lien mère-enfant peut devenir profondément altéré et cela va retentir sur le développement de l'enfant. Il va développer des troubles psycho-traumatiques qui le mettent d'autant plus en danger : pleurs continuels, troubles du sommeil ou de l'alimentation, retard au développement qui se relie aux conséquences vues précédemment chez l'enfant au sein d'un foyer à risque. La mort subite du nouveau-né et le bébé secoué se retrouvent plus régulièrement dans un contexte de violences conjugales.

Il en découle donc un véritable problème de santé publique lié à la périnatalité et les professionnels de santé, et notamment les sages-femmes, ont un rôle majeur au sein du phénomène des violences.

2. La prévention dans le système français

2.1. La prévention dans le système français

2.1.1 Définition de la prévention

Crée en 1948, l'OMS conceptualise une nouvelle définition de la santé et de la prévention. Cette première se caractérise par « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social » tandis que la seconde « est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Apparaissent ainsi trois niveaux de prévention intervenant à différentes étapes du parcours de santé, détaillés dans l'annexe I du Rapport Flajolet (28).

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. Il s'agit de l'ensemble des actes permettant une baisse de l'incidence d'une maladie dans une population, et donc de diminuer les risques d'apparition de nouveaux cas. Pour cela, des actions sont mises en place en amont de la pathologie de sorte à prévenir les conduites individuelles à risque.

La prévention secondaire intervient de sorte à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population afin de retarder son évolution ou faire disparaître les facteurs de risque. Elle prend place dès l'apparition de la pathologie. Le dépistage précoce s'inscrit dans ce cadre puisqu'il permet de détecter la présence d'un facteur de risque ou directement l'atteinte par la maladie. Peuvent également prendre part de manière essentielle le diagnostic et le début du traitement approprié.

La prévention tertiaire vise à stopper l'évolution ou réduire le risque de rechute ou de chronicité. Il s'agit de réduire les complications, invalidités ou récurrences consécutives à la pathologie, c'est-à-dire diminuer les effets et/ou séquelles liés au traitement ou directement à la maladie. Elle inclut une réadaptation efficace et agit en pluridisciplinarité par une action à la fois médicale, sociale et psychologique.

En 1982, RS Gordon attribue de nouvelles caractéristiques à la prévention, définissant ainsi 3 catégories. La prévention universelle se dirige vers l'ensemble de la population sans distinction de facteurs de risque. Elle tend à préserver la santé de chacun, qu'importe son état en promouvant des grandes règles telles que les conseils sur les rythmes de vie et de sommeil, les règles hygiéno-diététiques, ... La prévention sélective se réalise chez des sujets exposés et elle tente d'éviter la survenue de pathologies définies auprès de cette population.

Elle agit sur ces sous-groupes par des campagnes comme la promotion de la ceinture de sécurité ou encore la contraception. Pour conclure, nous retrouvons la prévention ciblée qui est fonction de sous-groupes et de facteurs de risque existants et spécifiques à cette population comme le dépistage du diabète gestationnel chez les femmes enceintes avec facteurs de risque.

Ces définitions articulent aujourd'hui le système de promotion de la santé et interagissent les unes avec les autres, réalisant un maillage et s'incluant dans les plans nationaux de prévention.

2.1.2 Les grands plans de prévention français

Le 24 novembre 2004 a été lancé le premier Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes à l'initiative du ministère des Familles, de l'Enfance et du droit de Femmes (29). Ce plan s'est orienté autour de dix mesures phares. Les deuxième et troisième plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes ont par la suite suivi respectivement entre 2008 – 2010 et 2011 – 2013 (29). Bien que les avancées furent positives, ce n'est qu'à partir du quatrième plan mis en place de 2014 à 2016 que les choses ont commencé à évoluer de manière plus active (30).

Basé sur un plus petit nombre de priorités, ce nouveau plan avait pour but de réorganiser l'action publique autour de trois priorités :

- Aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse
- Protection des victimes
- Mobilisation de l'ensemble de la société

Ce plan a été conçu pour être vivant et régulièrement actualisé, en partenariat avec des associations et représentants des collectivités territoriales. C'est de là que découle la plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation 3919 et le site internet stop-violence.gouv (31). D'autres moyens vont être mis à disposition comme garantir aux femmes victimes l'accès à un hébergement dédié et adapté aux besoins ou encore renforcer l'ordonnance de protection.

Un nouveau projet est lancé : le téléphone portable « Téléphone grave danger » pour les femmes en situation à risque. Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation périodique mais son utilisation n'a pas eu la visibilité attendue.

Une nouvelle option voit également le jour par la prévention des comportements sexistes et les violences en milieu scolaire, sportif et professionnel.

Le dernier axe inclut aussi la sensibilisation du grand public, la formation des professionnels de santé par la MIPROF et le conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), la mise à disposition d'outils d'information mettant en avant les améliorations apportées par la loi et l'organisation de campagnes régulières.

A l'aube du cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, le bilan s'annonce et le succès du numéro 3919 s'évalue par des appels qui ont doublé au bout d'un an. Les protocoles d'aides à porter plainte se développent, les places d'hébergement et le nombre d'ordonnances de protection sur le plan judiciaire augmentent. Néanmoins les mentalités ont du mal à évoluer et malgré l'essor des médias la communication n'est pas aussi présente que d'autres campagnes de prévention (exemple : la sécurité routière).

C'est dans ce contexte que naît le nouveau plan de 2017 – 2019 dont la phrase « Sexisme pas notre genre » indique la volonté de changer les mentalités (32). Le sexisme n'est autre que la base d'un comportement dominateur des hommes qui aboutit aux violences. N'est-il pas intéressant de se rendre à l'une des racines du phénomène ? Ce plan va dans la continuité du précédent avec en premier axe « *assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences* » et tend à renforcer le deuxième par un renforcement de l'action publique là où les besoins sont les plus importants (32). Et c'est le troisième axe qui expose cette fois-ci l'envie de lutter contre le sexisme (32). Nous aurons un renforcement des lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation et aussi des dispositifs tels que le 3919 ou le site internet [stop-violence-femmes.gouv](http://stop-violence-femmes.gouv.fr) (31).

La formation des professionnels au contact des femmes victimes de violences s'inscrit dans le premier axe notamment depuis la loi du 4 août 2014 où la formation initiale et continue, enjeu crucial pour favoriser l'implication des professionnels, devient obligatoire pour bon nombre d'entre eux (33). Les sages-femmes sont donc aujourd'hui invitées à s'investir d'autant plus dans l'accueil des femmes victimes. La volonté gouvernementale est de développer cette implication.

L'objectif 15 du plan consiste à augmenter la condamnation sociale des violences sexuelles. Il a permis le 25 novembre 2016 de réaliser une campagne de communication sur les violences sexuelles et leurs conséquences. Le but : faire connaître de manière plus précise les réalités que recouvrent le viol et déconstruire certains stéréotypes associés. L'action 67 est elle aussi intéressante dans le sens où la

sensibilisation des jeunes femmes va passer par les nouvelles technologies. En effet, une application « tchat » du 3919 va se développer pour dénoncer les violences dont une femme aurait été victime mais également pour s'informer sur leurs droits via un « tchat » plutôt que de vive voix. Notre rôle auprès des femmes se jouera de ce fait au quotidien par la sensibilisation auprès de la population sur ces nouveautés.

Quand nous nous basons sur les lignes directives du quatrième ou du cinquième plan, l'idée que la communication est un outil majeur ressort clairement dans les volontés gouvernementales. Pourtant, lorsque nous regardons les résultats obtenus sur les démarches réalisées par les victimes, il semble y avoir une discordance qui à nouveau peut nous interpeler.

2.2. Mise en place de campagnes de communication

2.2.1 *La date emblématique du 25 novembre*

Depuis le 17 décembre de 1999, le 25 novembre est devenue une date importante dans le calendrier de communication contre les violences faites aux femmes (34). En effet, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a proclamé cette journée la Journée Internationale pour l'élimination de la violence contre les femmes, incitant alors les organisations diverses à sensibiliser le public à la problématique de cette journée. Par l'intermédiaire des médias, cette vague de communication a depuis pris de l'ampleur et ainsi des campagnes ont pu faire leur chemin sur internet, dans les journaux, etc.

La visibilité des dispositifs d'écoute et la déconstruction des stéréotypes associés aux violences faites aux femmes sont primordiales pour permettre aux victimes de ne plus s'isoler. Depuis plusieurs années, le 25 novembre est devenu un moment clé dans l'agenda de la communication.

2.2.2 *Exemples de campagnes menées*

Comme dit juste ci-dessus, des campagnes de communication autour des violences conjugales ou des violences faites aux femmes ont pu se développer.

Lucie Quilot (35) identifie dans son mémoire cinq types d'acteurs principaux qui agissent dans les campagnes de communications destinées à la lutte contre les violences faites aux femmes :

- L'Etat avec les campagnes publiques nationales et leurs déclinaisons locales par les services déconcentrés
- Les collectivités territoriales, qui peuvent réserver, de manière volontaire, une partie de leur budget de communication à cette thématique. C'est l'exemple du Conseil Général de Seine-Maritime qui a entre autre diffusé un dépliant sur les violences conjugales à destination du grand public (Annexe III)
- Le domaine associatif, comme la FNSF ou le Collectif féministe contre le viol (CFCV) qui s'impliquent activement dans la sensibilisation des violences.
- L'Union Européenne par des campagnes du conseil de l'Europe.
- Les grands organismes internationaux tels qu'Amnesty international.

Les campagnes menées par l'Etat traitent majoritairement depuis 1989 de l'aspect des violences conjugales, prenant ainsi en compte le harcèlement, les violences psychologiques et économiques en plus des violences physiques et sexuelles. C'est notamment par la publication des grands plans de prévention que les campagnes prennent un autre tournant avec par exemple le slogan «Violences conjugales, parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire, appelez le 3919 » lancé en 2007 (36).

Comme vu ci-dessus, le 25 novembre est une date clé permettant une excellente visibilité auprès du grand public. Sur novembre 2009 nous retrouvons le spot télévisé « les enfants apprennent beaucoup de leurs parents, y compris les violences conjugales » (36). L'année 2011 est revenue sur la sensibilisation du 3919 avec le slogan « Violences faites aux femmes. Osez en parler » (36). Les années 2012 et 2013 sont parties dans des directions autres que les violences conjugales puisqu'ont été mis en avant respectivement le harcèlement sexuel et la création de nouveaux outils pédagogiques (36).

L'année 2014 elle s'est retrouvée empreinte du slogan « Contre les violences, la loi avance » avec des affiches et dépliants diffusés à grande échelle (36). Au contraire novembre 2015 a plutôt été axé sur les conférences et colloques avec des actions de sensibilisation au local (36).

En 2016, s'inscrivant dans le projet du cinquième plan de prévention de lutte contre les violences, la communication est revenue sur la diffusion du dispositif d'écoute 3919 par l'intermédiaire d'affiches mais aussi d'un spot diffusé sur les chaînes France

Télévision et sur les réseaux sociaux le 25 novembre. Dans l'optique de déconstruire les stéréotypes associés aux violences, des visuels ont été diffusés sur les réseaux sociaux portant sur les violences conjugales, le viol, et l'impact sur les enfants (30-35).

L'association FNSF a elle aussi profité de la visibilité du 25 novembre pour diffuser en 2016 sa campagne de prévention par un spot « L'appel », montrant ainsi une femme cherchant à s'échapper de sa situation (37). Le CFCV a par exemple mis en place une campagne radio bénéficiant de diffusions par exemple sur Radio France Internationale, sur des radios locales du réseau « les indes radios », des radios du groupe Lagardère, et d'autres encore. Cette campagne intitulée « Mémoire » met en scène trois femmes qui nous livrent leur histoire et leur silence dans le but de sensibiliser plus de femmes (38).

Un large public peut donc être ciblé, qu'il soit à l'échelle locale ou internationale mais il serait intéressant d'évaluer l'impact concret de cette communication.

2.3. Une prise en charge protocolisée

2.3.1 *Moyens de dépistage*

La violence conjugale est actuellement un sujet difficile à aborder, tant pour la victime que le professionnel de santé. Une relation de confiance doit s'instaurer par le biais d'une communication verbale mais surtout par le non verbal au travers entre autres de la tonalité vocale, la gestuelle ou le regard. Les capacités d'écoute et d'empathie du professionnel sont primordiales et selon les patientes mais aussi leur interlocuteur, la confiance va s'établir rapidement ou sur du long terme. La difficulté pour un professionnel de santé est de fixer ses limites pour que la patiente se sente à l'aise et comprise sans être jugée ni infantilisée.

De nombreux facteurs peuvent être reliés à des violences conjugales et il est important de savoir en premier lieu dépister les facteurs de risque. Parmi ceux-ci nous pouvons citer les antécédents de violences (personnels ou familiaux), l'âge jeune, la séparation/le divorce surtout récent et le chômage chez le conjoint (2). Mais il ne faut pas se focaliser uniquement sur ces critères, toute femme est potentiellement victime de violences conjugales et c'est pourquoi il faut également prendre en compte les signes d'appels.

Une femme victime aura plus tendance à se renfermer et à s'isoler ce qui amène à des signes tels que la dépression, l'anxiété ou l'apparition de troubles psychiques ou pour d'autres à la consommation d'alcool, drogues, médicaments. La dépendance et les conduites addictives sont donc également les signes précurseurs à explorer (2).

Les plaintes régulières mais vagues, associées à des symptômes psychosomatiques (migraines, maux de ventre, mal au dos, troubles du sommeil, etc.), à des blessures et des justifications incohérentes peuvent mettre sur la piste d'un contexte conjugal à risque. La patiente peut vouloir maquiller ses blessures par un comportement inhabituel et c'est pourquoi le professionnel, au moindre doute, se doit d'aborder la question des violences conjugales.

Comme nous avons vu dans les conséquences sur la femme, nous faisons également face à une perte d'estime de soi, culpabilité, honte, etc. (2-23-39-40). Ces signes peuvent être dépistés au travers de phrases telles que « c'est de ma faute » ou « personne ne peut m'aider » et il faut être réactif lors de ces perches tendues pour faire le rapprochement avec des violences conjugales.

Au cours de sa vie, une femme est amenée en général à consulter un professionnel de santé ce quel que soit son niveau socio-économique. Médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, sont des professionnels qui les accompagnent au quotidien : c'est donc au cours d'une consultation avec eux que le dépistage peut par exemple s'effectuer.

Le dépistage au cours d'une grossesse est un moment clé du processus, d'une part car les femmes ont un accès aux soins régulier mais aussi car les différentes consultations prénatales permettent d'identifier les facteurs de risque avant, pendant et après la grossesse. Le plan de périnatalité de la Haute Autorité de Santé (HAS) a abouti à des recommandations où les violences conjugales appartiennent à la liste de facteurs de vulnérabilité à dépister au cours de la grossesse. Un repérage systématique doit être effectué afin « de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales » pour par la suite « envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité » (41).

Les femmes sont souvent plus vulnérables et en mesure de dévoiler leur contexte au cours de la grossesse car désormais elles pensent également au bien être de leur enfant et envisagent les possibilités de protection qu'elles peuvent lui offrir. L'entretien précoce du quatrième mois s'avère être une excellente opportunité pour développer le contexte conjugal et dépister des violences domestiques. Il faut chercher à savoir si la femme se sent menacée et si oui par quoi, chercher les signes d'appels vus précédemment. Une consultation supplémentaire peut être réalisée pour aborder plus en détails la vie du couple et pour développer des contacts avec d'autres structures spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences conjugales (2-26).

2.3.2 *Information et orientation*

Une fois le premier pas réalisé pour ces femmes, ce sont les professionnels qui doivent agir afin de les orienter dans les structures spécialisées et adaptées aux besoins de la victime (42). Nous pouvons retrouver différents niveaux d'actions:

- Les numéros d'urgence et les numéros d'écoute, information et orientation
- Les associations locales
- Les associations nationales

Cinq numéros d'urgence existent, totalement gratuits et joignables depuis n'importe quel téléphone. Nous pouvons ainsi communiquer aux victimes le 15, numéro spécifique aux urgences médicales, le 17 permettant de joindre les services de police/gendarmerie, le 18 pour joindre les pompiers mais aussi le 112 un numéro d'urgence valable dans toute l'Union Européenne et le 114 pour les personnes sourdes ou malentendantes.

Nous pouvons de plus leur conseiller d'appeler le 3919 ou le 0 800 05 95 95 "SOS Viols Femmes Informations ". Ce dernier numéro est destiné aux femmes victimes de viols ou autre agression sexuelle et propose le même service d'écoute que le 3919 en restant dans un contexte précis. Le 119 Allô enfance en danger est également une proposition judicieuse aux vues des risques de violences auxquelles les enfants sont confrontés.

Concernant les associations locales, nous pouvons orienter vers le Centre national d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) ou encore le CFCV. Ces associations sont impliquées dans l'accueil et la prise en charge des victimes de violences conjugales. D'autres associations existent bien sûr pour d'autres contextes comme les violences au travail, les mutilations sexuelles et mariages forcés, etc.

Sur le plan local en Normandie orientale, différents centres ou associations peuvent servir de lieux de réorientation des victimes. Dans l'Eure nous avons le CIDFF d'Evreux ou les établissements et services La Pause. Du côté du Havre les femmes ont la possibilité d'être adressées à l'association Femmes et Familles en difficultés ou bien au Comité Femmes Solidaires du Havre. Rouen possède également un CIDFF mais aussi une Maison Médico-Judiciaire au service des victimes de violences, le CASA (43).

Le Centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA) est une structure destinée à simplifier le parcours médico-judiciaire des victimes, quelle que soit la cause des violences, afin de faciliter leur prise en charge par la suite et améliorer les démarches à la fois médico-légales et aussi auprès de la justice (43). Des professionnels de santé sont à disposition comme une psychologue ou une assistante sociale. Une prise de contact avec un officier de police judiciaire peut être réalisée dans le but de recueillir une plainte ou de mettre en place la protection de la victime.

A Rouen existe aussi le Pôle Accueil Violences Intra-Familiales, le PAVIF, une branche de l'association Œuvre Normandes des Mères. Financé par la CAF de Seine-Maritime, cet organisme est lui aussi dans l'optique d'améliorer la prise en charge globale des femmes mais propose également un accompagnement spécialisé pour les enfants de ces victimes (44).

Ces adresses locales ne sont que des exemples et il existe d'autres associations engagées dans la lutte contre les violences conjugales, centres d'accueil des femmes victimes. Mais sont-elles pour autant connues du grand public ?

Suivant le quatrième plan de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes, le 1^{er} janvier 2014 la ligne d'écoute 3919-Violences Conjugales Info devient le 3919-Violences Femmes Info. Elle accroît ses compétences pour offrir un service gratuit et anonyme sept jours sur sept. Il devient alors le numéro de référence pour toute femme victime de violences mais également l'entourage proche de la victime ou professionnels en contact avec elle. Le 3919 est géré par la FNSF et soutenu par le Ministère chargé des droits des femmes.

Sur l'année 2015, plus de 38 000 appels pris en charge (soit plus de 77% de tous ceux pris en charge) sont des appels pour des violences faites aux femmes et parmi eux, 98% présentent une femme victime. Les violences conjugales représentent 97,6% de ces 38 000 appels. Nous constatons également une nette prédominance de la relation femme victime/homme agresseur (45).

Grâce aux fiches informatiques remplies, nous avons des profils d'appelantes et des classements de régions plus sensibles que d'autres. De fait, nous apprenons qu'en 2015 l'Île de France est une zone avec beaucoup plus d'appels tandis qu'en Normandie orientale, le nombre de fiches réalisées est de 220, une cinquantaine de moins qu'en 2013.

La classe d'âge des 30-49 ans est la plus représentée sachant que pour presque huit femmes sur dix, l'auteur des violences s'avère être le partenaire. Nous retrouvons là

des résultats qui ne concordent pas vraiment avec ceux retrouvés dans les enquêtes comme CVS mais cela est peut-être dû au fait que les appelantes ici sont surtout celles victimes de violences conjugales.

Contrairement à l'enquête CVS, les violences psychologiques sont ici étudiées et en 2015 près de 87% des femmes déclarent en avoir fait les frais ; 76% ont dénoncé des violences verbales. Plusieurs formes de violences peuvent être subies par une même victime (en moyenne 2,5). Plus de deux tiers des victimes subissent des agressions physiques - taux en diminution depuis 2011 - les coups à main nue, les coups de pieds et de tête étant les plus cités. Sur le plan sexuel, 7% de femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles, résultat stable depuis plusieurs années.

Des éléments contextuels sont apparus comme facteurs favorisant et des antécédents de violences notamment dans le cadre familial sont dénoncés. Les conséquences psychologiques, psychiatriques, sociales et physiques sont les mêmes que celles retrouvées dans les études précédentes.

En revanche plus d'une victime sur deux déclare avoir effectué une démarche d'aide ou de plainte au cours de l'année, dans 41% des cas auprès des services de police et de gendarmerie. Le recours aux professionnels de santé arrive ensuite et parmi celles ayant réalisé cette démarche, presque la moitié s'est rendu auprès d'un médecin traitant. A nouveau ces résultats ne concordent pas avec ceux retrouvés dans d'autres enquêtes néanmoins nous pouvons supposer que les victimes qui arrivent à faire le premier pas vers des services annexes ont moins de difficultés par la suite à appeler le 3919.

Malgré une augmentation des appels, les professionnels participent peu à l'orientation des femmes vers ce numéro d'urgence, les forces de police/gendarmerie et les services de santé étant loin derrière les ressources que sont internet ou la diffusion de documentation. Nous avons donc une nouvelle preuve que la communication envers le grand public est importante et qu'elle doit être ciblée et comprise pour en améliorer l'apport.

2.3.3 Systèmes de protection

Lorsqu'une femme victime de violences conjugales décide de se lancer dans une démarche judiciaire, celle-ci a besoin d'éléments probants pour faire valoir ses droits et obtenir par la suite une mesure de protection. Le professionnel de santé, qu'il soit médecin, sage-femme ou dentiste même, une fois sollicité doit donc rédiger un certificat

médical qui servira de preuve par la suite. La copie sera conservée par le professionnel tandis que l'original sera remis à la victime.

Dans le cadre de notre profession, le CNOSF en 2015 a mis à disposition de toute sage-femme un modèle de certificat médical (Annexe IV). Celui-ci comporte des critères précis. Le certificat engage la responsabilité de la sage-femme, laquelle ne peut le réaliser sans avoir examiné la patiente. Cette dernière doit également décliner son identité et en cas de doute, la sage-femme est autorisée à noter entre guillemet « me déclare se nommer... » (46).

La sage-femme ne peut interpréter les faits, le certificat doit se limiter aux constatations : rapporter les dires de la patiente sur le mode déclaratif « Madame X me dit avoir été victime de ... », « selon les dires de la victime », « la victime déclare ... ». Les signes cliniques de lésions doivent être décrits avec précision et sans ambiguïté : nature, dimension, forme, couleur, localisation. L'ensemble des lésions et symptômes doivent être répertoriés sans aucune omission. Il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux.

Les médecins possèdent le même type de certificat qui, bien que basé sur un modèle de forme différent, revient à décrire exactement la même chose.

L'issue de la démarche peut donc être l'obtention d'une ordonnance de protection. Il s'agit d'un dispositif civil introduit par la loi du 9 juillet 2010 et complété par la loi pour l'égalité homme – femme d'août 2014 (47-33). Nous retrouvons sa définition dans l'article 515-9 du Code Pénal : « Lorsque les violences exercées au sein du couple ou par un ancien conjoint, un ancien partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou un ancien concubin mettent en danger la personne qui en est victime, un ou plusieurs enfants, le juge aux affaires familiales peut délivrer en urgence à cette dernière une ordonnance de protection. » (48). Ce dispositif assure donc la sécurité physique des personnes, la sécurité juridique en tant que parents et garantit également la mise à l'abri et une sécurité économique.

Au cours de l'année 2014, un peu plus de 1 300 demandes d'ordonnances de protection ont été acceptées totalement ou partiellement, ce qui est une augmentation depuis 2013. Une augmentation des logements proposés est aussi remarquée (15).

Existent aussi, mais beaucoup moins fréquents, les certificats de contre-indication aux rapports pour les femmes qui souhaitent cesser les rapports sexuels imposés. Il s'agit d'un concept employé par Emmanuelle Piet, médecin en PMI mais également présidente du CFCV. La phrase clé est « C'est pour des raisons médicales que vous ne devez pas la toucher, pour qu'elle se repose. Si vous ne le faites pas, c'est

que vous ne vous intéressez pas à sa santé. » (49). Ce système tend à se développer, lentement mais sûrement. Cette gynécologue réalise également des dossiers en accord avec les patientes : avec leur autorisation, elle photographie les blessures dues à des agressions physiques et/ou sexuelle, les classe dans une pochette au cas-où un jour une patiente souhaite se libérer de son couple et porter plainte.

Les différentes sources, les enquêtes, la littérature, beaucoup de ressources convergent en de multiples croisements. Tout d'abord, il y a bel et bien une volonté de lutte contre les violences faites aux femmes. Cette volonté est associée à la mise en place de système de protection, de dépistage et de prévention au sein d'une société dans laquelle il devient honteux d'être une victime. Et pourtant malgré toutes les prises en charge proposées et les systèmes mis en place, nous remarquons qu'aujourd'hui encore les violences conjugales sont un sujet bien trop tu tant par les victimes que par l'entourage, le grand public ou encore même les professionnels de santé.

MÉTHODOLOGIE

1. Problématique et hypothèse

Nous venons de l'exposer ci-dessus, aujourd'hui les violences conjugales représentent un enjeu de santé publique majeur.

En découle alors la problématique suivante : où en sommes-nous dans la prévention des violences conjugales en Normandie orientale ?

Pour répondre à cette question, nous avons émis deux hypothèses : les connaissances des femmes en matière de violences conjugales sont insuffisantes et le rôle des professionnels de santé est trop peu développé.

2. Objectifs de l'étude

Obtenir un système de dépistage et de prise en charge adapté des violences conjugales est un axe de plus en plus développé et il est pour cela essentiel d'améliorer la communication et l'information sur le sujet. L'objectif de cette étude est tout d'abord d'évaluer les connaissances des femmes accouchées dans le domaine des violences conjugales. Secondairement, il s'agit aussi d'apprécier la relation entre les femmes accouchées et un ou plusieurs professionnels de santé dans le cadre du suivi de grossesse ou un contexte de violences.

Le but principal est donc de réaliser un état des lieux afin de proposer, à terme, une stratégie de communication ciblée sur des points clés de la prévention des violences conjugales. Cela permettrait de valoriser le rôle des professionnels de santé et d'avoir une population plus au fait de la situation actuelle.

3. Population étudiée

La population concernée par l'étude est composée de femmes majeures de tout contexte psycho-social confondu, ayant accouché d'un nouveau-né vivant et hospitalisées en service de suites de couches ou unités kangourou.

En revanche, ont été exclues de l'étude les femmes ayant une mauvaise compréhension de lecture du français afin d'éviter toute mauvaise interprétation des questions posées.

4. Outils employés et démarche effectuée

La méthode la plus adaptée aux objectifs de l'étude est celle du questionnaire (Annexe V) ; il s'agit d'une étude multicentrique et prospective à visée descriptive.

Un prototype du questionnaire a été proposé en janvier 2018 auprès de 10 femmes hospitalisées dans les services de suite de couche d'Obstétrique 1 et Obstétrique 2 du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Cette initiative a permis d'apprécier la bonne compréhension des questions et par ailleurs, de percevoir l'accueil d'un questionnaire abordant un sujet encore parfois tu aujourd'hui. Cet accueil s'est révélé positif et seule une modification a été soumise, les femmes ayant trouvé le questionnaire adapté.

Le questionnaire a été validé par notre directrice de mémoire et notre guidante de mémoire, et ensuite par les cadres des maternités ciblées par l'étude. Il se composait de 22 questions et d'une note d'information finale.

Le questionnaire, anonyme, a été distribué à toute femme accouchée au cours de leur séjour en maternité. Une seconde mesure d'anonymat s'est ajoutée à celle du questionnaire anonyme puisqu'une enveloppe était fournie avec celui-ci, permettant aux femmes de retourner leurs réponses sous le secret.

Nous étions présentes pour dispenser personnellement le formulaire et expliquer notre démarche. Cela a permis une meilleure adhésion des patientes à l'étude. Un intervalle de trente minutes minimum était laissé aux femmes pour répondre aux questions et nous retournions dans chaque chambre récupérer les résultats. Cette démarche a pu déboucher parfois sur une discussion avec la femme ou le couple puisque nous demandions systématiquement s'il y avait des questions, des interrogations, suite au questionnaire. Pour les femmes n'ayant pas répondu dans le délai imparti, nous notions sur l'enveloppe le titre de notre mémoire et informions l'équipe de garde qu'il y avait une ou plusieurs enveloppe à ramasser et à déposer dans une pochette laissée à disposition dans le bureau.

La première partie du questionnaire commence par identifier les femmes (âge, situation familiale, catégorie socio-professionnelle, ...) afin d'établir des profils. Dans un second temps, il interroge sur la prévention actuelle (modes de prévention

ressources, qualité de prévention, modes de prévention efficaces) et estime les connaissances des femmes en matière de violences conjugales. Cela nous permet ainsi de cerner les outils efficaces et d'évaluer la place du professionnel de santé dans le circuit de la prévention pour ensuite utiliser les résultats et adapter la communication actuelle. De plus, la note informative incluse à l'issue du questionnaire donne un aperçu du nombre de femmes souhaitant en savoir plus sur le sujet.

La troisième et dernière partie développe la relation entre professionnel de santé et la femme en abordant le suivi de grossesse et, si existant, le contexte de violences conjugales.

5. Déroulement de l'étude

L'étude a été menée dans quatre maternités de Normandie :

- CHU Charles Nicolle à Rouen (niveau III)
- CH du Belvédère à Mont Saint Aignan (niveau II)
- CHI Eure-Seine à Evreux (niveau II)
- CH de Dieppe (niveau II)

L'étude s'est déroulée durant trois mois, de janvier à mars 2018 :

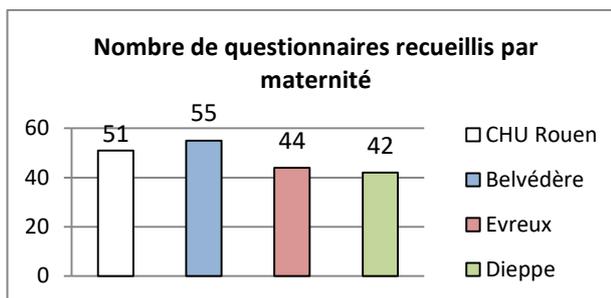
- Du 15 janvier au 1^{er} mars 2018 pour le CHU Charles Nicolle de Rouen
- Du 14 février au 5 mars 2018 pour le CH du Belvédère à Mont Saint Aignan
- Du 3 février au 16 mars 2018 pour le CHI Eure-Seine d'Evreux
- Du 2 février au 23 mars 2018 pour le CH de Dieppe

Une lettre d'information à destination des équipes (Annexe VI) a été affichée dans les bureaux de soins, accompagnée d'une pochette pour y déposer les enveloppes récupérées auprès des patientes.

Nous nous étions fixés un objectif de 200 questionnaires, soit 50 questionnaires par maternité, afin d'obtenir une répartition équivalente sur chaque site. Au total, 230 questionnaires ont été distribués.

Le nombre total de questionnaires recueillis a été de 201 soit un taux de retour de 87%. Parmi ceux-ci, 9 se sont avérés inexploitables, amenant le nombre de questionnaires interprétables à 192 soit 83% de la distribution effectuée et 96% de l'objectif souhaité. 29 questionnaires ont été distribués et n'ont pas été retournés.

De plus, nous avons été confrontés à 16 refus, dont le motif le plus récurrent était le fait pour la femme de ne pas se sentir concernée par l'étude.



6. Analyse statistique

Les données ont été saisies avec Microsoft Office Excel. L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel Xlstat.

Afin de démontrer une corrélation entre les variables, nous avons utilisé le test du χ^2 de Pearson ou celui de Fisher exact dans les cas où les effectifs théoriques attendus étaient inférieurs à 5. Le test de Student a également été utilisé dans le cadre de comparaison de moyenne et le test de comparaison de proportions a lui aussi été mis à contribution. Pour affirmer nos résultats sur un plus gros échantillon, nous avons utilisé le test de Monte Carlos avec 5 000 simulations.

Nous avons établi au cours de l'analyse de nos résultats une échelle des connaissances. Celle-ci émet un score, sur 13, en cumulant les réponses données dans les questions 10, 12, 13 et 14. Nous avons fait le choix de regrouper les notes résultantes en 5 catégories : très bonnes connaissances (12 ou 13 points), bonnes connaissances (9, 10 ou 11 points), connaissances moyennes (6, 7 ou 8 points), connaissances insuffisantes (3, 4 ou 5 points) et connaissances quasiment inexistantes voire nulles (0, 1 ou 2 points).

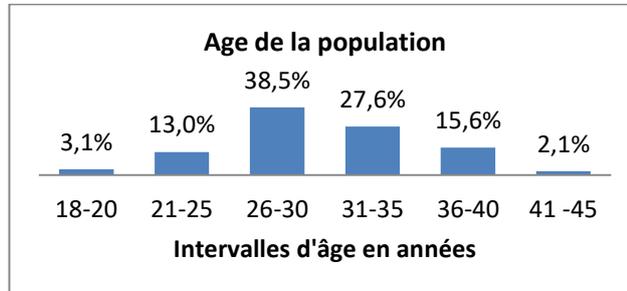
Le seuil de significativité « p » retenu est 0,05 soit un risque d'erreur de 5%.

RÉSULTATS

1. Description de la population étudiée

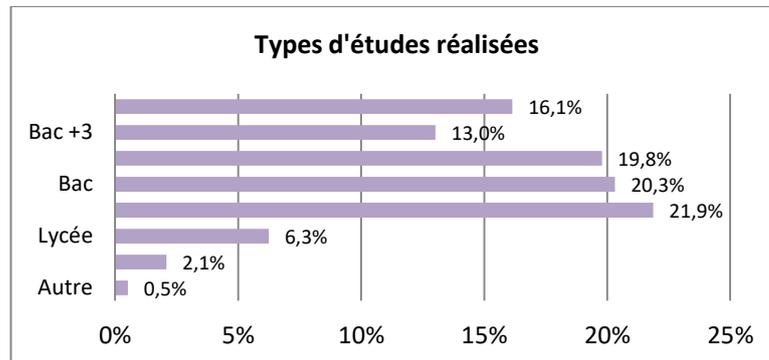
1.1. Généralités

Figure 1 : âge de la population (n=192)



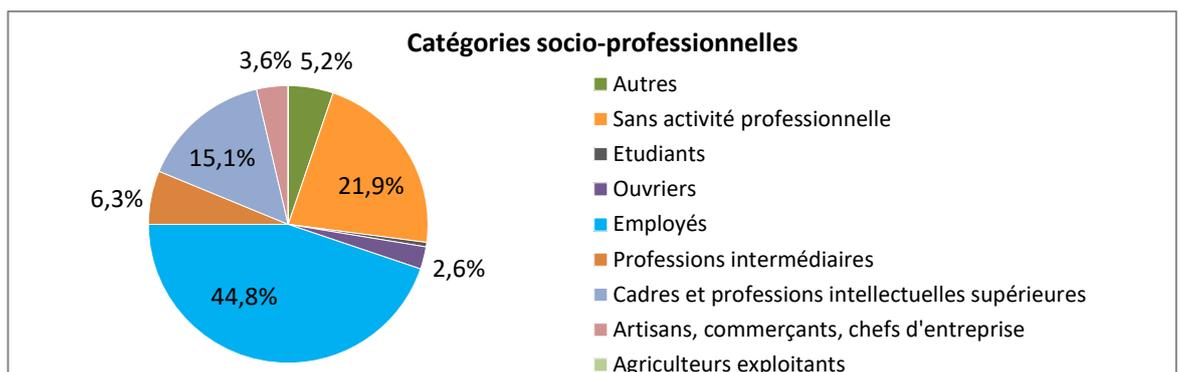
38,5% (n=74) de notre population est âgée de 26 à 30 ans. L'âge minimal est de 19 ans et l'âge maximal est de 45 ans. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 30,35 ans.

Figure 2 : type d'études réalisées (n=192)



Parmi les femmes de notre étude, 30,7% (n=59) n'ont pas un niveau bac tandis que 20,3% (n=39) ont juste le bac et 49% (n=94) ont poursuivi leurs études au-delà du bac.

Figure 3 : catégories socio-professionnelles (n=192)

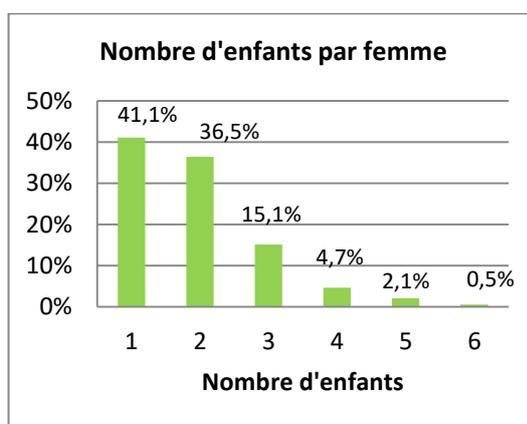


77,6% (n=149) des femmes de notre étude travaillent et 21,9% (n=42) sont sans activité professionnelle. 0,5% de notre population est étudiant.

1.2. Situation familiale

40% (n=77) des femmes de notre population sont en situation de concubinage tandis que 31% (n=59) des femmes interrogées sont mariées et 22% (n=42) pacsées. 3% (n=5) des femmes disent être séparées ou divorcées et 5% (n=9) sont célibataires.

Figure 4 : nombre d'enfant par femme (n=192)



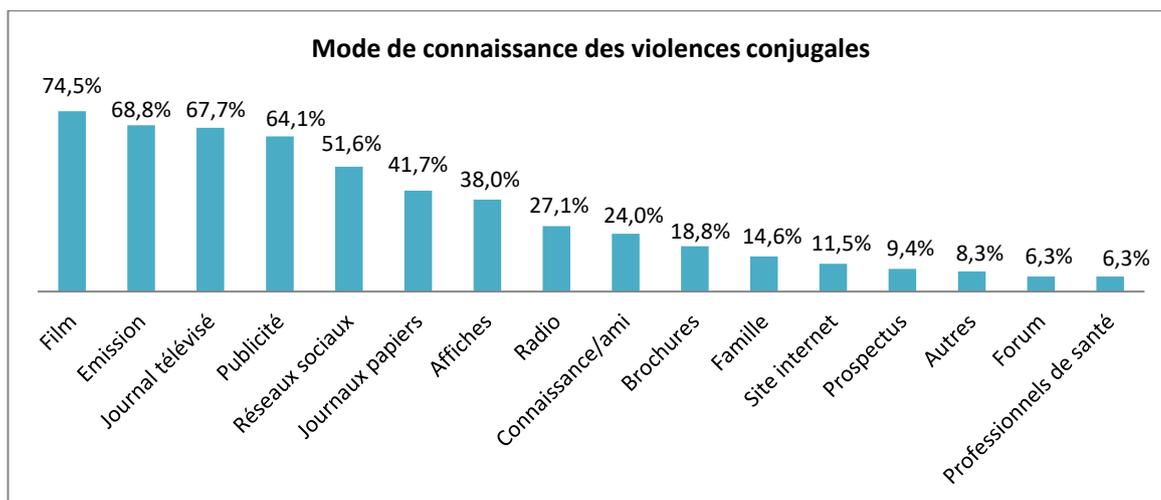
A la question « Combien d'enfants avez-vous ? », les femmes ont répondu avoir 1 enfant pour 41,1% (n=79) d'entre elles. 58,9% des femmes de notre étude ont déjà eu au moins 1 enfant avant leur accouchement en 2018.

2. Sensibilisation, prévention et connaissances

99% (soit n = 190) des femmes interrogées disent avoir déjà entendu parler des violences conjugales.

2.1. Modes de prévention

Figure 5 : mode de connaissances des violences conjugales (n=192)*



* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

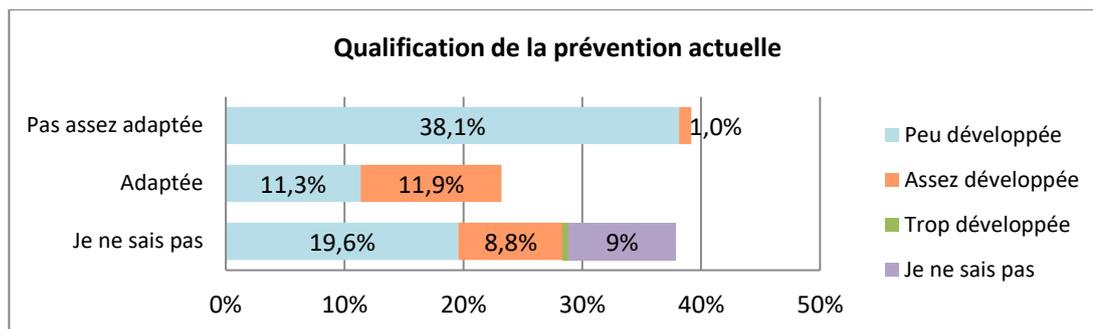
Les médias télévisés représentent 51,7% (n=528) de tous les contextes dans lesquels les violences conjugales ont été connues. Il y a autant de femme ayant découvert les violences conjugales par des forums internet que par un professionnel de santé. Parmi les autres, 2,1% (n=4) ont entendu parler des violences dans le cadre de leurs études, 2,1% l'ont découvert par le vécu et 3,1% (n=6) ont entendu parler des violences par leur travail.

Les femmes de notre étude ont en moyenne 5,4 modes de connaissance des violences conjugales.

Avec le test du χ^2 de Pearson, la corrélation entre l'âge et le nombre de modes de connaissance n'est pas significative ($p = 0.493$).

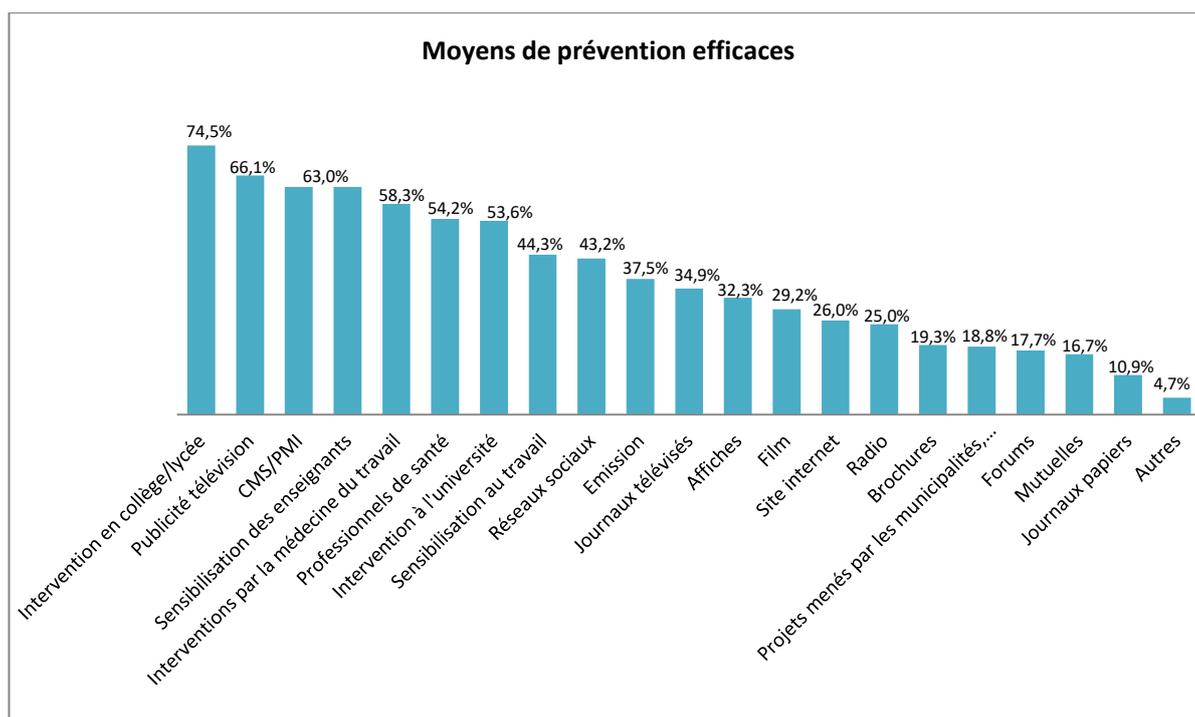
Néanmoins, selon le test de Student, la moyenne du nombre de modes de connaissances des violences conjugales est significativement plus élevée chez les femmes ayant de bonnes connaissances sur les violences conjugales ($m = 6,4$) que chez les femmes ayant une connaissance insuffisante ($m = 4,7$) et chez les femmes ayant des connaissances quasiment inexistantes voire nulles ($m = 4,4$) (p value étant respectivement de 0,002 et 0,042).

Figure 6 : qualification de la prévention actuelle (n=192)



38,1% (n=74) des femmes de notre étude qualifient la prévention actuelle pas assez adaptée et peu développée. 37,9% (n=73) ne qualifient pas le caractère adapté ou non et 9% (n=17) ne qualifient ni le caractère adaptée, ni le caractère développée. 69,8% (n=134) des femmes interrogées trouvent que la prévention est peu développée.

Figure 7 : moyens de prévention efficaces selon les femmes (n=192)*



* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

Pour 74,5% (n=143) des femmes interrogées, réaliser des interventions en collège et/ou lycée est un moyen de prévention efficace. 66,1% (n=127) d'entre elles voient la publicité à la télévision comme un moyen efficace.

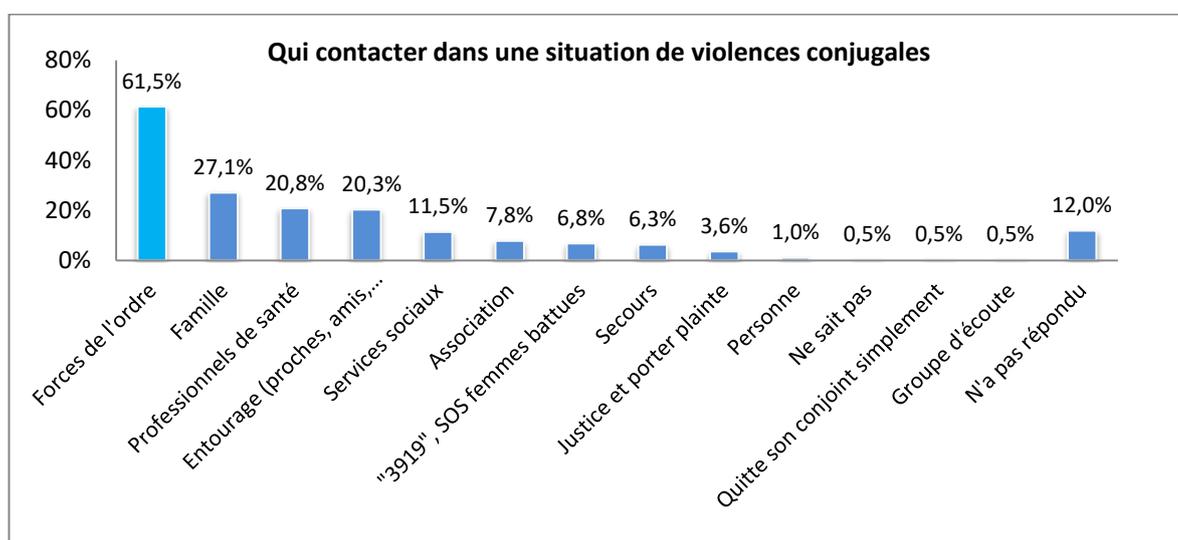
Les projets menés des Centres Médicaux Sociaux et des centres de Protection Maternelle et Infantile sont cités à 63% comme un moyen de prévention efficace.

Les professionnels de santé sont vus à 54,2% (n=104) comme un moyen de prévention efficace au cours d'une consultation.

Le contexte scolaire (interventions en collège/lycée, à l'université et la sensibilisation des enseignants) représente 24,1% (n=367) de toutes les réponses proposées tandis que le cadre médical (professionnels de santé, interventions par la médecine du travail et projets menés par les CMS/PMI) représente 22,1% des réponses et les médias télévisés 21,1%.

2.1. Contacts dans un contexte de violences conjugales

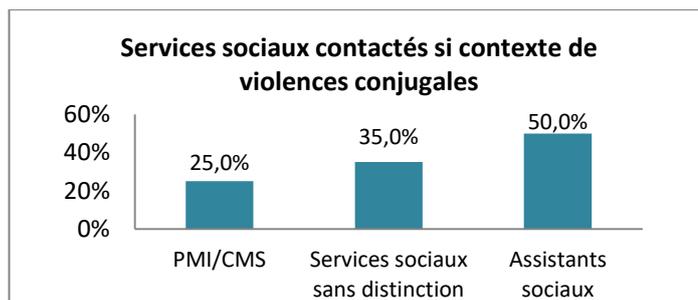
Figure 8 : personne ou structure à contacter en cas de violences conjugales (n=192)*



* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

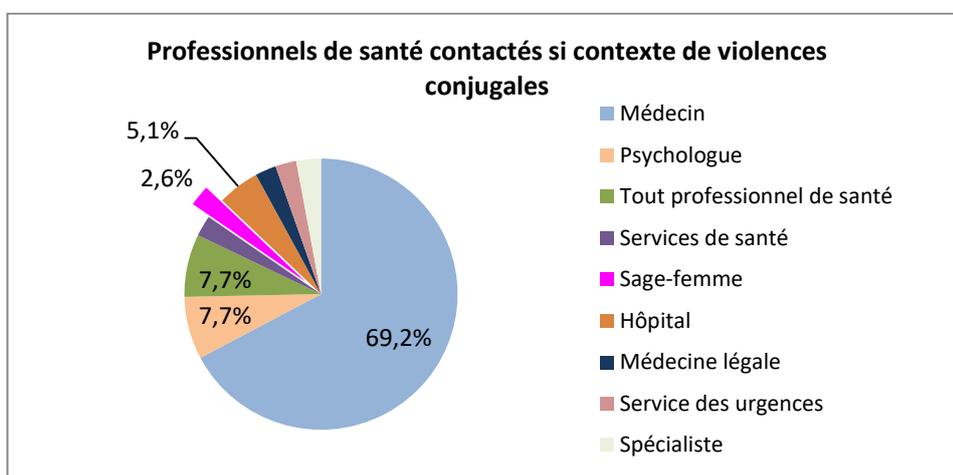
Pour 61,5% (n=118) femmes de notre étude, les forces de l'ordre (police et/ou gendarmerie) sont à contacter.

Figure 9 : services sociaux contactés si contexte de violences conjugales (n=20)



11,5% (n=20) des femmes contactent les services sociaux dont la moitié d'entre elles cite qu'elle verrait un(e) assistant(e) social(e).

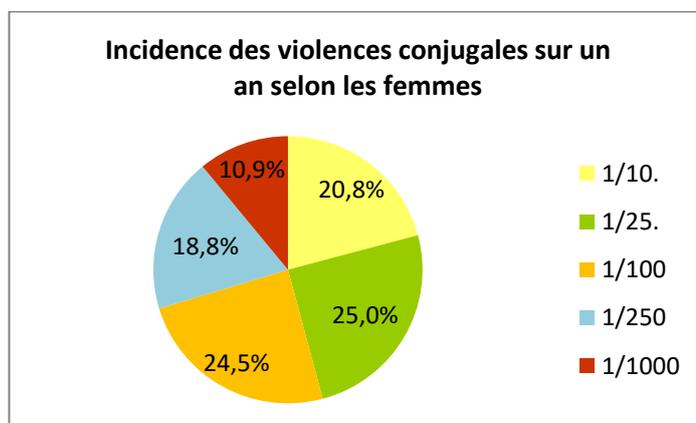
Figure 10 : professionnels de santé contacté si contexte de violences conjugales (n=39)



69,2% (n=27) des femmes ayant cité les professionnels de santé disent contacter un médecin. 2,6% (n=1) contactent une sage-femme, soit 1% du nombre de femmes interrogées.

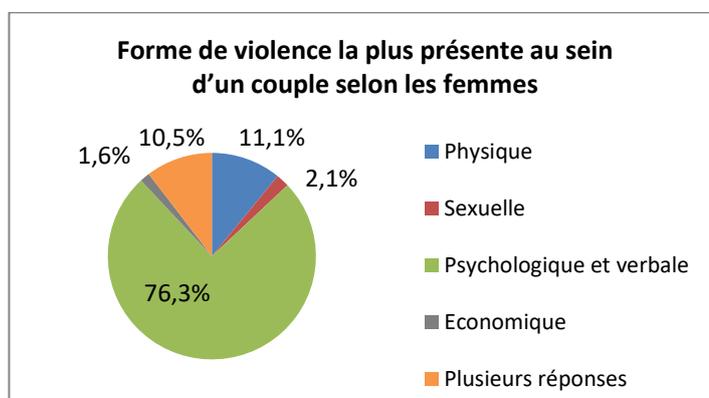
2.2. Connaissances des femmes sur les violences conjugales

Figure 11 : incidence des violences conjugales sur un an en France selon les femmes (n=192)



24,5% (n=47) des femmes de notre population considèrent qu'il y a par an 1 femme sur 100 victime de violences conjugales en France.

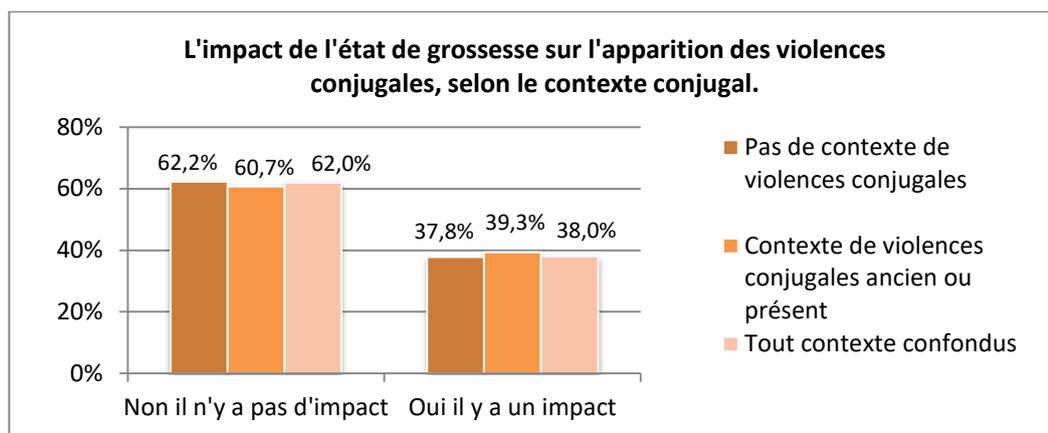
Figure 12 : forme de violence la plus présente au sein d'un couple selon les femmes (n=192)



76,3% (n=145) des femmes de notre étude considèrent la violence psychologique comme la plus présente au sein d'un couple.

10,5% (n=20) des femmes ont donné plusieurs réponses, celles-ci n'ont pas été prises en compte dans le pourcentage de chaque violence.

Figure 13 : l'impact de l'état de grossesse sur l'apparition des violences conjugales, selon le contexte conjugal (n=192)

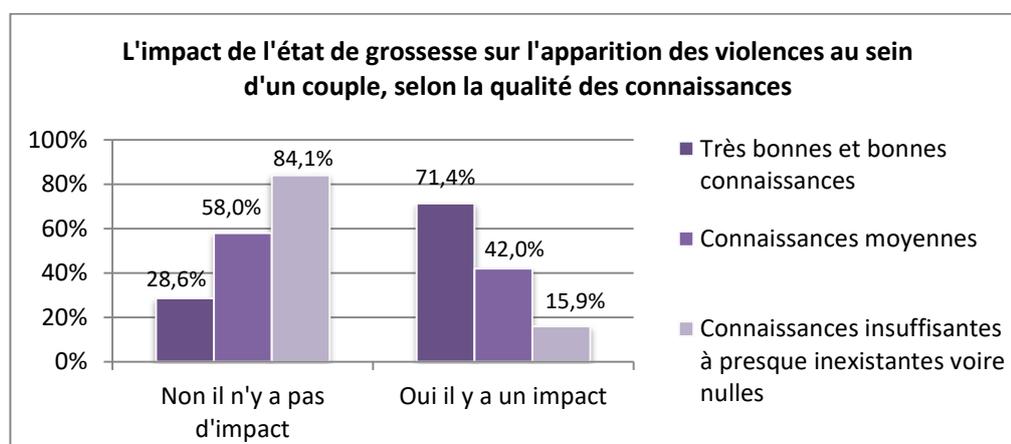


62,2% (n=119) des femmes de notre étude considèrent qu'il n'y a pas d'impact entre l'état de grossesse et l'apparition de violences conjugales au sein d'un couple.

39,3% (n=11) des femmes ayant un contexte de violences conjugales considèrent qu'il y a un impact entre l'état de grossesse et l'apparition de violences conjugales au sein d'un couple.

Le test du χ^2 de Pearson ne démontre pas de corrélation significative entre un contexte de violences conjugales et le fait de considérer qu'il y a un impact de la grossesse sur la survenue des violences conjugales au sein d'un couple ($p = 0,881$).

Figure 14 : l'impact de l'état de grossesse sur l'apparition des violences au sein d'un couple, selon la qualité des connaissances (n = 192)*



* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

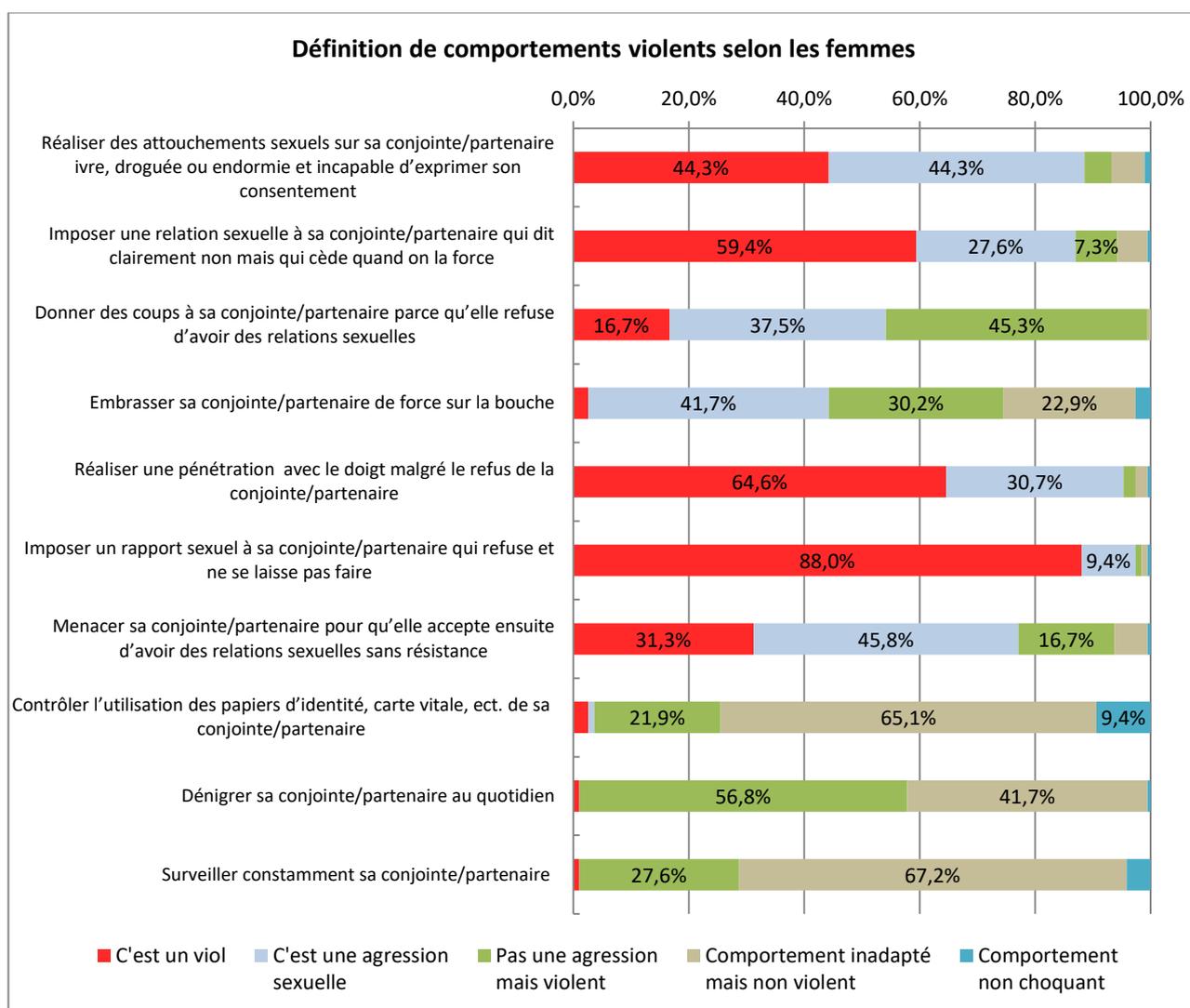
84,1% (n=59) des femmes de notre étude qui considèrent qu'il n'y a pas d'impact entre l'état de grossesse et l'apparition de violences conjugales possède des connaissances insuffisantes à presque inexistantes voire nulles.

71,4% (n=25) des femmes de notre étude qui considèrent qu'il y a un impact entre l'état de grossesse et l'apparition de violences conjugales possède des connaissances bonnes à très bonnes.

Le test du Khi² de Pearson montre qu'il existe une corrélation significative entre la qualité des connaissances et le fait de considérer qu'il y a un impact de la grossesse sur l'apparition des violences (p < 0,0001).

Ce même test nous montre qu'il n'y a pas de corrélation significative entre le type d'études suivies et le fait de considérer qu'il y a un impact de la grossesse sur l'apparition des violences (p = 0.058).

Figure 15 : définition de comportements violents selon les femmes (n=192)



Dans ce tableau des comportements :

- 44,3% (n=85) des femmes de notre étude définissent comme une agression sexuelle la réalisation d'attouchements sexuels sur sa partenaire ivre, droguée ou endormie et incapable de donner son consentement.
- 40,6% (n=78) des femmes de notre étude ne considèrent pas comme un viol le fait d'imposer une relation sexuelle à sa partenaire qui dit clairement non mais qui cède par la force.
- 25,5% (n=49) des femmes de notre étude ne voient pas le fait d'embrasser sa partenaire de force comme un comportement violent mais inadapté ou non choquant.
- 30,7% (n=124) des femmes de notre étude caractérisent comme une agression sexuelle la pénétration avec le doigt malgré le refus de la partenaire.
- 88% (n=169) de notre population désigne comme un viol le fait d'imposer un rapport sexuel à sa partenaire qui refuse et ne se laisse pas faire.
- 31,3% (n=60) des femmes de notre étude visualisent comme un viol le fait de menacer sa partenaire pour obtenir des relations sexuelles sans résistance.
- 74,5% (n=143) de notre population interrogée considère comme un comportement inadapté mais non violent ou un comportement non choquant le fait de contrôler l'utilisation des papiers d'identité/carte vitale/... de sa partenaire.
- 56,8% (n=109) des femmes interrogées interprètent comme un comportement violent mais non une agression le fait de dénigrer sa partenaire au quotidien.
- 71,4% (n=137) des femmes de notre étude définissent comme un comportement inadapté mais non violent ou un comportement non choquant le fait de surveiller constamment sa partenaire.
- 40,1% (n=77) des femmes de notre étude désignent comme un comportement non violent les trois derniers items de ce tableau des comportements.

Tableau 1 : échelle de connaissances des violences conjugales (n=192)

n = 2	Très bonnes connaissances	1%
n = 33	Bonnes connaissances	17%
n = 88	Connaissances moyennes	46%
n = 56	Connaissances insuffisantes	29%
n = 13	Connaissances quasi inexistantes voire nulles	7%

46% (n=88) des femmes de notre étude ont des connaissances moyennes en matière de violences conjugales.

Le test du Khi² de Pearson nous permet d'affirmer une corrélation entre le type d'études et la qualité des connaissances ($p < 0.0001$). Ce résultat est complété par un test de comparaison de proportion qui définit que la proportion de femmes ayant de très bonnes connaissances et de bonnes connaissances est significativement plus élevée chez les femmes ayant au moins un niveau d'étude bac + 2 ($p < 0.0001$).

Le test des comparaisons de moyenne de Student montre que les moyennes d'âge des femmes ayant de bonnes connaissances ($m = 31,8$ ans) et des femmes ayant des connaissances moyennes ($m = 30,9$ ans) sont significativement supérieures à la moyenne d'âge des femmes ayant des connaissances quasiment inexistantes voire nulles ($m = 28,3$ ans) ($p =$ respectivement 0,008 et 0,019).

Selon le test de Khi² de Pearson :

- La corrélation entre l'âge des femmes de notre étude et la qualité de leurs connaissances est non significative ($p = 0.215$).
- La corrélation entre la maternité d'hospitalisation en suites de couche et la qualité des connaissances est non significative ($p = 0.842$).
- La corrélation entre le nombre d'enfant d'une femme et la qualité de ses connaissances est non significative ($p = 0,964$).
- La corrélation entre le(s) professionnel(s) ayant suivi la grossesse et la qualité des connaissances n'est pas significative ($p = 0,305$).
- La corrélation entre un contexte au cours de la vie de violences conjugales et la qualité des connaissances n'est pas significative ($p = 0,601$).

Tableau 2 : note informative finale conservée (n=192)

	Information prise		Information non prise	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
[18 - 20 ans]	7	14,3%	24	16,8%
[26 - 30 ans]	15	30,6%	59	41,2%
[31 - 36 ans]	21	42,9%	32	22,4%
[36 - 45 ans]	6	12,2%	28	19,6%
CHU				
CHU	14	35%	34	24%
Belvédère	15	31%	40	28%
Dieppe	8	16%	34	24%
Evreux	9	18%	35	24%
Contexte de violences conjugales				
Contexte de violences conjugales	7	14%	21	15%
Pas de contexte de violences conjugales	21	86%	122	85%
Sujet des violences conjugales abordé pendant la grossesse				
Sujet des violences conjugales abordé pendant la grossesse	2	4%	5	3%
Sujet des violences conjugales non abordé pendant la grossesse	47	96%	138	97%
Connaissances				
Connaissances très bonnes et bonnes	8	16,3%	27	18,9%
Connaissances moyennes	25	51%	63	44,1%
Connaissances insuffisantes, quasiment inexistantes voire nulles.	16	32,6%	53	37,0%
Total	49	100%	143	100%

25,5% (n=49) des femmes de notre étude ont pris la note informative mise à disposition à la fin du questionnaire.

D'après le tableau, parmi des femmes ayant pris la note informative, 42,9% (n=21) ont un âge compris entre 31 et 36 ans, 35% (n=14) viennent du CHU de Rouen et 51% (n=25) ont des connaissances moyennes en matière de violences conjugales. 7 d'entre elles ont un contexte de violences conjugales et 2 ont abordé le sujet des violences conjugales pendant la grossesse.

Parmi les femmes n'ayant pas pris la note informative, 41,2% (n=59) ont un âge compris entre 26 et 30 ans, 28% (n=40) viennent du Belvédère et plus d'un tiers (37%, n=53) ont des connaissances insuffisantes ou quasiment inexistantes voire nulles.

5 d'entre elles avaient abordé le sujet des violences conjugales pendant la grossesse et 21 ont un contexte de violences conjugales.

Selon le test de χ^2 de Pearson, il y a une corrélation significative entre l'âge des femmes et le fait d'avoir pris la note informative.

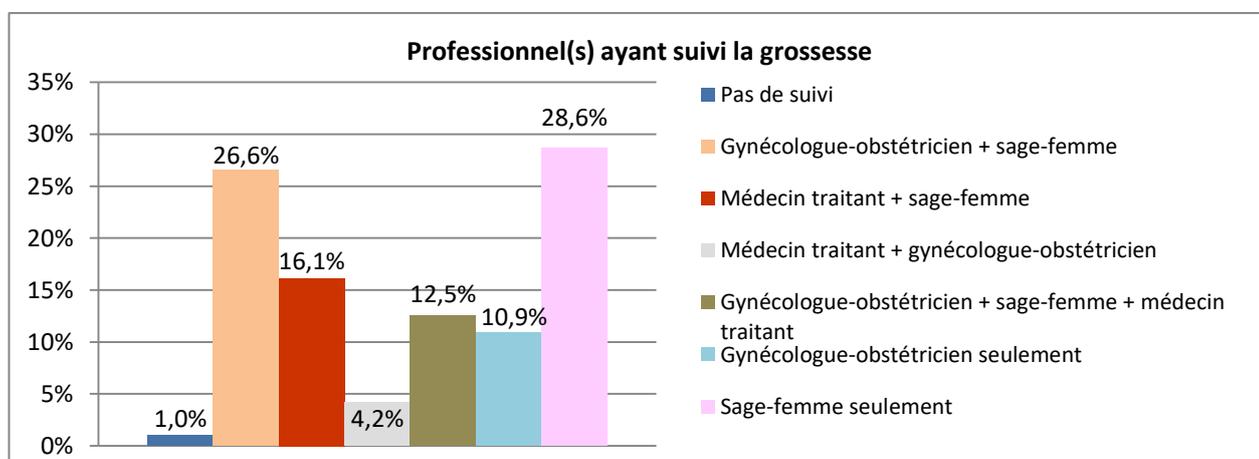
Ce même test montre également que :

- La corrélation entre un contexte passé ou actuel de violences conjugales et le fait de prendre la note informative n'est pas significative ($p = 0,945$).
- La corrélation entre la maternité d'origine et le fait de prendre la note informative n'est pas significative ($p = 0,355$).
- La corrélation entre l'abord des violences conjugales pendant la grossesse et le fait de prendre la note informative n'est pas significative ($p = 0,850$).

3. Relation avec les professionnels de santé

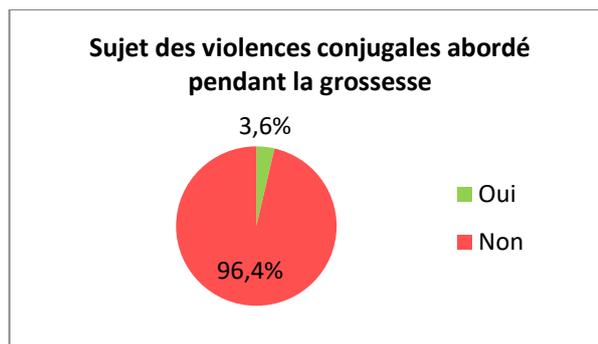
3.1. Suivi de grossesse

Figure 17 : professionnel(s) ayant suivi la grossesse (n=192)



28,6% (n=55) des femmes de notre étude ont eu un suivi de grossesse menée par une sage-femme uniquement et 26,6% (n=51) réalisé conjointement par un gynécologue-obstétricien et une sage-femme.

Figure 18 : sujet des violences conjugales abordé pendant la grossesse (n=192)

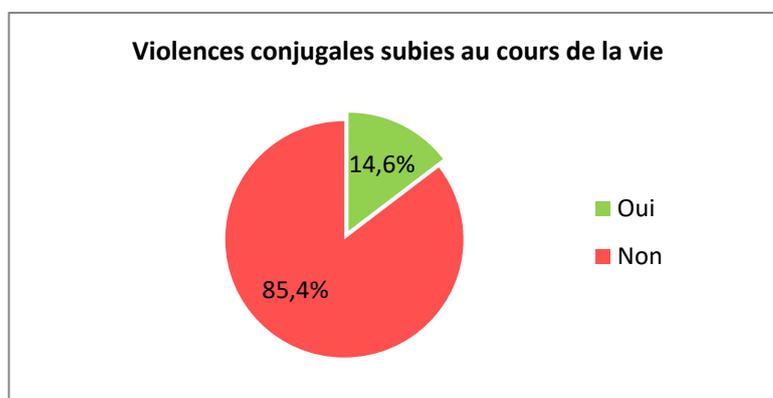


3,6% (n=7) des femmes interrogées disent avoir abordé, au cours de leur grossesse, le sujet des violences conjugales. Parmi elles, 42,9% (n=3) ont subi au cours de leur vie des violences conjugales.

Le test de Fisher exact nous permet de conclure qu'il n'y a pas de corrélation significative entre le(s) professionnel(s) ayant suivi la grossesse et l'abord du sujet des violences conjugales au cours de la grossesse ($p = 0.166$).

3.2. Incidence des violences conjugales

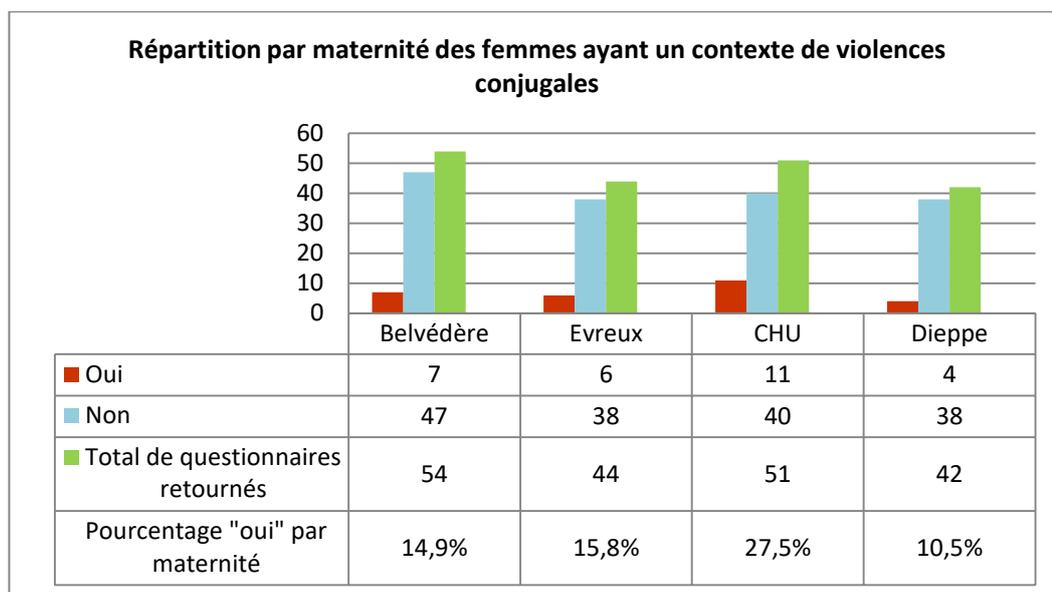
Figure 19 : violences conjugales subies au cours de la vie (n=192)



14,6% (n=28) femmes de notre étude ont subi au cours de leur vie des violences conjugales de la part de leur partenaire.

Selon le test de Fisher exact, il n'y a pas de corrélation significative entre avoir subi des violences conjugales au cours de la vie et le sujet des violences conjugales abordé pendant la grossesse ($p = 0.065$).

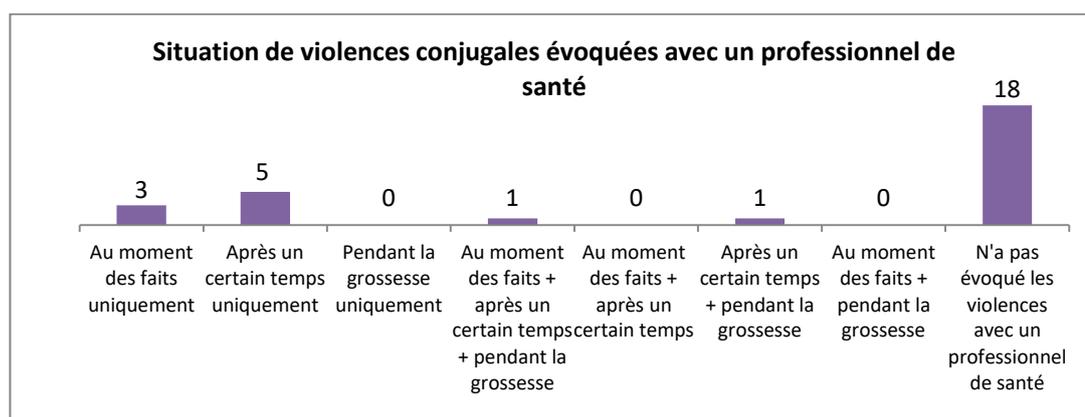
Figure 20 : répartition par maternité des femmes ayant un contexte de violences conjugales (n=28)



27,5% (n=11) des patientes interrogées au CHU de Rouen disent avoir un contexte de violences conjugales ancien ou présent. Elles représentent 39,3% de la totalité des femmes de notre étude ayant un contexte de violences conjugales.

3.3. Les professionnels de santé face aux situations de violences conjugales

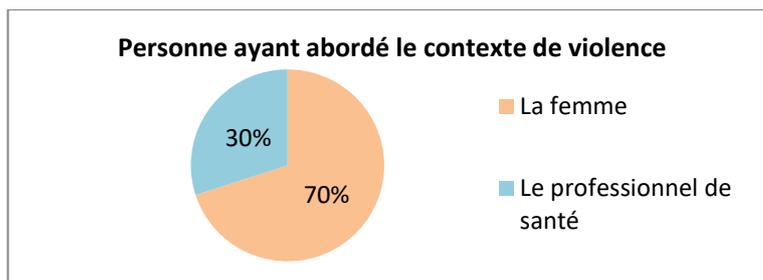
Figure 21 : situation de violences conjugales abordées avec un professionnel de santé (n=28)



18 femmes de notre étude (64,3%) ayant subi dans leur vie des violences conjugales n'ont pas évoqué leur situation avec un professionnel de santé.

2 femmes ont évoqué le contexte de violences conjugales au cours de la grossesse mais également à un autre moment de leur vie.

Figure 22 : personne ayant abordé le contexte des violences conjugales (n=10)



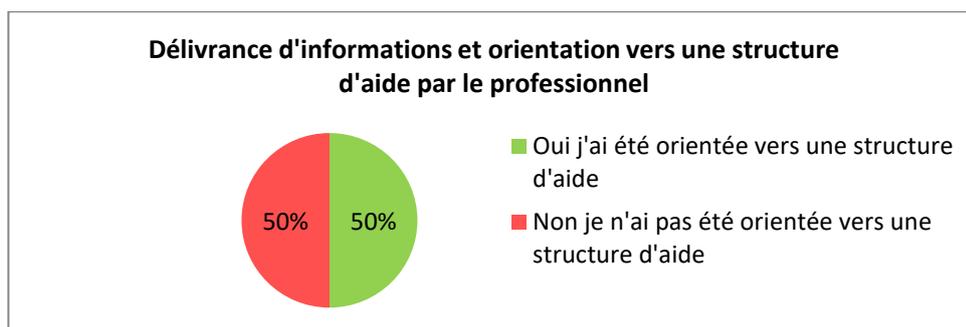
70% (n=7) des femmes ayant parlé de leur situation de violences conjugales avec un professionnel de santé ont abordé le sujet en premier.

Tableau 3 : thèmes abordés lors de l'entretien entre professionnel de santé et une femme qui dévoile sa situation de violences conjugales (n=10)*

Thèmes abordés	Effectifs	Pourcentage
Disputes	2	20%
Violence verbale	1	10%
Les coups	3	30%
Le déroulement des faits	3	30%
Description des violences	4	40%
Le contexte	3	30%
Les causes de la violence	1	10%
La consommation d'alcool et autres toxiques	2	20%
Les désaccords avec le conjoint	1	10%
La situation actuelle au sein du couple	3	30%
L'état de d'esprit de la patiente	1	10%
L'aide que le professionnel peut apporter	2	20%

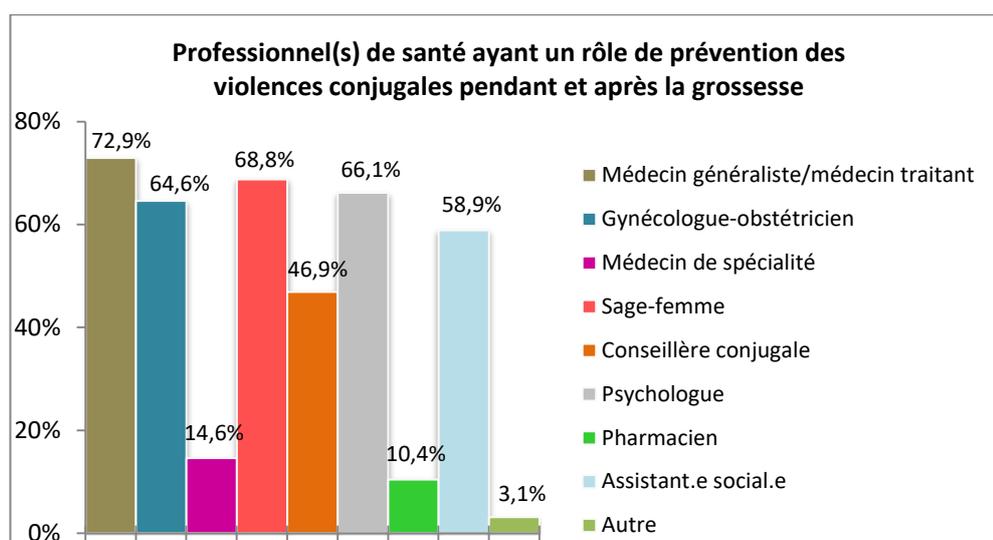
* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

Figure 23 : délivrance d'informations orientation vers une structure d'aide par le professionnel (n=10)



50% (n=5) des femmes ayant sollicité un professionnel de santé pour aborder un contexte de violences conjugales n'ont pas reçu d'information ou été orienté vers une structure d'aide.

Figure 24 : professionnel(s) de santé ayant un rôle de prévention des violences conjugales pendant et après la grossesse (n=192)*



* Il s'agit d'une question à réponses multiples, de fait, la somme des pourcentages excède 100%.

68,8% (n=132) des femmes de notre étude donne un rôle préventif des violences conjugales aux sages-femmes.

Les professionnels de santé suivant la grossesse mensuellement, soit les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens, représentent 50,8% des réponses données.

DISCUSSION

1. Caractéristiques de l'étude

1.1. Points faibles de l'étude

Parmi les 201 questionnaires retournés, 9 se sont avérés inexploitable. En effet, pour 8 d'entre eux, les femmes n'avaient pas complété la totalité du questionnaire. Malgré la numérotation, la page n°4 a été oubliée à 6 reprises tandis que la dernière n'a pas été remplie pour les 2 autres. Il pourrait s'agir ici simplement d'une erreur d'inattention, d'un manque de sensibilisation ou de la volonté de ne pas aborder un contexte de violences conjugales (les questions sur celui-ci étant sur la page n°4).

Un dernier questionnaire n'a pu être exploité car la femme a déclaré à la question 7 que même si la population connaît le sujet des violences conjugales, les femmes pourtant sensibilisées resteront tout de même chez elles sans agir par honte et peur du jugement. Elle n'a ainsi répondu à aucune question concernant la prévention.

Nous avons décidé d'inclure les 2 femmes ayant répondu non à la question 6. Elles ont en effet répondu « autres » à la question 7 et ont eu la possibilité de répondre « je ne sais pas à la question 8 ».

Concernant la rédaction du questionnaire, la question 10 n'a pas été correctement formulée. En effet, la question que nous souhaitions poser initialement était « selon vous, combien de femmes sont victimes de violences conjugales au cours de leur vie en France ? » puisque la réponse, 1/10, est une donnée souvent diffusée. Or la question qui a été posée dans notre questionnaire a concerné le nombre de femmes victimes de violences conjugales par an. Cette réponse n'est pas retrouvée couramment et se retrouve plutôt en chiffre, 223 000 femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles, et non pas en proportion. Ainsi, des femmes ont pu répondre 1/10, faisant un raccourci entre ce qu'elles ont appris un jour et notre question mal rédigée.

Nous n'avons pas pu aborder tous les aspects des violences conjugales au sein de notre questionnaire et au cours de la rédaction de notre discussion, nous avons remarqué qu'il manquait tout de même une question sur les connaissances des femmes à propos des conséquences des violences et des mesures de protection possibles.

Au cours de notre étude, nous avons pu identifier 5 biais.

Il y a tout d'abord eu la présence de biais de mesure à différents moments. En effet, notre discours d'introduction du questionnaire n'a jamais pu être exactement identique, même si le contenu était le plus similaire possible. De fait, il existe une possibilité que nous ayons influencé des réponses d'une part simplement en ayant notre discours d'introduction, mais aussi en introduisant de rares variables au sein de notre message. C'est un biais de subjectivité de l'enquêteur.

Ensuite, nous avons été confrontés à la présence d'une personne tierce dans la pièce. Au début, lorsque nous distribuons notre questionnaire, nous étions vigilants quant à la présence du conjoint notamment, c'est pourquoi nous réalisons notre distribution uniquement en matinée. Nous avons commencé à distinguer les questionnaires remplis en présence ou non de visites, néanmoins face aux aléas imposés par les visiteurs (présence dès le début, arrivée pendant le remplissage, arrivée et départ pendant le remplissage, ...), nous avons cessé de prendre cette donnée en compte.

Un biais de mémorisation et de confusion se retrouve également, notamment à la question 16. Certaines femmes ont pu ne pas se souvenir de la question posée ou ne pas la comprendre car posée d'une manière détournée.

Un biais cognitif se retrouve à la question 17, impactant celles qui en découlent. Certaines femmes peuvent être en effet aujourd'hui inconscientes d'avoir été ou d'être dans un contexte de violences conjugales.

Le biais de prévarication est notre dernier biais rapporté au cours de notre étude. Il consiste à considérer que les patientes ont pu ne pas répondre honnêtement aux questions proposées, telles la question 17, et omettre volontairement un contexte de violences conjugales car cette question aborde un domaine beaucoup plus personnel.

1.2. Point forts de l'étude

Malgré des points faibles exposés, notre étude a tout de même eu un impact auprès de la population interrogée. En effet, il nous est arrivé d'engager une discussion avec les femmes ou les couples après avoir ramassé le questionnaire. Très souvent les personnes se renseignaient pour obtenir plus d'informations et connaître les réponses à certaines de nos questions. Certaines femmes ont pu aborder avec nous une expérience personnelle de violences conjugales, d'autres ont pu remettre en question le comportement de certains de leur proche et nous ont demandé comment aider.

Nous avons été félicités à plusieurs reprises par des femmes, des couples, mais également des professionnels de santé présents les jours de nos distributions.

Plusieurs femmes ayant eu ou se trouvant en situation de violences conjugales nous ont remercié pour notre travail effectué et notre intérêt porté au sujet. Quelques-unes se sont portées volontaires pour apporter plus de précision à notre étude si nous avons besoin de témoignages.

Nous avons retrouvé dans nos questionnaires retournés des mots de félicitation, de remerciement, mais également des aveux. Une femme n'avait en effet jamais osé se confier à quiconque par peur et honte d'elle. Ce questionnaire lui a permis de s'exprimer pour la première fois.

Ces démonstrations prouvent que notre étude a bénéficié d'un accueil et d'un impact positif auprès de la population.

En outre, nous n'avons été confrontés qu'à 16 refus, ce qui confirme l'investissement de notre population pour notre étude.

Notre enquête a permis de dresser un état des lieux des connaissances actuelles des femmes concernant les violences conjugales. Nous n'avons trouvé que peu d'informations concernant celles-ci et nous avons ainsi une base pour pousser notre recherche sur la thématique des violences. Par ailleurs, nous avons pu identifier des moyens de communication clé pour définir une stratégie ciblée sur différents aspects de la thématique.

Notre étude a aussi mis en avant la présence modérée des professionnels de santé dans le champ de prévention des violences conjugales. Une remise en question de notre profession peut ainsi s'effectuer afin d'optimiser les prises en charge et de nous valoriser comme interlocuteur privilégié des femmes et des couples.

2. Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique

99% des femmes interrogées au cours de notre étude ont déclaré avoir déjà entendu parler des violences conjugales.

L'une de nos hypothèses décrit spécifiquement « les connaissances des femmes en matière de violences conjugales sont insuffisantes ». Pourtant nos résultats montrent que la population interrogée ne possède qu'à 29% des connaissances insuffisantes et que 7% a des connaissances quasiment inexistantes voire nulles. C'est en effet la catégorie des connaissances moyennes qui est la plus représentée avec 46% des femmes de l'étude concernées. Notre hypothèse est donc infirmée.

Néanmoins, il est à noter que parmi les 192 femmes interrogées, 105, soit 55% ont un score inférieur ou égal à 6, ce qui signifie qu'elles ont moins de la moitié de bonnes réponses. De fait, même si notre hypothèse est réfutée, elle reste à nuancer puisque 129 femmes, soit 67% de notre échantillon, n'ont pas plus de 5 bonnes réponses au tableau des définitions de comportements.

Dans un second temps nous cherchions à évaluer le rôle des professionnels de santé par l'hypothèse « le rôle des professionnels de santé est trop peu développé ». 6% des femmes interrogées disent avoir, entre autres, connu les violences conjugales par le biais d'un professionnel de santé. De plus, seules 20,8% d'entre elles contacterait un professionnel de santé si un contexte de violences conjugales se présentait, et 11% les services sociaux.

Il est également pertinent d'ajouter que 4% uniquement des femmes ont abordé le sujet des violences conjugales avec un professionnel de santé au cours de la grossesse (qu'il y ait un contexte ou non) et que 64,3% des femmes ayant un contexte de violences conjugales n'en n'ont jamais parlé à un professionnel de santé. Enfin, 50% des femmes qui ont parlé de leur situation avec un professionnel de santé n'ont pas reçu d'information supplémentaire ou été orienté vers des structures d'aides. Ces résultats amènent à affirmer le rôle minoritaire actuellement attribué aux professionnels de santé et donc à confirmer notre seconde hypothèse.

En conclusion, notre problématique « où en sommes-nous dans la prévention des violences conjugales en Normandie orientale ? » nous permet de donner une réponse à deux versants. D'un côté les connaissances des femmes existent, et ne sont pas si faibles, avec une prévention existante et variée. De l'autre, nous retrouvons encore beaucoup de femmes ayant trop peu de notions sur le sujet des violences conjugales, cela ajouté à un rôle méconnu et peu investi des professionnels de santé.

Pourtant, cette image du professionnel de santé peut être développée puisqu'en effet, 54,2% de notre population cite les professionnels de santé et 63% cite les CMS et PMI comme des acteurs majeurs et efficaces dans la prévention des violences conjugales.

3. Remise en question du modèle de prévention actuel

3.1. Une histoire de mauvaise interprétation ?

Lorsque nous présentions notre étude aux femmes accouchées pour les solliciter afin de remplir notre questionnaire, nous disions souvent « *nous parlons de plus en plus de violences conjugales autour de nous, c'est bien. Mais quitte à en parler, autant bien en parler* ». Par cette phrase, nous implicitions que même si grâce à des avancées récentes, le sujet des violences conjugales est connu par une plus grande population, celle-ci ne mesure pas encore son ampleur ni ne maîtrise concrètement les faits et les définitions. En effet, seules 18% des femmes interrogées ont une qualité de connaissances considérée comme bonne à très bonne. Ce résultat indique qu'aujourd'hui encore l'information est mal délivrée ou mal interprétée.

En 2015, l'enquête « Les Français et les représentations sur le viol » interroge sur les comportements et les définitions sur un échantillon de 1001 personnes. Nous avons repris certaines définitions développées dans cette enquête afin de comparer avec notre propre échantillon. Les résultats (Annexe VII) montrent que pour la définition des attouchements sexuels sur une personne incapable d'exprimer son consentement, c'est-à-dire une agression sexuelle, il n'y a pas de différence significative entre la proportion de personnes interrogées en 2015 et celle de notre étude. La même remarque peut s'effectuer pour la définition du rapport sexuel imposé chez une partenaire qui refuse et ne se laisse pas faire. Les femmes de notre étude considèrent moins souvent les comportements comme des viols (items 2, 5 et 5 de l'Annexe VII), cette différence est peut-être due à la différence de termes employés dans notre questionnaire. En effet, nous précisions « partenaire/conjointe » dans notre questionnaire, or l'enquête de 2015 généralisait à « personne ». Le devoir conjugal étant une notion encore présente dans les mentalités, il est possible qu'elle ait influencé les résultats, ainsi les comportements seraient moins perçus comme des viols. Néanmoins, cela reste une hypothèse. Cela peut de fait corroborer la différence retrouvée dans l'item 4, où pour notre population, embrasser sa partenaire de force est plus souvent vu comme un comportement inapproprié mais non choquant qu'une agression sexuelle, caractère prédominant dans l'enquête 2015.

En revanche, une évolution positive est notable puisque la proportion de personnes considérant le fait de donner des coups comme un comportement violent mais non une agression, est significativement supérieure aujourd'hui.

Notre étude révèle que les violences psychologiques, alors qu'elles sont identifiées pour 76,3% des femmes comme le type de violences conjugales principales, ne sont pas considérées en tant que telles dans le tableau des comportements. Pour 67,2% des femmes de notre enquête, surveiller constamment sa conjointe/partenaire est plutôt vu comme un comportement inadapté qu'un comportement violent et pour 41,7% d'entre elles, dénigrer sa conjointe/partenaire au quotidien n'est pas un comportement violent. Ces résultats posent question puisqu'ils impliquent qu'il peut exister une mauvaise interprétation de la violence. Nous avons pu retrouver plusieurs femmes ne trouvant pas choquant un comportement affilié à une violence psychologique ou verbale. Il peut aussi exister une mésinterprétation du mot « dénigrer » qui n'est pas relié à un comportement négatif. Alors que diverses campagnes de communication sur les violences physiques et sexuelles existent, il serait pertinent d'inclure un axe sur les violences psychologiques qui, même connues, restent mal interprétées.

La frontière entre le viol et l'agression sexuelle est elle-aussi mal connue, comme le démontrent nos résultats obtenus aux définitions des items 1, 5 et 7. La proportion de femme estimant que réaliser des attouchements sexuels sur une partenaire non consentante (car ivre, droguée ou endormie) est un viol est identique à celle estimant qu'il s'agit d'une agression sexuelle. Pourtant, ce comportement est bien une agression sexuelle. De même, 30,7% considère une pénétration avec le doigt comme une agression sexuelle et non un viol, et 45,8% pense que menacer sa partenaire pour obtenir une relation sexuelle sans résistance ensuite est une agression sexuelle alors qu'il s'agit toujours d'un viol. Dans ces trois cas, nous retrouvons une limite floue. Celle-ci pourrait s'expliquer par le devoir conjugal déjà cité plus haut, ou encore par la croyance qu'un viol est plus souvent commis par un inconnu que par le conjoint.

3.2. Moyens de communication sur les violences conjugales

Aujourd'hui, le sujet des violences conjugales est connu du grand public. Notre étude révèle que les médias télévisés sont les principaux vecteurs de l'information avec la prédominance des films et des émissions. Pour autant, les modes de connaissances des violences conjugales sont diversifiés puisqu'ils se retrouvent également dans le cercle des proches, de la famille, sur internet, à la radio, ... Les femmes ont eu en moyenne entre 5 et 6 modes par lesquels elles ont été sensibilisées aux violences conjugales.

Malgré cela, les femmes de notre étude décrivent pour 38,1% d'entre elle une prévention peu développée et peu adaptée, sachant d'autant plus qu'au total 69,8% femmes estiment que la prévention n'est pas assez développée.

Alors que les médias télévisés sont retrouvés en première place des modes de connaissances, ils ne sont pas les plus désignés par notre population interrogée. C'est en effet le cadre scolaire qui est le plus plébiscité avec notamment 74,5% des femmes de notre étude qui voient les interventions en collège ou lycée comme un moyen de prévention efficace. De plus, nos résultats montrent que les femmes ayant un niveau d'étude supérieur ou égal à un bac + 2 ont une meilleure qualité de connaissances. Ainsi, intervenir dès le collège auprès des jeunes permettrait d'envisager une diminution de cet écart.

Un outil va nous être prochainement fourni par le gouvernement pour favoriser cette prévention auprès d'un public scolarisé : le Service Sanitaire. En 2018, environ 47 000 étudiants en santé seront concernés par cette mesure à la rentrée 2018 et plus de 50 000 à la rentrée 2019. Outre le fait d'initier les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire et de développer l'inter-professionnalité, ce nouveau projet permettra également d'inclure la prévention des violences conjugales dans un cadre défini et construit. Cette dernière entre bel et bien en compte dans l'une des quatre thématiques nationales : la vie affective et sexuelle. Cette opportunité, qui corrobore les souhaits de notre population étudiée et par extension du grand public, est donc à saisir et à valoriser au sein de notre formation. De plus, par le biais du service sanitaire, les futurs professionnels de santé sont également sensibilisés, puisque leaders du projet. C'est ainsi une double formation qui s'offre à la population. Les interventions peuvent se dérouler sous différentes formes et aborder des thématiques plus enracinées que les violences conjugales, à commencer simplement par la place de l'homme et la femme dans la société, les stéréotypes de genre ou les discriminations de genre. Auprès d'un public lycéen, voire universitaire, il faudrait favoriser les échanges à type de débats en faisant appels à plusieurs professionnels acteurs dans la prise en charge de violences conjugales.

En parallèle du Service Sanitaire, un projet issu de l'ANESF s'est mis en place pour agir dans le domaine de la santé publique et mener des actions d'éducation et de sensibilisation tant au local qu'au national : le projet Hera. Base sur 3 axes l'un d'eux, tout comme le Service Sanitaire, se développe autour de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Aujourd'hui, ce projet a une visibilité nationale et se retrouve porté par les

étudiants en maïeutique, démontrant ainsi une volonté d'investissement dans des problématiques ciblées, parmi lesquelles les violences conjugales peuvent être incluses.

Nous ne sommes donc pas sans recours quant aux interventions à mener en milieu scolaire, ces deux initiatives étant seulement menées par des étudiants. Elles n'incluent pas, en effet, les actions conduites par le corps professoral (qui de fait nécessite également une formation adaptée de sensibilisation) ni celles réalisées par les infirmières scolaires, les acteurs de PMI et CMS avec notamment les sages-femmes qui agissent tant par un rôle au sein de leur structure qu'en interventions en établissement scolaire.

Toutefois, il ne faut pas décider de développer un seul axe de communication et d'information puisque nos résultats montrent qu'en moyenne, le nombre de modes de communication chez les femmes ayant de bonnes connaissances est plus élevé que celui de femmes ayant des connaissances insuffisantes. Il est donc important de multiplier les canaux de communication pour augmenter le degré de sensibilisation et de fait, la prise de conscience sur la réalité des violences conjugales.

Même s'il n'y a pas de différence significative entre l'âge et la qualité des connaissances, il est intéressant de voir que néanmoins, la moyenne d'âge est plus élevée chez les femmes ayant de bonnes connaissances. Nous définissons ainsi une population à informer : les femmes plus jeunes.

Il faut de plus trouver un moyen efficace de sensibiliser les patientes. A l'issue de notre questionnaire, nous proposons aux femmes de découper une note informative permettant d'en savoir plus sur les violences conjugales. Nous avons pu mettre en évidence une corrélation entre l'âge des femmes et la note informative prise ; les femmes entre 31 et 36 ont plus souvent pris la note que celles des autres tranches d'âge. Ainsi, nous revenons sur notre remarque d'augmenter la sensibilisation auprès des femmes plus jeunes car celles-ci ont de moins bonnes connaissances et ne sont pas intéressées par tous les types de support.

Nos résultats montrent qu'une femme sur 3 a été sensibilisée par 4 médias télévisés, démontrant ainsi leur intérêt même s'ils ne sont pas cités en première ligne des moyens efficaces. Nous avons également remarqué que les patientes les plus jeunes sont plus souvent sensibilisées par différents médias télévisés. Les réseaux sociaux seuls quant à eux représentent 82% des modes de découverte sur internet avec une moyenne d'âge de 29,7 ans. Nous y retrouvons 5 femmes sur les 6 d'un âge inférieur ou égal à 20

ans. Le monde du numérique s'avère donc être un moyen efficace de sensibiliser à la fois un large public et un public plus jeune.

Dans les campagnes de sensibilisation effectuées, les violences physiques sont plus souvent montrées de manière généralisée mais il existe tout de même des vidéos réalisées par la MIPROF abordant le versant psychologique (...). Mais ces vidéos ne sont pas répandues à grande échelle. Or, nos résultats montrent que pour 66,1% des femmes interrogées, la diffusion de publicités à la télévision serait un moyen efficace de sensibilisation et nous venons de voir que le numérique a un impact majeur.

Il est donc essentiel de perpétuer la diffusion médiatique, laquelle peut être élargie et amplifiée grâce à des acteurs du suivi des femmes tels que nous, les sages-femmes.

4. Le professionnel de santé au cœur du système préventif

4.1. Le professionnel de santé, un acteur ressource ?

Notre étude a pu montrer, tout comme dans la littérature, le recours aux professionnels de santé dans un contexte de violences conjugales. D'une part, 20,8% des femmes disent qu'elles iraient voir un professionnel de santé si elles se retrouvaient confrontées à cette situation. Dans les faits, recueillis ici dans notre questionnaire, c'est au final 35,6% des femmes ayant un contexte de violences qui se sont un jour confiées à un professionnel de santé. Nous obtenons donc un résultat supérieur à nos attentes, mais également supérieur aux chiffres publiés par l'enquête CVS qui dévoile que 24% des femmes ont recours à leur médecin suite à des violences. Il est possible que notre résultat soit supérieur à celui retrouvé dans l'enquête précédente car nous avons inclus les violences psychologiques dans les sujets abordés avec le professionnel.

Malgré tout, il reste une trop grande proportion de femmes qui n'ont pas recours à un professionnel de santé, 64,3% dans notre étude.

Même si une évolution positive est observable, le rôle des professionnels de santé demeure insuffisant. 70% des femmes de notre enquête ayant parlé avec l'un d'eux a dû aborder d'elle-même le sujet et parmi les 2 qui ont parlé au cours de la grossesse, 1 a du parler en premier. Les professionnels de santé ont donc des difficultés à se lancer sur le terrain des violences conjugales, laissant la femme prendre l'initiative et parfois n'abordant pas du tout le sujet si celle-ci n'ose rien dire.

Une femme sur deux ayant dévoilé sa situation ne s'est pas retrouvée informée et orientée vers des structures adaptées. Le manque de formation décrit par les professionnels de santé est donc un phénomène majeur puisqu'il impact particulièrement la prise en charge. Plusieurs femmes pendant le ramassage des questionnaires nous ont avoué qu'elles n'avaient pas apprécié se confier et se retrouver sans solution ni aide proposée.

Pourtant, nous avons remarqué que les professionnels de santé et les acteurs des services sociaux sont plébiscités par notre population en termes d'acteurs de prévention. En effet, 63% des femmes interrogées estiment que les CMS et PMI ont un rôle à jouer et 54,2% valorisent les professionnels de santé comme vecteurs efficace de prévention contre les violences. Comme nous le disions dans la réponse à notre problématique, c'est une image positive de la profession qui apparaît, c'est pourquoi nous devons nous réinvestir dans cet aspect de la prévention afin de développer cette place qui nous est attribué.

4.2. Valoriser la délivrance d'information dans la périnatalité

Nous avons pu voir dans notre introduction que l'état de grossesse pouvait être un facteur déclencheur de violences conjugales au sein d'un couple. L'enquête périnatale dévoile elle-aussi que 1,7% des femmes interrogées ont subi des violences physiques au cours de la grossesse. Bien que d'une importance majeure, cette donnée est pourtant mal connue du grand public, et ici de notre population, puisqu'en effet, 62,2% des femmes de notre études considère qu'il n'y a pas d'impact entre la grossesse et la survenue de violences conjugales. Ce résultat ne varie pas de manière significative selon la présence d'un contexte de violence au sein du couple. Pourtant, nous l'avons vu précédemment, les retentissements sur la mère et l'enfant ne sont pas sans conséquences et 40% des premiers coups arrivent lors de la première grossesse. Nous pouvons alors nous demander pourquoi à ce jour, encore trop peu de femmes sont conscientes de cette réalité.

Les professionnels de santé jouent un rôle important dans la prévention et le dépistage des violences au cours de la vie d'une femme, incluant son suivi de grossesse. Cette dernière est un moment clé où la femme se recentre sur elle, sur l'enfant à venir, peut se remettre en question. Elle est normalement vue mensuellement (voire plus pour certains contextes) et possiblement sans le conjoint.

Lors de notre distribution, les conjoints présents au moment de notre discours d'introduction ont admis ne pas toujours avoir été présent aux consultations. Nous avons donc ici une véritable fenêtre pour aborder les violences. Néanmoins, les professionnels le disent : certains ne sont pas formés ou manquent de temps, les consultations ont une durée limitée.

L'outil le plus rencontré, mais pas souvent le plus utilisé, est l'entretien du 4^e mois. Selon la HAS, celui-ci permet de dépister les facteurs de vulnérabilité concernant la mère et l'enfant. Il donne le temps aux professionnels d'informer, d'orienter voire d'accompagner la femme dans ses démarches : c'est donc un argument pour contrer le prétexte du manque de temps. Malheureusement, aujourd'hui toutes les maternités ne l'incluent pas dans le parcours de la femme enceinte et selon l'enquête périnatale, 28,5% des femmes en ont bénéficié en 2016. L'instaurer, ou le réinstaurer, en plaçant des professionnels formés au dépistage des troubles psycho-sociaux et à l'orientation, nous permettrait d'informer une plus grande population de femmes et de couples.

Selon les femmes interrogées, plusieurs professionnels peuvent intervenir et prévenir, au cours de la grossesse et même après. Nous retrouvons parmi eux les médecins généralistes, souvent premiers interlocuteurs de la population, mais également sage-femme, psychologues, gynécologues-obstétriciens et assistants sociaux. Aujourd'hui, il est donc important de travailler en inter-professionnalité pour que ces différents corps de métiers s'allient et participent à une prévention généralisée. La connaissance des compétences de chacun permettrait d'orienter plus facilement les femmes. Celles-ci ne vont pas forcément voir spontanément un psychologue ou une assistante sociale, mais doivent être orientée vers ces professionnels si elles abordent le sujet avec la personne suivant la grossesse, qu'elle soit sage-femme, médecin traitant, ou gynécologue-obstétricien.

Ainsi nous obtenons une prévention à deux niveaux : le premier basé sur la prévention primaire (et parfois secondaire), majoritairement organisé par les professionnels du suivi de grossesse, et un second mené par des psychologues ou services sociaux qui vont s'orienter vers de la prévention secondaire et tertiaire. Nos résultats montrent que les femmes valorisent la prévention primaire en citant plus souvent les acteurs du suivi de grossesse comme professionnels ayant un rôle de prévention des violences conjugales.

Le dépistage systématique s'inclut dans la prévention ; il permet d'une part d'aborder le sujet des violences conjugales et de délivrer des informations, ce quel que soit le contexte, et si la femme est concernée, de proposer une prise en charge précoce. Nous avons posé la question à plusieurs professionnels qui nous ont répondu ne pas poser la question en systématique mais sur facteurs de risque. Mais qu'est-ce qu'un facteur de risque concrètement lorsque l'on sait que les violences psychologiques peuvent se retrouver dans tout foyer, qu'importe l'âge, le nombre d'enfants ou encore la situation socio-professionnelle ? La réponse qui nous a le plus souvent été donnée était « On ne va pas poser la question à une femme qui est bien en couple et qui est épanouie, ça se voit qu'elle n'est pas victime de violences conjugales ». Outre le fait qu'il est tout à fait possible de mentir et d'afficher un sourire pour ne pas dévoiler sa situation conjugale, une femme peut ne pas se trouver aujourd'hui dans une situation de violences conjugales mais avoir pu l'être auparavant avec un autre partenaire. Dans notre étude, 14,6% des femmes ont été victimes un jour de violences conjugales alors qu'elles sont 10% dans la population générale. Ainsi, sur 10 consultations de grossesse consécutives, une femme a déjà été confrontée à des violences par un partenaire. Si nous n'avons pas posé la question parce que nous n'avions pas décelé de facteurs de risque, nous laissons repartir au moins une femme sans lui avoir une aide qu'elle mérite. Le dépistage des situations à risque fait partie de nos missions en tant que professionnels de santé, ne l'oublions pas.

Seules 2 femmes ont abordé leur situation de violences conjugales avec un professionnel de santé au cours de leur grossesse. Parmi elles, l'une a été orientée, l'autre non. Nous retrouvons nos 50% des femmes orientées vu ci-dessus. Celle n'ayant pas été orientée n'a pas précisé à qui elle avait parlé, la deuxième a précisé avoir été orientée suite à une consultation sage-femme hospitalière.

2 femmes ayant un contexte de violences conjugales ont également dit qu'un professionnel de santé avait abordé avec elles les violences conjugales mais elles n'ont pas souhaité parler de leur propre situation. 6 femmes ayant aussi un contexte de violences, abordé auparavant (au moment des faits ou avec du temps), déclarent que le sujet n'a pas été avancé avec elles au cours de la grossesse. Ainsi, plusieurs situations sont répertoriées où le professionnel de santé n'est pas considéré comme acteur important par les femmes pendant la grossesse.

En revanche, 4 femmes disent que le sujet a été évoqué par une sage-femme au cours de leur grossesse, ce alors qu'elles n'avaient pas de contexte de violences conjugales. La prévention est donc existante mais trop restreinte et trop peu développée.

Nous pouvons également cibler des bassins plus à risque que d'autres. Nos résultats montrent que plus de femmes interrogées à la maternité du CHU de Rouen disent avoir subi une situation de violences conjugales. Néanmoins, il nous faudrait des échantillons de plus grande taille pour affirmer cette répartition et de plus, nous n'abordons ici que les violences conjugales alors que les violences faites aux femmes, avec entre autres les mutilations sexuelles ou le harcèlement, sont bien plus nombreuses.

Les professionnels sont au fait de leur rôle clé et estiment avoir leur place dans la prise en charge de ces femmes. Néanmoins, après avoir discuté avec plusieurs d'entre eux, nous avons pu mettre en avant leur manque de connaissances générales sur le sujet et un souhait d'avoir des formations supplémentaires pour mieux dépister et surtout prendre en charge les situations de violences conjugales.

Nos résultats pourraient donc servir de base pour proposer, en fonction des besoins observés, de nouveaux outils (affiches, prospectus, court-métrages, ...). Ceux-ci peuvent, par exemple, être conçus en réalisant des groupes de travaux pluridisciplinaires ou des ateliers mutualisant professionnels et étudiants. La formation quant à elle pourrait s'organiser autour toujours de cette pluri-professionnalité avec des conférences universitaires entre professionnels de santé actuels et ceux de demain ou encore en développant les ateliers de communication (axé sur la thématique des violences conjugales ou plus généralement des violences faites aux femmes) au sein de la formation continue des professionnels et de la formation des étudiants, comme cela est déjà le cas dans les études de médecine ou de maïeutique.

CONCLUSION

Les violences conjugales représentent un véritable problème de santé publique et pourtant, restent un mal méconnu. Le but de notre étude était de dresser un état des lieux des connaissances des femmes sur ce sujet afin d'identifier une stratégie de communication et de replacer le professionnel de santé au cœur du système de prévention.

Nous avons interrogés 192 femmes accouchées de Normandie orientale. Parmi elles, 46% avaient un niveau de connaissance moyen et 29% un niveau insuffisant, ce qui infirme l'une de nos hypothèses. 14,6% des femmes de notre étude ont un contexte de violences conjugales actif ou ancien. Pourtant, cette thématique n'a été abordée au cours de la grossesse que pour 4% des femmes interrogées. Les professionnels de santé sont en première ligne pour prévenir ces situations et permettre à ces femmes une prise en charge pluridisciplinaire. Mais aujourd'hui leur rôle reste encore trop peu développé et ils ne sont pas cités comme le premier interlocuteur par les femmes de notre étude.

Une communication efficace basée sur la réalisation d'interventions en établissement scolaire a été mise en évidence. Elle serait à compléter de campagnes médiatiques, surtout télévisées, permettant de cibler un public plus jeune qui est moins averti du phénomène.

Il serait intéressant de réaliser une enquête à plus grande échelle afin d'obtenir des échantillons de population à taille humaine. Celle-ci pourrait se réaliser par exemple dans des cabinets de médecins généralistes pour diversifier la population. Elle inclurait également plus de questions de connaissances sur les violences conjugales voire pourrait être étendue aux violences faites aux femmes.

Une autre demande est revenue au cours de notre enquête, celle d'interroger les hommes. Plusieurs conjoints présents lors du ramassage de notre questionnaire nous ont fait remarquer qu'il serait pertinent de recueillir le point de vue des hommes sur les définitions des comportements. D'autres ont également émis le souhait de voir se réaliser une étude sur les violences conjugales envers les hommes, remarque également effectuée par certaines femmes.

Nous avons donc des opportunités et des demandes de la population pour approfondir le phénomène qu'est la violence conjugale et nous, professionnels de santé, avons notre place pour être acteurs clés de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collectif contre les Violences Familiales et l'Exclusion. Cycle de la violence et victimisation. [en ligne]. [Consulté le 24/03/2017]. Disponible sur : <http://www.cvfe.be/echapper-violence-conjugale/information-comprendre/cycle-violence-victimisation>
2. Chataigner E. Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes au cours de consultation prénatale. [Mémoire en vue du diplôme de sage-femme]. Rouen. Département des études de sage-femme ; 2014.
3. Debout M. Les effets de la violence conjugale sur les victimes. Réalités familiales [en ligne]. Juin 2010 ; 90:18 - 20, [consulté le 18.03.17]. ISSN électronique 0220 9926. Disponible à l'adresse : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Realites_Familiales_90_-_Violences_Conjugales_-_UNAF.pdf
4. Loi n° 92-684 du 22 juillet portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes [en ligne]. 7 juillet 1992.
5. Code pénal. Article 222 - 11 [en ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417625&dateTexte=&categorieLien=cid>
6. Code Pénal. Article 222 - 12 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417627&dateTexte=&categorieLien=cid>
7. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. Journal Officiel n° 81 du 5 avril 2006 ; page 5097.

8. Code Pénal. Article 221 – 1 [en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417561&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
9. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes [En ligne]. 2016 [cité le 19 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
10. Code Pénal. Article 222 – 22 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022469961&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20170329>
11. Code Pénal. Article 222 – 23 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20170330>
12. Code Pénal. Article 132 – 80 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417507&dateTexte=&categorieLien=cid>
13. Mémoire traumatique et victimologie. Violences psychologiques [en ligne]. [Consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-psychologiques.html>
14. Solidarité Femmes Loire-Atlantique. Les différentes formes de violences [en ligne]. [Consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.solidaritefemmes-la.fr/les-differentes-formes-de-violences/>
15. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Rapport d'enquête cadre de vie et sécurité 2016 [en ligne]. Paris : 2016 ; 167. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2016>
16. Jaspard M. Violences faites aux femmes. Paris : La découverte ; 2005.

17. Bajos N., Bozon M., Beltzer. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [en ligne]. 2007 [Consulté le 03 mars 2017]. Disponible sur : http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_CSF_-_1er_resultats.pdf
18. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes « Les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles en France » [En ligne]. 2016 [consulté le 19 décembre 2016] : n°10 (novembre 2016) ;12. Disponible sur : http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
19. SSMSI. Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie. In : MIPROF nov. 2015
20. Ministère de l'Intérieur. Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2015
21. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes « Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes » [En ligne]. 2015 [consulté le 19 décembre 2016] ; n°6 (mai 2015) : 1-7. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington DC : American Psychiatric Association;1994.
23. Salmona M.. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. In : Pratique de la psychothérapie EMDR. 2017;19:207-218.
24. Association Mémoire Traumatique. Enquête IVSEA Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [en ligne]. 2015 [consulté le 24 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org>

25. Salmona M. Impact des violences conjugales sur les enfants [en ligne]. 2010 [consulté le 24 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
26. Salmona M. Violences conjugales pendant la grossesse [en ligne]. 2010 [consulté le 28 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
27. INSERM et la DRESS. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 [en ligne]. 2017 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
28. André Flajolet. Annexe 1 du Rapport Flajolet [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
29. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes [en ligne]. [consulté le 27 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/les-3-premiers-plans-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>
30. Ministère des droits des femmes. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. Paris : 2013;40.
31. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Violence contre les femmes, la loi vous protège [en ligne].
32. Ministère des familles de l'enfance et des droits des femmes. Le sexisme tue aussi ! 5^{ème} plan de mobilisation contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019. Paris : 2016 ;78.
33. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Journal Officiel n°0179 du 5 août 2014, page 12949

34. Organisation des Nations Unies. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes 25 novembre – La journée [en ligne]. [Consulté le 20 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/events/endviolenceday/background.shtml>
35. Quilot L. Les campagnes de communication gouvernementales de lutte contre les violences faites aux femmes. [Mémoire master 2]. Paris. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne; 2014.
36. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Journée internationale de lutte contre toutes les formes de violence [en ligne]. [Consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/actions-de-communication-autour-des-journees-internationales-contre-les-violences/les-campagnes-de-communication/>
37. Fédération nationale solidarité femmes. L'appel [en ligne]. 2016 [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://tbtc.fr/fnsf-appel/>
38. Collectif Féministe Contre le Viol. Communiqué de presse, nouvelle campagne de sensibilisation sur le viol « Mémoires » [en ligne]. Paris [consulté le 23 mars 2017] ; 2016 : 22. Disponible sur : <https://www.cfcv.asso.fr/public/files/CFCV%20DP%20M%C3%A9moires%281%29.pdf>
39. Hervé M., Stanton-Jean M., Ribeau-Bajon C. Violences sur le corps de la femme aspects juridiques, culturels et éthiques. Paris : Dalloz ; 2012
40. Grihom M-J. Pourquoi le silence des femmes ? Violence sexuelle et lien de couple. Dialogue [en ligne]. 2015[consulté le 2 mars 2017] ; 208 : 71-84. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2015-2-page-71.htm> DOI 10.3917/dia.208.0071

41. Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles, préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne]. 2005 [consulté le 26 mars 2017]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
42. Chetcuti Natacha, Jaspard Maryse. Violences envers les femmes : trois pas en avant deux pas en arrière. Paris: l'Harmattan; 2007. 319p
43. CHU hôpitaux de Rouen. CASA : missions [en ligne]. [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/services/casa2/>
44. Œuvre Normande des Mères. P.A.V.I.F Rouen – Mots pour maux, Pôle Accueil Violences Intra-familiales [en ligne]. [consulté le 22 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.onm.fr/nous-trouver/p-a-v-i-f/>
45. Solidarité Femmes Fédération Nationale. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2015 [en ligne]. 2016 [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffr%C3%A9es-3919-2015.pdf>
46. 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 [en ligne]. [Consulté le 27 mars 2017]. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes_CNOSF.pdf
47. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Journal Officiel n°0158 du 10 juillet 2010, page 12762 .
48. Code Pénal. Article 515 – 19 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000022455912>

49. Andro A., Hamel C. Une médecine féministe - Entretien avec Emmanuelle. *Nouvelles Questions Féministes*. 2010 : 29 ; 92-101.

Autres sources non citées :

50. Bajos N., Bozon M. Les violences sexuelles, quand la parole se libère. *Population et Sociétés*. 2008 : 445.

51. Brown E., Debauche A., Hamel C. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et Sociétés*. 2016 : 358.

52. Burricant C., Jamet L., « Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints, des atteintes plus fréquentes et plus graves à l'encontre des femmes ». *Insee Première*. 2016 : 1607.

53. Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Thèse d'exercice de médecine]. Lille. Université du droit et de la santé ; 2016.

54. Enquête nationale sur les violences envers les femmes [En ligne]. 2000 [cité le 19 décembre 2016]. Disponible sur : http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf

55. Estrada J. Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France [Thèse d'exercice]. Paris. Université Pierre et Marie Curie (Paris) ; 2013.

56. Francequin Ginette. Tu me fais peur quand tu cries ! Toulouse, France: ERES; 2012.

57. Kunert S., Hernandez Orellana M. Quand l'Etat parle des violences faites aux femmes. *Fontenay-le-Compte : Lussaud* ; 2014 ; 39 – 40.

58. Laufer L, Vanier A., Uriburu ME. Argument Impasses, résistances, silences : violences envers les femmes. Clin Méditerranéennes. 2013 ; 88 : 5-8.
59. Le Bars Goubert M. « Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... » : enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales dans le Rhône [Thèse d'exercice de médecine]. Lyon. Université Claude Bernard ; 2012.
60. Legrand L. Impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité. [Mémoire]. Limoges. Ecole de Sage-femme de Limoges; 2016
61. Lopez G. Psychological consequences and treatment of female victims of violence. Rev Infirm. 2014 ; 205 : 28-30.
62. Matlin Margaret W. Psychologie des femmes. Bruxelles: de Boeck; 2007. 675p.
63. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes «Les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles en France » [en ligne]. 2016 [consulté le 19 décembre 2016] : n°10 (novembre 2016) ; 12. Disponible sur : http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
64. Ministère de l'Intérieur, Secrétariat d'Etat chargé des transports, de la mer et de la pêche, Secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes. Sécurité des femmes dans les transports en « Plan national de lutte contre le harcèlement sexiste et les violences sexuelles » [en ligne]. 2015 [consulté le 19 décembre 2016]. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_de_lutte_contre_le_harcèlement_sexiste_et_les_violences_sexuelles_dans_les_transports_en_commun.pdf
65. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Les chiffres clés édition 2016 « vers l'égalité réelle entre les hommes et les femmes » [en ligne]. 2016 [consulté le 19 décembre 16]. Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/03/Chiffres-Cles-2016.pdf>

66. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes « Violences faites aux femmes : les principales données » [en ligne]. 2015 [consulté le 19 décembre 2016] : n°8 (novembre 2015) ; 20. Disponible sur : http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf

67. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes « Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données » [En ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2016] ; n°4 (novembre 2014) : 16. Disponible sur : http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf

68. Montclair E. Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé [Mémoire]. Ecole de Sage-femme de Caen ; 2013.

69. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Éléments de profil des hommes et des femmes de 18 à 75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant [en ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2016]. Disponible sur : https://inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/reperes/reperes_31.pdf

70. Organisation mondiale de la santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. [Consulté le 18 mars 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86232/1/WHO_RHR_12.36_fre.pdf

ANNEXES

Sommaire

Annexe I : Le cycle des violences selon Lenore Walker

Annexe II : Affiche de la campagne de l'association « Ni putes Ni soumises »

Annexe III : Dépliant sur les violences conjugales à destination du grand public

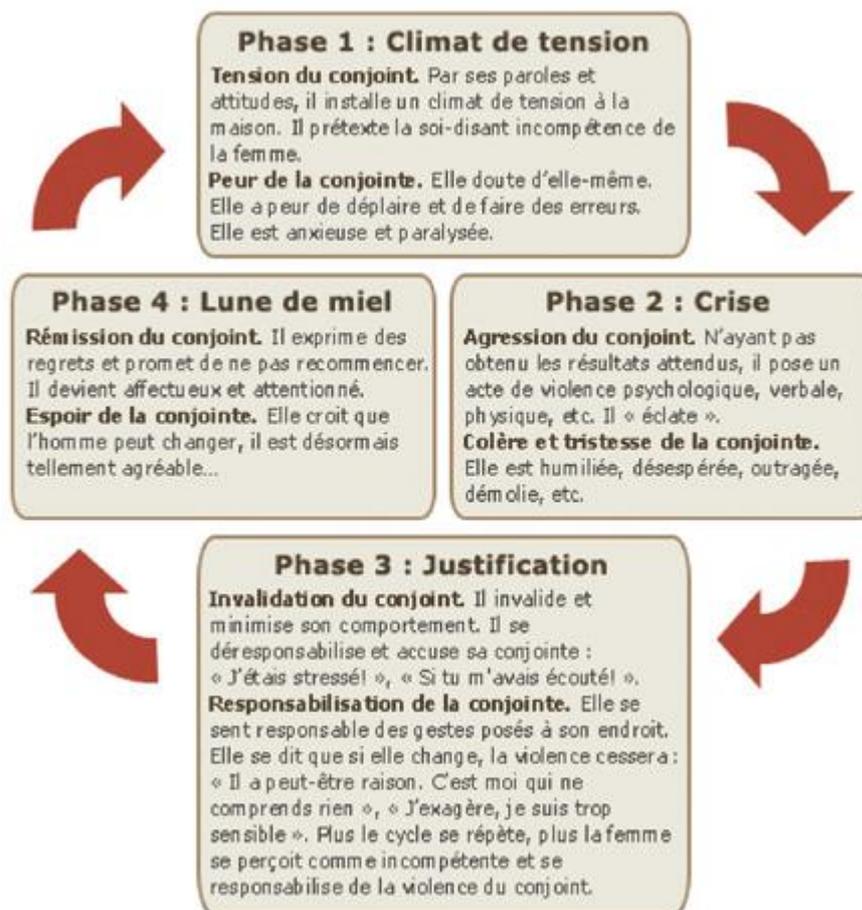
Annexe IV : Modèle de certificat médical fourni par le CNOSF

Annexe V : Questionnaire de l'étude

Annexe VI : Lettre destinée aux équipes des maternités

Annexe VII : Comparaison des qualifications de comportements violents

Annexe I : Le cycle des violences selon Lenore Walker (1)





Annexe IV : modèle de certificat médical fourni par le CNOSF

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits)

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom),¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre),²

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom, Prénom)³.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom, Prénom) _____.

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de ⁴ _____, le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique _____

- Sur le plan psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de ⁵ _____ ».

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer ... et être né(e) le ... »

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas

³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répressif. – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) surnommé, le préciser

⁵ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime

Annexe V : Questionnaire de l'étude

Bonjour,

Je me présente, je suis Babette Bourlet, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Rouen. Pour terminer mon année je réalise un mémoire de fin d'étude qui porte sur la prévention des violences conjugales.

Je sollicite ainsi les femmes accouchées pour répondre à ce questionnaire et c'est pourquoi vous lisez ce texte en ce moment. Je suis consciente de la difficulté à répondre à plusieurs questions qui vont suivre. Néanmoins je garantis un anonymat le plus total en fournissant ci-joint une enveloppe dans laquelle vous pourrez remettre le formulaire rempli sans que quiconque d'autre que moi ne lise les résultats. J'espère que cette démarche vous offrira une liberté de réponse qui me permettra de réaliser un travail au plus proche de la réalité.

Je vous remercie par avance du temps et de l'attention que vous voudrez bien m'accorder.

Première partie : informations générales

1) **Quel est votre âge ?**

2) **Quel est votre niveau d'études ?**

- Collège
- Lycée
- CAP ou BEP
- Bac
- Diplôme de niveau bac + 2 : DUT, BTS, écoles des formations sanitaires ou sociales...
- Diplôme de niveau bac + 3 ou 4 : licence, maîtrise ou équivalent
- Diplôme de niveau égal et supérieur à bac + 4 ou 5 : master, doctorat, diplôme de grande école...
- Autres :

3) **Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?**

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Etudiant
- Sans activité professionnelle
- Autres :

4) **Quel est votre situation familiale ?**

- Célibataire Mariée Divorcée Veuve
 Concubine Pacsée Séparée

5) **Combien d'enfant avez-vous ?**

Deuxième partie : connaissances et sensibilisation

6) **Avez-vous déjà entendu parler des violences conjugales ?**

- Oui Non (*si case cochée, allez à la question 8*)

7) **Si oui, dans quel contexte (plusieurs réponses possibles) :**

- **Télévision :**
 Film Publicité Journal télévisé Emission
 Journaux papiers / magazines
- **Internet :**
 Réseaux sociaux (facebook, twitter, ...) Forums Site internet Autres :
- Affiches Prospectus Brochures/dépliant
- Radio
- Par une connaissance, un ou une ami(e)
- Par un membre de la famille
- Par un professionnel de santé
- Autres :

8) **Actuellement vous estimez que cette prévention est : (1 réponse par ligne)**

- Pas assez adaptée Adaptée Je ne sais pas
- Peu développée Assez développée Trop développée

9) **Selon vous, quels modes de prévention seraient les plus efficaces pour sensibiliser les femmes ? (plusieurs réponses possibles)**

- Médias :
 Publicité télévision Film Emission Journaux télévisés Journaux papiers
- Affiches Radio Réseaux sociaux Forums Site internet Brochure
- Ecole :
 Sensibilisation par interventions en collège/lycée
 Sensibilisation par interventions à l'université
 Sensibilisation des enseignants pour qu'ils puissent en parler à leurs élèves/étudiants
- Exercice professionnel :
 Sensibilisation au travail Interventions de la médecine du travail
- Projets menés par d'autres structures :
 Municipalité, Région, etc. Centres médico-sociaux/PMI Mutuelles

- Par un professionnel de santé lors d'une consultation
- Autres :

10) Selon vous, combien de femmes par an en France sont victimes de violences conjugales ?

- 1/100
- 1/10
- 1/1000
- 1/25
- 1/250

11) En cas de violences conjugales, qui contacteriez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

.....

.....

.....

12) Selon vous, quelle est la forme de violence la plus présente au sein d'un couple (1 réponse) :

- Physique
- Sexuelle
- Psychologique et verbale
- Economique et administrative

13) Parmi chacun des comportements suivants, quelle serait pour vous sa définition ? (1 réponse par ligne)

	C'est un viol	C'est une agression sexuelle	Ce n'est pas une agression sexuelle même si c'est un comportement violent	C'est un comportement inadapté mais non violent	Ce comportement ne me choque pas
Réaliser des attouchements sexuels sur sa conjointe/partenaire ivre, droguée ou endormie et incapable d'exprimer son consentement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imposer une relation sexuelle à sa conjointe/partenaire qui dit clairement non mais qui cède quand on la force.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donner des coups à sa conjointe/partenaire parce qu'elle refuse d'avoir des relations sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embrasser sa conjointe/partenaire de force sur la bouche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser une pénétration avec le doigt malgré le refus de la conjointe/partenaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imposer un rapport sexuel à sa conjointe/partenaire qui refuse et ne se laisse pas faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menacer sa conjointe/partenaire pour qu'elle accepte ensuite d'avoir des relations sexuelles sans résistance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôler l'utilisation des papiers d'identité, carte vitale, etc. de sa conjointe/partenaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dénigrer sa conjointe/partenaire au quotidien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveiller constamment sa conjointe/partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Selon vous, l'état de grossesse impacte-t-il sur l'apparition des violences au sein du couple ?

- Oui
- Non

Troisième partie : votre relation avec les professionnels de santé

15) Par qui votre grossesse a-t-elle été suivie (plusieurs réponses possibles)

- Gynécologue – obstétricien
- Médecin généraliste ou médecin traitant
- Sage-femme
- Pas de suivi

16) Au cours de votre grossesse, a-t-on abordé avec vous le sujet des violences conjugales ?

- Oui
- Non

→ Si oui, avec quel professionnel :

17) Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de subir des violences de la part de votre partenaire qu'elles soient physiques ou verbales (par exemple être dénigrée dans ce que vous faites, être insultée, être obligée d'avoir des relations sexuelles alors que vous avez dit ne pas le vouloir, être giflée, ...) ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non à cette question, passez directement à la 22

18) Vous avez répondu oui à la question précédente, en avez-vous pu en parler à un professionnel de santé ?

- Au moment des faits : Oui Non
- Après un certain temps : Oui Non
- Pendant la grossesse : Oui Non
- Non

19) Si oui à la question 18, qui a abordé le sujet en premier :

- Vous
- Le professionnel de santé

20) Qu'avez-vous pu évoquer (situation conjugale, dispute, ...) :

.....
.....
.....
.....

21) Suite à cette situation, avez-vous reçu par le professionnel de santé des informations ou été orientée vers des structures d'aide ?

- Oui
- Non

22) Selon vous, parmi les professionnels de santé suivants (plusieurs réponses possibles), lesquels ont un rôle à jouer dans la prévention des violences conjugales pendant et après la grossesse ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste ou médecin traitant | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue – obstétricien | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Autre médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> Assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Conseillère conjugale | |

Partie découpable (ciseaux, à la main, ...)



Merci pour votre temps et vos réponses.

Ce formulaire peut amener à la réflexion et des questions ont pu vous venir en tête. Pour plus d'informations, je vous invite à consulter le site suivant : <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Si vous vous retrouvez dans l'une des situations citées en exemple dans le tableau ci-dessus, vous pouvez également joindre le 3919, numéro vert à contacter.

Les professionnels de santé qui vous entourent sont également des personnes ressources. Elles sauront vous informer et vous orienter selon la situation, n'hésitez pas à vous tourner vers eux !

Annexe VI : Lettre de présentation à destination des équipes des maternités

Bonjour à tous et toutes,

Je me présente, je suis Babette Bourlet, étudiante sage-femme en 5^e année à Rouen.

Je réalise cette année mon mémoire de fin d'étude dont le sujet porte sur les violences conjugales. Pour approfondir ce thème, je réalise un état des lieux de la prévention des violences conjugales en interrogeant des patientes en suite de couche.

Dans ce cadre, je vais être amenée à venir dans votre service pour réaliser la distribution de questionnaires auprès des patientes. Ceux-ci seront totalement anonymes grâce à une enveloppe fournie avec chacun d'entre eux afin d'obtenir un maximum de résultats.

Du fait de la distance et de mon emploi du temps en stage, je passerai 1 à 2 fois par semaine proposer aux patientes de répondre à mon enquête, distribuer et récupérer les questionnaires. La période de distribution est répartie sur janvier et février.

Une enveloppe format A4 sera laissée à votre disposition pour déposer les questionnaires remplis, et mis dans l'enveloppe fournie, dans le cas où je n'ai pas pu les récupérer après distribution. Je n'ai pas de critère de sélection particulier si ce n'est que la patiente doit être apte à comprendre le français courant pour répondre aux questions. Il est également préférable qu'elle le remplisse seule afin de ne pas être influencée par un quelconque entourage.

N'hésitez pas à me solliciter lorsque vous me verrez pour toute information supplémentaire.

Je vous remercie d'avance,

Babette



Annexe VII : Comparaison des qualifications de comportements violents

Les résultats des études sont exprimés en pourcentages. Ha montre une différence significative.

Pour chaque comportement, nous retrouvons les définitions suivantes :

- Viol (V)
- Agression sexuelle (A)
- Comportement violent mais ce n'est pas une agression (C)
- Comportement inapproprié mais non violent (I)

		Etude 2015	Notre étude	Différence significative
Réaliser des attouchements sexuels (toucher son sexe, ses seins, ses fesses) alors que la personne/partenaire est en état d'ébriété, droguée ou endormie et incapable d'exprimer son consentement	V	58	44,3	Ha (p= 0,0001)
	A	39	44,4	H0 (p=0,192)
	C	2	4,7	H0 (p=0,133)
	I	1	5,7	H0 (p=0,05)
Avoir un rapport sexuel avec une personne/partenaire qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force	V	79	59,4	Ha (p<0,0001)
	A	16	27,6	Ha (p=0,001)
	C	3	7,3	Ha (p=0,041)
	I	2	5,2	H0 (p=0,082)
Donner des coups à une personne/partenaire parce qu'elle refuse d'avoir des relations sexuelles	V	43	16,7	Ha (p<0,0001)
	A	30	37,5	H0 (p=0,057)
	C	26	45,3	Ha (p<0,0001)
	I	1	0,5	H0 (p=0,751)
Embrasser de force une personne/partenaire sur la bouche	V	13	2,6	Ha (p<0,0001)
	A	57	41,7	Ha (p<0,0001)
	C	24	30,2	H0 (p=0,1)
	I	6	22,9	Ha (p<0,0001)
Réaliser un acte de pénétration avec le doigt alors que la personne/partenaire le refuse	V	85	64,6	Ha (p<0,0001)
	A	13	30,7	Ha (p<0,0001)
	C	1	2,1	H0 (p=0,465)
	I	1	2,1	H0 (p=0,465)
Forcer sa conjointe ou sa partenaire à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse et ne se laisse pas faire	V	83	88	H0 (p=0,074)
	A	13	9,4	H0 (p=0,163)
	C	3	1	Ha (p=0,008)
	I	1	1	H0 (p=0,951)
Menacer une personne/partenaire pour qu'elle accepte après coup d'avoir des relations sexuelles sans résistance	V	66	31,3	Ha (p< 0,0001)
	A	26	45,8	Ha (p< 0,0001)
	C	6	16,7	Ha (p=0)
	I	2	5,7	Ha (p=0,005)

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME**

**« LA RAISON DU PLUS FORT EST TOUJOURS LA MEILLEURE :
NOUS L'ALLONS MONTRER TOUT A L'HEURE » Jean de la Fontaine**

BOURLET DE LA VALLÉE Babette

RÉSUMÉ

Objectifs : les violences conjugales sont un enjeu de santé publique avec des conséquences variées. La prévention au quotidien et le dépistage systématique pendant la grossesse sont des éléments clés dans la prise en charge des femmes victimes. Le but de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances des femmes sur le sujet afin d'identifier une stratégie de communication et de replacer le professionnel de santé au cœur du système de prévention.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude multicentrique et prospective, à visée descriptive, réalisée dans 4 maternités de Normandie orientale. 192 femmes accouchées ont répondu à notre questionnaire distribué lors de leur séjour en suites de couches.

Résultats : Parmi les femmes de notre étude, 46% avaient un niveau de connaissance moyen et 29% un niveau insuffisant. Pour 62,2% d'entre elles, il n'y a pas d'impact de la grossesse dans l'apparition des premiers coups et il existe une mauvaise interprétation des définitions des violences comme le viol ou les violences psychologiques et verbales. 14,6% des femmes de notre étude ont un contexte de violences conjugales actif ou ancien. Pourtant, cette thématique n'a été abordée au cours de la grossesse que pour 4% des femmes interrogées. Les professionnels de santé sont en première ligne pour prévenir ces situations mais aujourd'hui leur rôle reste encore trop peu développé et ils ne sont pas cités comme le premier interlocuteur par les femmes de notre étude.

Conclusion : adapter la communication par des moyens efficaces et réinvestir les professionnels de santé dans des missions de prévention permettrait de sensibiliser plus largement la population et dépister davantage de femmes victimes de violences conjugales.

Mots-clés : violences conjugales, prévention, professionnels de santé, périnatalité, santé de la femme