

Évaluation de la formation des sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences. Point de vue de sages-femmes exerçant dans la Loire à travers une étude qualitative descriptive et interprétative

Juliette Couble

► **To cite this version:**

Juliette Couble. Évaluation de la formation des sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences. Point de vue de sages-femmes exerçant dans la Loire à travers une étude qualitative descriptive et interprétative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01944305

HAL Id: dumas-01944305

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01944305>

Submitted on 18 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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**EVALUATION DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES QUANT A
LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES**

Point de vue de sages-femmes exerçant dans la Loire à travers une étude qualitative descriptive et
interprétative

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Juliette COUBLE

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**EVALUATION DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES
QUANT A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE
VIOLENCES**

Point de vue de sages-femmes exerçant dans la Loire à travers une étude qualitative
descriptive et interprétative

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Juliette COUBLE

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Remerciements

Je souhaiterais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à ma formation et à la réalisation de ce mémoire.

Et en particulier

A Madeleine Moyroud, ma directrice de mémoire, pour ses conseils et sa bienveillance, et pour m'avoir guidée dans les recherches et la rédaction de ce mémoire.

A Séverine Taithe, ma co-directrice de mémoire, pour son accompagnement et ses corrections au cours de ce travail.

Aux sages-femmes qui ont participé à ce projet avec enthousiasme.

A mes parents, Arnaud mon frère, et toute ma famille, pour avoir cru en moi et pour leur soutien sans faille, depuis toujours.

A Julien, pour sa présence et son soutien dans tous les moments.

A mes amis pour m'avoir toujours encouragée, merci à mon groupe de copines pour tous ces moments passés ensemble,

Et à toute ma promotion, pour ces quatre belles années.

Citation

« La violence est injuste d'où qu'elle vienne. » Jean-Paul Sartre

Glossaire

- CIDFF = Centre d'informations sur les droits des femmes et des familles
- CNOSF = Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- CPEF = Centre de planification et d'éducation familiale
- CRIP = Cellule de recueil des informations préoccupantes
- DIU = Diplôme interuniversitaire
- DPC = Développement professionnel continu
- DU = Diplôme universitaire
- EPP = Entretien prénatal précoce
- HAS = Haute autorité de santé
- HRP = hématome rétro-placentaire
- HTA = hypertension artérielle
- ITT = incapacité totale de travail
- IVG = interruption volontaire de grossesse
- MAP = menace d'accouchement prématuré
- MIPROF = Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains.
- ONU = Organisation des nations unies
- PACES = Première année commune aux études de santé
- PMI = Protection maternelle et infantile
- PNP = Préparation à la naissance et à la parentalité
- RPM = Rupture prématurée des membranes

Sommaire

Introduction	2
Revue de la littérature	5
Méthode.....	29
I. Schéma d'étude.....	30
1. Objectifs et type d'approche	30
2. Lieu et durée de l'étude.....	30
II. Echantillon.....	30
III. Mode de recueil de données.....	31
1. Description du recueil de données et déroulement de l'intervention.....	31
2. Aspects éthiques et réglementaires	31
a) Avis de comités consultatifs.....	31
b) Information et consentement	32
c) Anonymat	32
IV. Mode d'analyse des données.....	32
Résultats-Discussion	33
Points forts de l'étude.....	64
Limites de l'étude.....	64
Projet d'action	64
Conclusion	65
Références bibliographiques	
Annexes.....	

Introduction

L'Organisation des Nations Unies (ONU) définit la violence à l'égard des femmes comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1). Ces actes sont interdits et punis par la loi.

Chaque année en France, 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint, actuel ou ancien (2). Une femme sur sept déclare avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle au cours de sa vie. Les femmes âgées de 20 à 34 ans sont les plus exposées aux violences sexuelles (3). Tous les trois jours une femme meurt sous la violence de son conjoint (2).

Dans un contexte de violences conjugales, un rapport de domination et de prise de pouvoir s'installe entre l'auteur et sa victime, il veut contrôler et détruire sa partenaire (4). Les violences ont tendance à s'exacerber pendant la grossesse. La femme enceinte est considérée comme vulnérable. Les consultations prénatales, l'entretien prénatal précoce (EPP) et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) constituent des moments propices à la discussion et à l'échange avec les sages-femmes. Celles-ci sont au premier plan dans le dépistage des violences pendant la grossesse.

L'objectif de cette étude qualitative, par une approche descriptive et interprétative, était d'explorer le point de vue des sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact des formations initiales et continues, et d'évaluer les aspects à conserver au cours la formation initiale et ceux à améliorer.

Cette étude permet de valoriser la profession de sage-femme et de faire prendre conscience de l'importance de la sensibilisation aux violences envers les femmes car c'est un problème majeur de santé publique.

Après une revue détaillée de la littérature où nous verrons l'état actuel des connaissances sur le sujet, nous décrirons les méthodes appliquées pour réaliser cette étude. Ensuite nous découvrirons les résultats de cette enquête, accompagnés d'une discussion étoffant les propos des participantes. Enfin, un projet d'action sera proposé afin d'aider les

professionnels au dépistage des violences faites aux femmes et d'améliorer la prise en charge de celles-ci.

Revue de la littérature

I. Les violences

1) Définition et mécanismes des violences

En 1993, lors de la conférence mondiale des droits de l'Homme, l'ONU s'engage par une déclaration en faveur de l'élimination de la violence à l'égard des femmes. L'article premier de cette déclaration définit la violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1).

Les violences au sein d'un couple se définissent comme des situations où les faits de violence sont récurrents, souvent cumulatifs, pouvant s'aggraver et s'accélérer. On parle du « phénomène de la spirale ». S'instaure alors un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur sa victime. L'auteur veut contrôler, dominer et détruire sa partenaire (5).

Il faut distinguer le conflit conjugal de la violence. Dans le premier cas de figure, les deux personnes ont des points de vue différents ; ils sont en capacité de négocier et de respecter l'altérité d'autrui. Un conflit implique une interaction, un débat, et est à même d'entraîner une négociation. Il peut faire évoluer les points de vue dans un rapport d'égalité. Au contraire, la violence est un processus au cours duquel l'un des deux partenaires exerce une emprise sur l'autre (6,7). Cette domination porte atteinte à l'intégrité physique, psychologique et/ou sexuelle de la personne dominée, que ce soit dans une relation actuelle ou passée. La victime est comme prise au piège.

Selon la psychologue Léonore Walker, la violence conjugale fonctionne en cycle. C'est le mode le plus fréquent. La première étape consiste en l'instauration d'un climat de tension entre les deux partenaires : l'auteur menace la victime, il est agité, tendu, surexcité, entraînant des sentiments de peur et d'anxiété chez la partenaire. Cette dernière fait plus attention à ses gestes et propos. L'emprise apparaît (8). Celle-ci génère un état de soumission, ces mécanismes sont consolidés par la manipulation du conjoint et viennent intensifier les sentiments de honte et de culpabilité (6). Ensuite vient l'étape de l'agression : la violence explose, c'est la crise. Puis l'agresseur se justifie, trouve des

excuses à son comportement, alors le doute s'installe chez la victime qui peut se sentir responsable. Enfin la dernière étape correspond à la phase de rémission, aussi appelée « Lune de Miel », où l'auteur cherche à se faire pardonner en s'excusant, en lui offrant des cadeaux, etc. Le conjoint violent exprime souvent des regrets. Ainsi l'espoir renaît chez la victime. Cette phase peut durer plusieurs mois (8). Lorsque l'agresseur a testé son impunité, qu'il constate que ses actes n'entraînent aucune conséquence dommageable pour lui, la période de lune de miel commence à raccourcir pour enfin disparaître (9). Face à la peur, la honte et l'isolement, la femme ne peut plus sortir de ce cercle de violence.

Les violences conjugales peuvent affecter les femmes de tous âges, de toutes professions, et issues de toutes les catégories socio-économiques. Il n'y a pas de profil type de femmes violentées (10).

Cependant, une histoire de famille complexe avec des notions de violences, un conjoint fumeur et un nombre important de partenaires sexuels augmenteraient le risque de violences pendant la grossesse (11). La présence de facteurs de risque, la prise en compte des caractéristiques démographiques et des attitudes associées doivent inciter à la détection de ces violences.

La sage-femme américaine Lisa Espinosa a décrit des caractéristiques démographiques, classant ces femmes dans un groupe considéré comme plus à risque d'être violentée. Tout d'abord l'âge : les jeunes femmes de moins de 20 ans seraient plus à risque de violences pendant la grossesse. Les grossesses chez les adolescentes s'inscrivent plus fréquemment dans un contexte de violences conjugales, en lien avec leur vulnérabilité et leurs mauvaises fréquentations. L'absence de soutien social, un contexte de rupture familiale, sont des facteurs de risque de violence. Il existe un lien entre le manque de soutien pendant la grossesse et les violences. Beaucoup de femmes enceintes victimes de violences ont ou avaient des antécédents de dépression ou d'anxiété (10).

La sage-femme relève également un manque d'accès aux soins : certaines femmes commencent leur suivi de grossesse tardivement à cause du contrôle de leur partenaire, ce qui retarde la prise en charge (10).

Il est fréquent que plusieurs facteurs s'ajoutent : l'âge et l'abus de substances illicites. Il semblerait qu'il y ait plus de violences chez les femmes consommatrices de cigarettes, d'alcool et autres drogues par rapport aux femmes non addictes (10).

L'abus de substance chez le partenaire peut aussi être associé aux violences conjugales.

2) Les auteurs

Concernant la violence physique, il s'agit neuf fois sur dix d'un homme violent envers une femme (6). Les hommes auteurs de violences sont plus enclins à utiliser la force comme moyen de contrôle et de coercition (10).

Les sujets violents présentent différentes caractéristiques. Tout d'abord, la dimension immaturo-névrotique réfère à une anxiété de fond marquée par le doute et le manque de confiance en soi. Ces derniers présentent des difficultés de remise en question et d'empathie pour autrui. Ils ont tendance à inverser la responsabilité de leurs actes et minimiser les violences exercées. Ayant une grande immaturité psychologique, ils agissent sur le coup des émotions plutôt que de réguler leurs émotions avant d'agir. Ils sont intolérants à la frustration et réagissent de façon surcompensée par une violence sur autrui. Ensuite l'aspect de l'égoïsme, la rigidité, la problématique impulsive et l'éventuelle dysthymie (fluctuation de l'humeur avec alternance de hauts et de bas) font partie de la personnalité de l'auteur de violences. Ils ont une image altérée de la femme et une conception inégalitaire des sexes (6).

Ceux-ci ont généralement été soit maltraités dans l'enfance, soit exposés à des violences conjugales et ont développé de ce fait une mémoire traumatique (6).

La relation pathologique qui le lie à sa partenaire est basée sur un triptyque : l'égoïsme, la tendance à l'emprise et la négation de l'altérité (6).

Les femmes enceintes qui subissent des violences conjugales décrivent toutes que ce dernier est méconnaissable, qu'il n'est plus lui-même, que plus rien ne peut ni les arrêter ni les raisonner. C'est la mère et l'enfant à venir qui sont visés. L'homme violent ne supporte pas que sa compagne soit enceinte, que la grossesse soit désirée ou non. Cette situation génère chez lui une grande angoisse, qui va induire une conduite dissociante. La grossesse annonce une famille qui va leur rappeler, souvent inconsciemment, des situations familiales violentes. Ils vont attribuer cet état à leur compagne de façon injuste, et vont exercer des violences sur elle et l'enfant à venir. Ce qui aura pour effet de les calmer en se déconnectant et en s'anesthésiant en étant violent (6).

Concernant la parentalité, l'auteur a une probabilité significative d'être en difficulté ou maltraitant envers son enfant. Il utilise souvent des méthodes coercitives et un rejet affectif de lui. En tant que co-parent, l'agresseur a tendance à disqualifier le rôle parental de la victime de façon diverse et insidieuse (6).

Les auteurs de violences peuvent et doivent renoncer à ces comportements, en se faisant aider par des professionnels spécialisés. Le sujet immaturo-névrotique peut relever d'une prise en charge par thérapie individuelle contrairement au sujet immaturo-égocentrique qui relève d'une obligation de suivi et est à orienter vers une technique de groupe (6).

Ces hommes auront à répondre de leurs actes devant la loi et seront tenus à une obligation de soins.

3) Les différents types de violences

Il existe différents types de violences. On observe les violences physiques : bousculades, coups avec ou sans objet, strangulations, morsures, brûlures, séquestrations (5). Ce sont les violences les plus identifiables car elles laissent des traces corporelles visibles. Elles renvoient à l'image traditionnelle des femmes battues (8).

Il existe aussi les formes verbales, perçues dans la voix, l'intonation et les cris (injures, menaces, intimidations, dévalorisations), psychologiques (humiliations, ordres, chantage affectif, interdiction de fréquenter des amis, la famille...). Ces dernières influent sur la confiance et l'estime de soi. Souvent subtile, cette forme de violence est difficile à identifier, pourtant elle atteint d'autant plus les femmes qu'elle s'attaque à leur image en la dégradant (8). Les femmes sont conditionnées à définir leurs valeurs en fonction des souhaits et des envies des hommes.

Il existe également les violences sexuelles (harcèlement, agressions sexuelles ou viols, proxénétisme ou prostitution), matérielles (en lançant des objets), économiques (contrôle des dépenses, suppression de la carte vitale, des moyens de paiement, interdiction de travailler), ou au moyen de confiscation de documents (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille, carnet de santé, diplôme, etc.). Ces formes de violence peuvent coexister (5). Celles-ci sont commises dans le secret.

Selon la déclaration de l'ONU, la violence à l'égard des femmes englobe toutes les formes de violences exercées au sein de la famille, de la collectivité, ou dans le cadre professionnel (lieu de travail ou établissement d'enseignement) (1).

4) Les conséquences

a. Les conséquences obstétricales, médicales, psychologiques, sexuelles et sociales sur la femme violentée

Les violences au sein du couple débutent ou s'aggravent au moment de la grossesse, plongeant les femmes enceintes dans une situation de précarité. Ces agressions favorisent une emprise totale de leur conjoint qui va les piéger tout au long de la grossesse et en post-partum.

Les violences augmentent significativement le risque de pathologies obstétricales telles que des fausses couches (risque multiplié par 8,3), des vomissements incoercibles, un hématome rétro-placentaire (HRP), une hémorragie fœto-maternelle, une mort fœtale in-utéro, une menace d'accouchement prématuré (MAP), une rupture prématurée des membranes (RPM), une chorioamniotite, un diabète gestationnel, une hypertension artérielle (HTA) gravidique (40 à 60% d'augmentation de risque), des métrorragies et/ou des infections urinaires (6,7,10). Les nouveau-nés de ces femmes ont un risque de prématurité et d'hypotrophie significativement augmenté (6,12). Une des causes de MAP et d'hypotrophie pourrait provenir d'un relargage de catécholamines maternelles causé par l'état de stress (10).

Les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie ont généralement une grossesse et un accouchement plus compliqués par rapport aux femmes non victimes de violences, et sont plus susceptibles de faire une dépression du post-partum, en particulier dans les trois premiers mois (6,10).

Les victimes peuvent développer des troubles au long cours : pendant des années voire toute une vie. Les troubles psychologiques sont prépondérants : troubles anxieux, troubles du sommeil, troubles cognitifs et alimentaires, psychoses, dépression, troubles obsessionnels compulsifs, claustrophobie, automutilation voire tentatives de suicide

(6,13). Les violences sont pourvoyeuses de pathologies psychiatriques : le risque est multiplié par cinq, en comparaison aux personnes non victimes de violences (6).

Les victimes présenteront un syndrome de stress post-traumatique dans 60% des cas (14). Ce dernier se manifeste par plusieurs symptômes : des cauchemars, des flash-backs, des illusions sensorielles, des souvenirs sous forme d'images violentes, faisant revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme (6,15). On parle de reviviscence. Les symptômes peuvent apparaître plusieurs années après le traumatisme.

Les troubles psycho-traumatiques s'expliquent par des mécanismes neurobiologiques et psychiques de sauvegarde, mis en place par le cerveau pour échapper au risque vital que font courir les violences (6). Pour arrêter ce risque fonctionnel, le circuit neuronal disjoncte automatiquement grâce à la sécrétion d'endorphines à hautes doses. Cette déconnexion éteint le stress extrême et entraîne une anesthésie psychique et physique. Le cerveau est dans un état de sidération, empêchant toute réaction (16). Au moment même de l'acte de violence, la souffrance physique et la détresse psychique ne sont plus ressenties. Cela donne une impression d'irréalité, de désorientation temporo-spatiale, de dépersonnalisation et d'être spectateur de l'évènement. Cela s'appelle la dissociation péri-traumatique. Celle-ci peut durer tant que les violences continuent ou tant que la menace est présente. Elle déconnecte les victimes et les anesthésie émotionnellement. Ces troubles psycho-traumatiques vont l'empêcher de comprendre ses réactions : la femme sait qu'elle subit des violences, mais comme elle est coupée de ses émotions, elle doute. Cet état de confusion permet à l'auteur de consolider son emprise, et de lui imposer des pensées et un rôle dans sa mise en scène. La vulnérabilité de la victime est un facteur aggravant ces psycho-traumatismes. Ces troubles sont liés à la gravité de l'agression, au caractère insensé des violences, à l'impossibilité d'y échapper, ainsi qu'à la mise en scène terrorisante et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur (6,17).

Ces mécanismes sont à l'origine d'une mémoire traumatique. Telle une « boîte noire », cette mémoire contient le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, et est déclenchée par des mots, des sensations, des affectss, des situations qui rappellent consciemment ou non les violences (6). Hypersensible et non contrôlable, c'est une bombe à retardement prête à exploser à l'occasion de toute situation rappelant les violences. Pour éviter de déclencher cette mémoire, la patiente est obligée de mettre en place des conduites d'évitement. Mais quand celles-ci ne suffisent plus, seules les

conduites dissociantes peuvent calmer l'état de détresse. Ces conduites, agressives et/ou auto-agressives, compulsives, conduites à risque, dangereuses, et/ou addictives, entraînent une anesthésie affective et physique, une dissociation et calment l'angoisse. Ces comportements permettent de survivre aux violences mais aggravent encore plus la mémoire traumatique (16).

Ces troubles sont des conséquences normales sur la santé mentale de situations anormales, et peuvent être traités par des professionnels de santé spécialisés même s'ils sont encore rarement identifiés (16).

En plus des coups et blessures provoqués par les violences (plaies, contusions, fractures, brûlures, etc.), des troubles neurologiques et de la sphère oto-rhino-laryngée peuvent apparaître, ainsi que des affections urologiques (le risque d'infection urinaire est multiplié par 1,8 chez les femmes violentées), gynécologiques, dermatologiques (telles que des allergies ou psoriasis), rhumatologiques, digestives (il y a deux à trois fois plus de troubles gastriques et de syndromes de l'intestin irritable chez les victimes de violences que dans la population générale) et/ou affections pulmonaires. Certaines femmes peuvent ressentir des douleurs chroniques au niveau abdominal, lombaire et/ou pelvien ; des migraines et céphalées chroniques, et des troubles chroniques du sommeil. Le risque de fibromyalgie est multiplié par trois dans cette population. Certaines seront sujettes à l'obésité, au surpoids, au diabète, et/ou aux troubles du comportement alimentaire, ou développeront une dépendance au tabac, à l'alcool ou autres drogues (6,13). Les personnes violentées sont plus susceptibles d'abuser de substances illicites que les personnes non violentées. Le risque est multiplié par deux. On remarque également une augmentation de la consommation régulière d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (6).

Concernant les violences sexuelles, les conséquences sont souvent multiples pour les femmes et peuvent perdurer dans le temps. On retrouve les maladies sexuellement transmissibles, un risque de cancer du col de l'utérus multiplié par 2,5, des grossesses non désirées, l'empêchement de prendre des contraceptifs et de faire des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ; et des troubles gynécologiques tels que des douleurs pelviennes chroniques, des hémorragies génitales, des fibromes ou des infections (6,18). Certaines femmes auront des comportements sexuels à risque (rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, etc.), des troubles de l'orgasme et/ou des dyspareunies. Elles ont en général une plus grande consommation de soins de santé (19).

De plus, les victimes ont tendance à développer des états dépressifs, un stress post-traumatique et des pensées et comportements suicidaires suites aux agressions sexuelles. Il arrive aussi que les victimes soient rejetées par leur famille ou leur communauté (18).

Tous ces types de violences ont des répercussions sur la vie sociale de la femme. En effet, les agressions entraînent un isolement de la victime, une crainte de l'intimité et ont souvent moins de confiance envers les autres (19).

b. Les conséquences sur les enfants et la relation avec leur mère

Dans la presque totalité des cas (90%), les violences continueront après la naissance (6). Celles-ci ont des conséquences graves sur les enfants.

A la naissance, l'enfant va être doublement en danger : directement par la violence de son père et indirectement par la difficulté de sa mère à s'occuper de lui et à établir un lien mère-enfant de qualité. Il peut exister des risques de négligence. De plus, le nouveau-né va lui aussi développer une mémoire traumatique liée aux violences auxquelles sa mère a été exposée lorsqu'il était fœtus ; ce qui le rendra encore plus sensible et vulnérable au stress (6).

Plus tard, il sera également exposé à la violence conjugale qui renvoie à plusieurs réalités: être témoin direct des épisodes violents (voir ou entendre), être soi-même victimisé, être impliqué (par exemple essayer d'intervenir entre les parents), être exposé à leurs contre-coups (climat de peur, sentiment de terreur, silence, arrestation, etc.) ou entendre le récit des actes subis. L'enfant n'a pas besoin de connaître les faits exacts pour reconstruire les événements. Celui-ci peut développer une vision du monde comme un lieu chaotique, imprévisible, hostile, donc dangereux (6,20).

L'insécurité, le repli sur eux, le manque d'estime d'eux-mêmes et le peu de confiance en eux sont des conséquences directes du vécu de la violence (8). On remarque chez ces enfants une altération du développement, il peut exister un état de stress post-traumatique, des troubles anxiodépressifs avec des difficultés comportementales, un retrait des interactions sociales, des retards cognitifs et du langage, ainsi que des problèmes de mémoire ou de santé (allergies, douleurs abdominales, troubles de l'alimentation et/ou du sommeil). La violence conjugale influence donc directement l'adaptation de l'enfant.

Elle constitue un facteur de stress important, puisque l'une des figures d'attachement de l'enfant est atteinte. L'enfant apprend à utiliser ces conduites qui paraissent efficaces pour arriver à ses fins ou pour résoudre des conflits. Il intègre les conduites violentes par apprentissage social. À l'adolescence ou l'âge adulte, celui-ci pourrait reproduire ces situations dans ses relations intimes ou avoir des problèmes d'abus de substances. Les conduites à risque, délinquantes et agressives sont augmentées chez les personnes ayant vécu dans une sphère familiale violente. Enfin, l'isolement est fréquent dans cette population d'enfants (6,20).

Avoir subi des violences dans l'enfance est un facteur de risque majeur d'en subir à nouveau tout au long de sa vie. La victime connaît la soumission, la tolérance et l'hyperadaptation à des situations extrêmes. Elle a appris à considérer qu'elle n'avait pas de valeur, aucun droit et que personne ne viendrait à son secours. Elle a dû construire sa personnalité avec une mémoire traumatique et des troubles dissociatifs de survie. Ces traumatismes accumulés et non traités faciliteront la mise en place d'une emprise (6).

La violence conjugale provoque un déséquilibre dans l'ensemble du système familial par ses effets directs et indirects sur chacun des membres. Le schéma familial sera basé sur le modèle « parent-conjoint maltraitant, parent-conjoint victime et enfant co-victime » (6,20).

Concernant la relation mère-enfant, elle se bâtit par les interactions entre les deux personnages. Dans cette dernière, l'enfant n'est pas qu'objet passif, mais un individu à part entière qui participe à la modulation du lien affectif (20).

Les auteurs qui ont étudié cette relation en contexte de violences conjugales conceptualisent celle-ci de différentes façons. Les dimensions retenues se réfèrent particulièrement aux habiletés parentales ou méthodes éducatives et à la relation d'attachement (20).

La mère représente une figure d'attachement pour l'enfant. Dans le cadre de violences, ce personnage est blessé ; l'attachement de la mère à son enfant est fragilisé et la relation peut être altérée. La violence dans le couple empêche de créer un attachement sécurisant (6). La sécurité de l'attachement pourrait aussi être affectée lorsque les épisodes violents entourent la naissance de l'enfant. Les femmes violentées auraient une représentation plus négative de leur nourrisson et d'elles-mêmes comme mères. Elles développent un attachement anxieux à leur enfant. La mère doit composer avec les effets de sa propre

victimisation. Sa détresse et ses autres symptômes sont susceptibles de diminuer ses facultés parentales et rendre l'exercice de son rôle maternel plus difficile (20). La violence empêche le parent victime de fonctionner de façon adaptée sur le plan éducatif (6).

Les comportements des femmes envers leurs enfants sont plutôt hétérogènes. Certains auteurs montrent qu'une part des femmes violentées seraient plus strictes, établissant des limites plus restrictives après des phénomènes de violences. D'autres mères qui souffrent de dépression s'avèreraient plus permissives ou moins attentives aux comportements de leurs enfants. D'autres deviendraient plus protectrices pour compenser le chaos associé à la présence de violences conjugales dans la famille. On remarque que les mères violentées sont plus enclines à utiliser la punition physique ou à recourir à d'autres comportements agressifs dans la discipline. Les stratégies recommandées sont celles qui renforcent les conduites appropriées de l'enfant et qui visent à le responsabiliser en lui apprenant à reconnaître les conséquences de ses actes (20).

La relation mère-enfant deviendrait moins efficace pour réassurer l'enfant alors que son angoisse et ses besoins de soutien sont grandissants. Il peut exister un phénomène de parentification : celui-ci renvoie à l'inversion de rôle, au plan émotif et/ou instrumental, entre l'enfant et l'un de ses parents. Il s'observe par l'adoption de comportements de soutien excessif. Le sentiment de responsabilité de l'enfant par rapport à la violence le pousserait à adopter des conduites parentifiées afin de réparer sa « faute » ou d'éviter une reproduction des épisodes violents (20). Les enfants peuvent se percevoir comme prétexte ou cause des violences entre leur parents, et peuvent se sentir coupables (6).

La violence influence les conduites maternelles, mais il existe une grande variabilité individuelle.

c. Les conséquences économiques

Les violences envers les femmes ont des conséquences économiques importantes. Ces actes et leurs conséquences génèrent une augmentation importante de la consommation médicale. En effet en 2014 en France, le coût économique total des violences exercées au sein du couple représente plus de trois milliards et six cent millions d'euros. Ces chiffres ne cessent d'augmenter. La part la plus importante (38,2%) concerne la perte de production (soit 1,37 milliard d'euros). Ensuite vient le coût du préjudice humain, dont les conséquences des incapacités totales de travail (ITT), soit 28,6% ; puis 11,7% de ces

dépenses (soit 422 millions d'euros) représentent le coût de l'incidence sur les enfants (21). Enfin les coûts directs représentent les soins médicaux, le coût des conséquences sociales, les dépenses liées à l'accompagnement des victimes et des auteurs, les frais pour les activités de police, gendarmerie, justice, administration pénitentiaire, de centres d'hébergements d'urgence, etc. (22). Ces derniers atteignent 775 millions d'euros (21).

II. Epidémiologie

Chaque année, en France 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint, actuel ou ancien. De même qu'on estime à 93 000 le nombre de femmes victimes de viols ou tentatives de viol chaque année (2).

Une femme sur sept déclare avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle au cours de sa vie. Parmi elles, 3,7% ont vécu au moins un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie. Les femmes jeunes, âgées de 20 à 34 ans, sont les plus exposées aux violences sexuelles : plus d'une femme sur 20 âgée de 20 à 34 ans a subi un viol, une tentative de viol ou une agression sexuelle autre que le viol (hors harcèlement ou exhibition) durant l'année 2015 (3). Dans un tiers des cas, le viol est commis par le partenaire ou ex-partenaire de la victime, parmi ceux enregistrés par les forces de sécurité (2).

Une étude nationale sur les morts violentes révèle qu'en 2016, 109 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint. La cause était des violences volontaires ayant entraîné la mort ou par homicide volontaire. On entend par homicides les meurtres et assassinats. En 2016, les agresseurs ont utilisé à 77,54 % une arme (arme à feu ou arme blanche), viennent ensuite la strangulation et les coups (23). En moyenne, une femme décède tous les trois jours sous la violence de son partenaire. Pour les hommes victimes, cette fréquence s'élève à un tous les 11,7 jours (2).

Le taux de plainte est très faible : moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles porte plainte contre son conjoint (2).

Ces actes sont un problème majeur de santé publique.

Il existe des difficultés rencontrées par les professionnels de santé face au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement des femmes victimes de violences. La loi du 5

novembre 2015 prévoyait de former les professionnels, notamment médicaux, sur les violences, les mécanismes d'emprise psychologique et sur les modalités de leurs signalements (24). Alors qu'en est-il aujourd'hui ?

III. La profession de sage-femme

1) Rôle dans la prise en charge des femmes victimes de violences

Les sages-femmes, du fait de leur activité et leur proximité avec les femmes, sont au premier plan dans le dépistage des violences.

Elles réalisent un diagnostic, décident d'une stratégie d'intervention et d'accompagnement, effectuent un suivi et assurent la continuité de la prise en charge (25).

La grossesse est un moment privilégié pour repérer les violences passées ou actuelles. Les consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que la femme n'a pu évoquer auparavant. De plus, la période de grossesse étant une période à risque de victimisation, la vigilance des professionnels est d'autant plus importante (26). Selon les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS), un EPP doit être proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse. Il est réalisé durant le premier trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin. Les conditions de dialogue et l'utilisation des techniques de communication appropriées permettent d'accéder au ressenti des femmes et sont propices au repérage des situations de vulnérabilité chez la mère. Un des objectifs de cet entretien est un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à sa protection et à sa sécurité. Ces facteurs ne pourront pas tous être repérés lors de cet entretien. Il est recommandé que le professionnel de santé qui assure les consultations de suivi de la grossesse soit attentif au repérage de ces facteurs. Celui-ci doit dans la mesure du possible convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance (27). Au-delà de son rôle de soignant, il est appelé à assister la victime (9).

2) Formation à la profession de sage-femme

En France, la formation à la profession de sage-femme comprend la validation de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) suivie de quatre ans au sein d'une école de sage-femme, en vue d'obtenir le diplôme d'Etat.

Selon l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, celle-ci est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Il faut être titulaire d'un baccalauréat (ou équivalence) pour intégrer ce cursus. La formation est structurée en deux semestres et associe des enseignements théoriques et dirigés. Certaines unités d'enseignement sont communes aux quatre filières, d'autres sont spécifiques à chacune. A l'issue de cette année, des épreuves de classement sont organisées. Pour être admis à poursuivre des études de sage-femme au-delà de la PACES, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement correspondant à cette filière (28).

Ensuite la formation se poursuit au sein d'une des 35 écoles de sages-femmes du pays. Celle-ci est composée de deux cycles d'études comprenant des enseignements théoriques et pratiques. Le premier permet aux étudiants sages-femmes d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Le second est consacré à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie dans ces domaines (29).

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme stipule que la formation dispensée au cours des stages permet à l'étudiant de s'inscrire dans une démarche clinique, de développer les compétences professionnelles et transversales indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme. L'étudiant aborde les différents modes d'exercice de la profession en milieu hospitalier et extrahospitalier et construit son projet professionnel. Tous les stages doivent être validés pour passer dans l'année supérieure. A l'issue de la 5^{ème} année, le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants ayant validé l'ensemble des enseignements et des stages, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique et ayant soutenu leur mémoire avec succès (30).

Ce titre de formation est obligatoire pour pouvoir exercer la profession.

Afin de mettre en conformité les études de santé avec le processus de Bologne Licence-Master-Doctorat (LMD), le décret du 15 décembre 2014 permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme, obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015, d'acquérir le grade universitaire de master de plein droit (29).

3) Conditions à l'exercice de la profession et les différents modes

Selon l'article L. 4111-1 du code de la santé publique en rapport avec les conditions générales d'exercice des professions médicales, une personne souhaitant exercer la profession de sage-femme doit être titulaire d'un diplôme d'Etat, être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne et doit être inscrite au tableau de l'ordre des sages-femmes (31).

Différents modes d'exercice existent dans la profession. Le plus fréquent est l'exercice salarié. En établissement public, les sages-femmes (de grade I ou II), sages-femmes coordonatrices, sages-femmes enseignantes et les directeurs d'écoles sont des agents de la fonction publique hospitalière et sont liés par un contrat de travail avec l'hôpital. Une sage-femme peut également travailler dans des établissements d'hospitalisation privés à but lucratif (les cliniques) ou dans des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) tels que des associations, fondations, congrégations ou mutuelles. Le contrat de travail de ces sages-femmes s'intègre le plus souvent dans le cadre d'une convention collective nationale négociée au sein de la fédération hospitalière privée.

Enfin il existe des sages-femmes territoriales qui exercent leurs fonctions dans les départements, structures intercommunales ou communes et plus particulièrement dans les services de protection maternelle et infantile (PMI) et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Elles ont un statut d'agent de la fonction publique territoriale (32).

Une sage-femme peut avoir un exercice libéral : seul(e) ou en commun avec d'autres sages-femmes ou professionnels de santé, en cabinet ou maisons de santé.

Certaines sages-femmes font le choix d'exercer leur profession dans plusieurs lieux, ce qui constitue un exercice mixte.

4) Formation continue

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu (DPC) prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2 du Code de la santé publique (33).

Le DPC, créé par la loi du 21 juillet 2009, est un dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé, dont les objectifs sont, entre autres, le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (34).

D'après le décret du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, celui-ci constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente. La sage-femme doit y participer chaque année. Les conseils compétents de l'ordre des sages-femmes assurent la promotion de programmes de DPC qui peuvent être suivis par des sages-femmes libérales, fonctionnaires et salariées. Ces programmes peuvent associer d'autres professionnels. Les sages-femmes choisissent librement les organismes de développement professionnel qui mettent en œuvre les programmes auxquels elles participent. L'organisme de DPC délivre une attestation justifiant de leur participation au cours de l'année (35).

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) a fixé une liste de diplômes universitaires et inter universitaires (DU et DIU) accessible aux sages-femmes : acupuncture obstétricale, addictologie, contraception et gynécologie, éthique et déontologie, échographie obstétricale (le CNOSF recommande aux sages-femmes souhaitant s'orienter vers une formation complémentaire en échographie gynéco-obstétrique et souhaitant pratiquer des échographies de dépistage de la trisomie 21 de s'engager vers une formation interuniversitaire, dispensant un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique). Il existe aussi des DIU d'homéopathie, d'hypnose médicale, de lactation et allaitement, de lutte contre les violences faites aux femmes, de mécanique et technique obstétricale, de médecine fœtale, de nutrition, de périnatalité, de phytothérapie, de prise en charge des nouveau-nés, de psycho-périnatalité, de rééducation périnéale, de sexologie, de suivi des grossesses à risque et de tabacologie et aide au sevrage tabagique (36).

Seuls les diplômes délivrés par les universités sont reconnus par le CNOSF. L'université Paris-Descartes, notamment, propose aux sages-femmes le DIU Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance, le DU Victimologie et celui de Médecine Légale et Sciences criminelles option Psychotraumatologie et Victimologie.

5) Vécu des sages-femmes et étudiants sages-femmes

La prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes de violences est difficile tant pour les étudiants, que pour les sages-femmes diplômées qui continuent à être en difficulté tout au long de leur carrière.

En 2012, Elisa Mauri a mené une enquête en Italie à propos des expériences des sages-femmes dans le dépistage et la prise en charge des femmes violentées pendant la grossesse. Via cette étude qualitative, 15 entretiens semi-dirigés ont été enregistrés. L'analyse des entrevues a permis de formuler trois principaux thèmes : la difficulté d'identifier les violences, les différents moyens utilisés pour les détecter, et l'implication des professionnels (37).

La majorité des sages-femmes interrogées identifiaient leur difficulté à cause d'un manque de formation. Beaucoup disaient qu'elles ne se sentaient pas assez préparées. La plupart ont souligné le besoin de mettre en œuvre des formations sur les violences pour améliorer les connaissances, la détection et la prise en charge de celles-ci. Quelques-unes disaient que l'expérience clinique était essentielle pour être capable d'identifier des signes de violences. Certaines avaient évoqué un manque de temps pendant les consultations, et/ou un tabou culturel qui empêchait les femmes de révéler des violences. Néanmoins, une attitude empathique, sensible, et à l'écoute était nécessaire auprès des victimes. Enfin, toutes ont décrit qu'une approche interdisciplinaire était une ressource importante et qu'une collaboration avec les autres professionnels était utile (37).

En 2014, la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a réalisé une enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Un questionnaire a été diffusé et 1474 réponses ont été collectées. Les résultats indiquaient qu'environ sept sages-femmes sur dix n'ont pas été formées sur les violences faites aux

femmes au cours de leurs formations initiales et continues. Plus de huit sages-femmes sur dix désirent être formées sur les différentes formes de violences. Face à des situations de violences repérées, 81% n'ont pas le sentiment d'être suffisamment préparées. Neuf sages-femmes sur dix estiment avoir un rôle à jouer dans le repérage des violences et leur prise en charge. Lorsqu'une formation a été reçue, celle-ci est la plupart du temps d'une courte durée, c'est-à-dire inférieure à trois heures (12).

Pour les étudiants, ils sont eux aussi exposés à ces situations de dépistage, parfois tôt pendant leur stage.

Une étude australienne a été entreprise en 2017 au sein d'une population d'étudiants sages-femmes en dernière année de cursus. Le but était d'augmenter leur assurance et leur confiance dans le dépistage, la révélation et la prise en charge des violences conjugales dans les services hospitaliers. Dans un premier temps, un sondage a été organisé pour évaluer les connaissances et les lacunes des étudiants dans ce domaine. Ces derniers ont décrit un manque de préparation, de formation et d'entraînement, ainsi qu'un manque d'assurance et une gêne auprès des femmes victimes de violences. Ils ne se sentent pas capables d'encadrer de futurs étudiants dans cette pratique. Cela réduit l'opportunité de prise en charge (38).

Or il est important que les sages-femmes et étudiants se sentent compétents et suffisamment à l'aise dans ce domaine. Ce sentiment dépend de nombreux facteurs incluant la formation initiale et continue. Le vécu des étudiants sages-femmes diffère selon les universités et dépend des enseignements théoriques et pratiques. Ils sont souvent dans l'incapacité d'accéder à cet entraînement.

L'étude a consisté dans un second temps, à animer un atelier interactif via des jeux de rôle, des vidéos, dans le but d'avoir un modèle pour dépister les violences. Ces supports aident à l'apprentissage et donnent l'opportunité aux étudiants de voir un professionnel poser la question du dépistage. Des intervenants ont participé ainsi que des femmes venant témoigner (38).

Ces ateliers sont reconnus comme un moyen efficace de formation, tant pour les étudiants que pour les sages-femmes, pour améliorer la pratique professionnelle et accomplir un large changement auprès des professionnels de santé.

A la fin, un nouveau sondage a été proposé aux étudiants pour évaluer leurs sentiments. Les résultats ont montré une augmentation de l'assurance chez ces derniers, ils étaient plus confiants dans leur capacité à dépister et prendre en charge les victimes, en particulier concernant les réponses à apporter aux femmes qui révèlent des violences (38).

En formation initiale, le référentiel métier des sages-femmes est au centre de la construction des futurs cursus de formation : les compétences devront être déclinées en activités d'apprentissage. Ce qui pourra permettre à l'étudiant, en bénéficiant d'une vue élargie de ses actions d'apprentissage, de saisir les messages et les valeurs qui lui sont enseignés (25).

Une autre sage-femme australienne, Lesley Kuliukas, a également mené une étude auprès d'étudiants sages-femmes et assistantes sociales en 2016. Elle voulait connaître leurs impressions après une simulation haute-fidélité d'une situation de dépistage et prise en charge de violences faites aux femmes. La séance a été organisée avec des étudiants de différents corps de métiers pour former au dépistage et à la prise en charge des violences. Deux scénarios avaient été écrit au préalable par l'équipe enseignante, puis les étudiants ont joué chacun une action. Tous ont participé. Un débriefing a été mené suite à la simulation pour permettre un retour et une réflexion sur les actes passés, avec identification des difficultés et stratégies mises en œuvre pour pallier à cela. Des points clés ont émergé pour les actions principales. Puis les investigateurs ont recueilli l'avis des étudiants : grâce à cette méthode pédagogique, l'apprentissage était amélioré, dans un environnement sûr mais réaliste. Ils ont pu mettre en œuvre leur compétences, apprécier l'importance du travail pluridisciplinaire et cette simulation a fait connaître les rôles de chacun. La discussion a été utile pour les élèves et a permis de construire des stratégies de prise en charge pour leur pratique future. Ils sont maintenant moins embarrassés à propos de ce thème et ont plus d'empathie. Les étudiants ont exprimé le souhait de participer plus souvent à des simulations haute-fidélités pour être plus préparés et diminuer leur appréhension face à des situations complexes. Ils recommandent ce support d'apprentissage pendant la formation (39).

Ces activités peuvent être appliquées à tous les professionnels travaillant auprès des femmes.

IV. La prise en charge des femmes violentées et aspect législatif

1) La prise en charge

La prise en charge des femmes violentées doit être globale. Le premier temps sera un temps d'accueil de la victime. Ce sont souvent les gendarmes ou policiers qui initient le parcours. Les structures d'urgence sont également des lieux privilégiés par les victimes, car plus anonymes et accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Ce n'est que dans un second temps que les victimes seront orientées vers les structures spécialisées, de type unité médico-judiciaire (9).

Ensuite, des soins d'urgence sont dispensés si nécessaires avant de faire les constatations médico-légales (9). Pour l'aspect médical, le professionnel de santé établit un certificat médical de constatation des lésions et traumatismes, qu'il remet à l'intéressée ou à l'autorité requérante (police, gendarmerie, etc). Ce certificat est un élément de preuve utile dans le cadre d'une procédure judiciaire (5). Le professionnel fait également un signalement de maltraitance auprès du procureur de la République et rédige une information préoccupante.

Cette consultation s'accompagne d'une prise en charge psychologique, proposée systématiquement. Ce temps correspond à un moment d'écoute à propos des difficultés rencontrées, c'est un temps d'informations sur les conséquences de ces expériences et a un rôle de soutien.

Il faut veiller, dans la mesure du possible, à s'entretenir avec la victime seule ; et créer un climat de confiance en abordant le sujet avec des questions simples.

Les préjudices résultant de l'acte de violence seront évalués par des experts judiciaires, experts en assurance ou des organismes sociaux : il s'agit de l'expertise du dommage. En fonction, les autorités judiciaires se chargeront du jugement et de la condamnation de l'auteur. Enfin la réparation correspond à l'aboutissement du parcours qui est indispensable à la réintégration (9).

2) Administration et mesures de protection pour la victime

Après un ou plusieurs épisodes de violences, la femme peut joindre le 3919. C'est un numéro national d'écoute destiné aux témoins ou femmes victimes de tous type de violences, anonyme, gratuit et joignable tous les jours. Il n'apparaît pas sur la facture téléphonique et l'appel émis n'est pas tracé.

Ensuite la victime peut déposer une plainte au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie. Ceux-ci ont l'obligation d'enregistrer la plainte. Si elle ne souhaite pas faire cette démarche, elle peut faire une simple déclaration sur un registre de main courante (police) ou par un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie). Cette déclaration constitue une trace écrite qui pourra être utilisée ultérieurement dans une procédure devant la justice (5).

Selon l'article 515 du Code civil, le juge aux affaires familiales, saisi par la personne en danger, peut délivrer en urgence une ordonnance de protection en faveur de la victime. Ensuite il en informe le procureur de la République (40). Ce juge peut expulser l'auteur hors du domicile familial, interdire à l'auteur de rencontrer la victime, autoriser la victime à dissimuler son domicile ou sa résidence, octroyer un téléphone de protection pour alerter les forces de sécurité en cas de danger grave, et peut se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale (5). Grâce à la loi du 4 août 2014, ces mesures sont valables pour une durée de six mois (au lieu de quatre prévus initialement) (41). Le procureur est chargé de veiller au respect des mesures imposées par l'ordonnance. Pour les femmes étrangères bénéficiant de l'ordonnance de protection, un titre de séjour est délivré ou renouvelé automatiquement.

Si un signalement a été fait, alors le juge pénal pourra engager des poursuites judiciaires contre l'auteur des violences. Il peut, en plus du reste, placer l'auteur en détention provisoire et lui imposer un suivi thérapeutique (5).

De plus, plusieurs associations existent dans chaque département telles que le centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), le planning familial, Comité Femmes Solidaires, etc ; ainsi que des services de PMI, répartis sur le territoire.

Des groupes de paroles peuvent être proposés aux femmes dans leur accompagnement. Ils permettent aux victimes de s'exprimer, afin de briser la solitude dans laquelle leur compagnon les a peu à peu exilées. Le groupe leur permet aussi de se questionner sur leur

propre histoire en résonance à celle des autres, de percevoir les mécanismes d'emprise et le lien de dépendance pathologique et dangereux (6).

3) Les actions menées par l'Etat

L'objectif est de permettre à la victime, dès qu'un acte de violence est déclaré, de trouver des réponses pénales, sanitaires et sociales grâce à des professionnels formés (42).

Le 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, mis en place de 2014 à 2016, renforce la protection des victimes de violences au sein du couple. Dans le cadre de cette politique, ont notamment été mis en place : une organisation de l'action publique autour du principe qu'aucune violence déclarée ne doit demeurer sans réponse (plateforme téléphonique, centres d'hébergement d'urgence, augmentation de l'effectif des policiers et gendarmes, etc.), une protection plus efficace des victimes (renforcement de l'ordonnance de protection, prévention des récidives, consolidation de l'accueil de jour, etc.) et une mobilisation de l'ensemble de la société (agents du service public et professionnels à travers un programme de formation initiale et continue, prévenir les comportements sexistes et lutter contre les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines) (43). Des progrès considérables ont été réalisés, plus de 300 000 professionnels ont été formés (44).

Le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (débuté en 2017) traduit l'engagement de l'État pour permettre aux femmes victimes de violences d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire. Ce plan fixe trois objectifs d'ici 2019 : sécuriser et renforcer les dispositifs, renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants et déraciner les violences par la lutte contre le sexisme (45). Au total, plus de 125 millions d'euros seront engagés entre 2017 et 2019 pour financer ces mesures.

Ces politiques globales de lutte contre les violences faites aux femmes associent les organismes publics, les organisations non gouvernementales, et les pouvoirs publics, et appellent à une mobilisation de chacun. Les campagnes de sensibilisation insistent aussi sur le rôle des témoins et des proches, qui peuvent être bénéfiques lorsque la victime craint de s'exprimer (42).

4) Législation

L'article 5 de la déclaration universelle des Droits de l'Homme affirme que « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » (46). Aucune violence n'est justifiable. La loi française protège toutes les femmes victimes de violences conjugales vivant en France, quelles que soient leur nationalité et leur situation juridique de séjour. La loi prévoit des sanctions, un suivi et une prise en charge pour les auteurs de violences (5).

En fonction du délit ou du crime, l'auteur des violences encoure différentes peines. Selon l'article 222-11 du code pénal, les violences ayant entraîné une ITT pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. L'alinéa 12 du même article définit la peine d'emprisonnement à cinq ans et l'amende à 75 000 euros si l'infraction est commise par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité (47). Le fait que l'auteur des violences soit le conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante. L'ancienne relation de couple est une circonstance aggravante au même titre que la relation de couple existant au moment de l'infraction (6).

Concernant les professionnels de santé, ceux-ci sont soumis au secret médical. Cependant, selon l'article 226-14 du code pénal, le secret n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (48). Dans ce cas, l'accord de la victime n'est pas nécessaire.

L'article R.4127-315 du code de la santé publique stipule qu'une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés (33). Selon l'article R.4127- 316 du même code, lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection (49). S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique

ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives (33).

Depuis la loi du 5 novembre 2015, le signalement d'une maltraitance à une autorité compétente ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du professionnel ayant reporté l'incident (24). Si la victime est mineure ou majeure vulnérable (en cas de grossesse, déficience, état dépressif, pulsions suicidaires, ou selon son âge), le signalement au procureur de la République est obligatoire, selon l'article 44 du code de déontologie médicale.

Cette notification adressée au procureur pourra désormais être également adressée à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Ces dispositions concernent autant les enfants maltraités que les femmes violentées. Concernant une personne majeure, le professionnel de santé doit avoir son accord pour effectuer le signalement, si celle-ci n'est pas dans une situation de vulnérabilité (50).

En cas de manquements à ses obligations déontologiques, un professionnel de santé peut être poursuivi pour non-assistance à personne en danger. Comme le rappelle l'article 223-6 du code pénal « Quiconque pouvant empêcher [...] soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne s'abstient volontairement d'agir est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende » (51).

La violence conjugale fait partie de la réalité de nombreux couples. Elle est le premier obstacle à l'égalité entre les femmes et les hommes. Au vue des conséquences dramatiques que ces violences entraînent sur les femmes et leurs enfants, ce phénomène devient une priorité de santé publique, appelant un engagement constant de la part de l'Etat.

Les professionnels, en particulier les sages-femmes, au contact des femmes ont un rôle crucial à jouer en termes de repérage, de prise en charge et d'orientation des victimes de violences.

Méthode

I. Schéma d'étude

1) Objectifs et type d'approche

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'explorer le point de vue de sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact des formations initiales et continues, et d'évaluer les aspects à conserver au cours de la formation initiale et ceux à améliorer. Ce travail a été entrepris selon une approche descriptive et interprétative afin de décrire les phénomènes humains rencontrés dans la pratique clinique et comprendre ceux-ci selon le point de vue des professionnels.

2) Lieu et durée de l'étude

L'étude a été réalisée dans une ville ligérienne, le recueil de données a duré six semaines (du 21 août au 29 septembre 2017).

II. Echantillon

L'échantillon raisonné était composé de sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales exerçant en service de PMI dans la région Auvergne Rhône-Alpes.

Celles-ci ont été contactées par téléphone ou via leur adresse email professionnelle. Une sage-femme coordinatrice de maternité de l'hôpital a participé au recrutement en envoyant un courrier électronique groupé à toutes les sages-femmes exerçant en mode hospitalier.

Au total, onze participantes ont été recrutées pour cette étude (cinq hospitalières, cinq libérales et une territoriale). La moyenne d'âge était de 42 ans, la majorité des participantes étaient issues d'écoles de la région Auvergne Rhône-Alpes, huit d'entre elles ont été reçues avant 2013. En moyenne, les professionnelles ont été diplômées en 1998.

III. Mode de recueil de données

1) Description du recueil de données et déroulement de l'intervention

Une fois un rendez-vous convenu avec chacune, le recueil des données s'est fait par entretiens semi-dirigés en face à face avec les participantes. Chaque entrevue était individuelle.

A l'aide d'un guide d'entretien, leurs propos ont été concentrés. Ce guide était composé d'une trentaine de questions ouvertes ou fermées, portant sur les renseignements généraux, l'opinion des professionnelles lors de la prise en charge des femmes et sur les formations initiales et continues (Annexe I). Leurs propos ont été enregistrés sur un dictaphone. En moyenne, les entrevues ont duré 22 minutes, allant de neuf à 64 minutes. Au total, cinq heures ont été enregistrées.

Les données ont ensuite été retranscrites rigoureusement sur un document Word. Le temps de retranscription moyen a été de quatre heures pour chaque entretien, soit environ 45 heures au total. Pour le contrôle qualité de l'étude, une réécoute des enregistrements et un contrôle simultané des retranscriptions a été fait.

2) Aspects éthiques et réglementaires

a. Avis de comités consultatifs

Le comité scientifique a donné son accord pour la réalisation d'une étude qualitative basée dans cette ville, retraçant le point de vue des professionnels.

Concernant le recueil des données, le guide d'entretien a été validé par les professionnelles encadrant le travail de recherche. Les autorisations du chef de pôle et de la sage-femme coordinatrice du service de l'hôpital ainsi que celle du médecin responsable de la PMI ont été nécessaires pour la réalisation des entretiens dans ces lieux.

b. Information et consentement

Une lettre d'information individuelle a été distribuée en main propre à chaque participante avant le rendez-vous ou avant d'entreprendre l'entretien. Celle-ci présentait l'étude et comprenait des coordonnées afin qu'elles puissent demander des renseignements complémentaires et poser leurs questions si besoin (Annexe II).

Le consentement oral des participantes a été recueilli avant le début de l'entretien individuel.

c. Anonymat

L'anonymat des participantes a été garanti par l'attribution d'un prénom fictif, aucun renseignement pouvant trahir l'anonymat n'a été demandé. De plus, aucun nom de ville, de professionnels ou d'association n'a été cité.

IV. Mode d'analyse des données

Suite aux retranscriptions, les données ont été traitées selon une analyse thématique du contenu.

Après relecture des retranscriptions, des extraits significatifs des verbatims ont été dégagés. Avec les sous-concepts les plus souvent évoqués par les participantes, plusieurs concepts ont émergé et des relations ont pu être mises en évidence. Ceux-ci ont été regroupés pour constituer des catégories. Les liens entre catégories, concepts et sous-concepts ont été faits par codage axial : relation par complémentarité, opposition, ou pondération.

Résultats-Discussion

I. Le dépistage d'une situation de violence

1) Manière de poser la question

Le repérage des violences contribue à réduire la durée de tolérance de celles-ci, les récurrences, l'aggravation des risques et les conséquences profondes sur la personnalité de la victime (26). C'est le premier temps de la prise en charge thérapeutique.

Les participantes ont d'abord été interrogées sur leur façon de dépister les violences.

Constance, la sage-femme la plus expérimentée, a répondu « Je pose la question systématiquement. » Selon Mathilde Delespine, sage-femme travaillant au sein du réseau Naitre dans l'Est Francilien, le repérage systématique est un pas vers la personne qui permet de libérer la parole. Il permet aussi de rompre la solitude dans laquelle se trouve une majorité de victimes et donne l'opportunité aux femmes de comprendre qu'il est possible de parler de violence dans le cadre d'une consultation (26). Elle préconise ce type de repérage pour que la patiente sache que c'est un sujet médical (52). Elisabeth, sage-femme depuis plus de 15 ans, a expliqué « Comme à une époque où on a été sensibilisé à poser la question systématique du cannabis qu'on ne posait pas forcément au départ. Moi cette question je la pose en systématique et je suis très à l'aise avec la réponse qu'elles peuvent m'apporter, je pense que la violence ça peut devenir pareil. Plus ce sera systématique plus on sera à l'aise avec les réponses à apporter. Et plus notre question la patiente l'entendra comme que question normale et non stigmatisante. Elle aura l'impression que c'est dans l'interrogatoire classique. » Elle ajoutait « il faut que ça devienne la norme. »

Pour Mathilde Delespine, il est indispensable de poser clairement la question de l'existence de traumatismes antérieurs et/ou actuels (52). La forme de ces questions doit être propre à chaque professionnel.

Constance racontait « Avant je posais la question suivante : "est-ce que vous avez vécu des événements difficiles dans votre vie ? des pertes, des deuils, etc." mais je ne posais pas la question précise des violences. » Pauline, une jeune sage-femme, expliquait « Alors je cite la phrase "Avez-vous déjà subi dans votre vie, que ce soit dans l'enfance ou actuellement, des stress, des agressions ou des violences ? " et j'ai des déjà eu des

réponses positives, donc j'imagine que la question est à peu près... pertinente. » Florence avait pris l'habitude de demander « si elles avaient déjà été confrontées à de la violence physique ou verbale dans leur vie, que ce soit professionnelle ou personnelle. » Gilles Lazimi, médecin généraliste en région parisienne, pense que le repérage en consultation est fructueux avec de simples questions et permet de faire le lien avec de nombreux tableaux cliniques. Selon lui, « on n'a de réponses qu'aux questions que l'on pose » (6). Béatrice racontait « Moi souvent je suis appelée en deuxième ligne. Les sages-femmes suspectent déjà. Donc moi, avant d'aller voir la patiente, je sais déjà que je vais être amenée à poser la question. Alors je leur demande, je leur dis "Est-ce que les bleus, la douleur que vous décrivez ça pourrait être lié à un coup porté par quelqu'un ?" voilà. Et si elles me répondent non, je leur demande "Et est-ce que dans votre couple il y a des soucis ? vous vous entendez bien ? Parce que vous savez des fois on peut ne pas avoir de coups ou... s'être fait mal, vous pouvez aussi vous être tapée parce que vous vous êtes disputée" enfin j'essaie de parler de disputes. Et après orienter sur les violences verbales, le fait d'être harcelé, etc. »

Sur les 11 participantes interrogées, sept énumèrent les différents types de violences quand elles posent la question. D'après Coralie, sa manière d'interroger a évolué « J'ai un peu évolué au cours du temps. Au départ je demandais "Est-ce que ça se passe bien à la maison, est-ce qu'il n'y a pas de soucis particulier etc.". Après je posais plus la question directe des violences "Est-ce que vous avez déjà subi des violences dans la vie ?" Là j'attends qu'elle me réponde oui ou non, et une fois qu'elles m'ont répondu, je leur demande "ça peut être tous type de violences : physiques, psychologiques, sexuelles". Parce que j'ai remarqué que souvent il n'y a pas mal de femmes qui me disent "non" au début et après quand je leur cite quelques violences il y en a finalement pas mal qui me disent "Ah bah oui alors" ». Du point de vue de Magali, celle-ci racontait « Je développe parce que souvent quand je leur dis "violences" elles pensent que violences physiques alors du coup j'énumère ».

A ce sujet, Constance a précisé « Petit à petit, j'ai aussi ajouté les violences sexuelles. » D'après Muriel Salmona, psychiatre spécialisée en psychotraumatologie, il ne faut pas hésiter à poser directement des questions abordant le sujet des violences sexuelles avec la victime : « êtes-vous soumise à des violences sexuelles ? » « Vous a-t-il imposé un rapport sexuel de force ? », en modulant les termes selon le degré de compréhension et les facilités de langage de la personne (6). Dans son quotidien, Claudine s'occupait surtout

de femmes « mineures ou jeunes majeures, j'ai quand même une population jeune ». C'est pourquoi elle confiait, hésitante, « je me vois mal...je la pose quand je sens.... Mais la poser comme ça de première intention je ne sais pas comment ce serait perçue, il faut déjà un rapport de confiance qui s'établisse. Donc quand elles reviennent, quand elles sont en confiance... Si je sens, je peux être amenée à la poser mais je ne vais pas la poser d'emblée directement. » Claudine a poursuivi « je parle surtout des premiers rapports sexuels je leur demande si ça a toujours été consenti [...] j'insiste pas mal là-dessus comme ça on peut sentir s'il y a un contexte de violence. » Elle a continué en affirmant « Je vais poser la question de façon beaucoup plus systématique quand par exemple je reçois une femme qui demande une IVG et qui a déjà eu une IVG dans son histoire. Je leur dis 'je vais me permettre de vous poser une question, est-ce que vous avez déjà au cours de votre vie subi des violences quelles quelles soient ? Physiques, psychologiques, verbales, sexuelles ? je me permets de vous poser cette question parce que vous avez eu des IVG et on sait statistiquement qu'une femme qui a eu des IVG à répétition a une fois sur 4 eu des violences au cours de sa vie''. Et très souvent effectivement il y a eu un parcours de violences. »

Auparavant Florence n'avait pas l'habitude de pratiquer le repérage systématique. Elle posait les questions s'il y avait des situations particulières « On a abordé la question parce qu'il y avait un malaise au moment de l'entretien ».

D'autres professionnelles abordent le sujet quand il y a des signes d'appel. Comme Laura qui a avoué « Je demande quand il y a des signes d'appel ». Sylvie a remarqué « ça fait quelques années que je suis en consultation donc je me rends compte qu'il y a des choses qui me paraissent bizarres, il y a sûrement des violences. Il y a des signes d'appel en fait déjà. » Dans sa pratique, Marianne ne demandait pas toujours s'il y avait un contexte de violences « Je ne la pose pas systématiquement, je la pose que si elle a des hématomes, ou si la femme m'envoie un message clair. » Les indicateurs permettant de penser qu'une femme est victime de violences conjugales sont ceux concernant physiquement la victime (traces de coups, tristesse, état dépressif, parole brimée lors de la présence du conjoint, etc.) qu'il convient de mettre en relation avec d'autres facteurs favorisant les passages à l'acte agressif (alcool, jalousie, différence de milieu culturel, etc.), ainsi que ceux concernant les problèmes sociaux rencontrés par le couple (précarité et chômage) (9). Les blessures peuvent toucher de façon simultanée plusieurs parties du corps (le visage et le dos par exemple), des zones non saillantes (comme le cou), des zones de prises telles que

les bras. Les zones typiques sont le nez, les pommettes, les tempes, les lèvres et le cadre orbitaire. Le nombre et la chronologie d'apparition des lésions (stade d'évolution) peuvent révéler la présence de plusieurs traumatismes distincts (9).

De son côté, Laura faisait « attention à ce qui est noté dans le dossier, si la maman est toute seule, je demande comment ça se passe, si c'était prévu etc., comment elle vit les choses, si elle se sent entourée en général sans forcément parler du conjoint ». Elle ajoutait « Je cherche à savoir comment ça se passe avec le conjoint si on ne les sent pas "en phase" ». Sylvie était du même avis « Je contourne un peu, je demande comment ça va dans leur vie, si elles se sentent en sécurité dans leur vie de couple, ce genre de question. ». D'après Laura, « c'est plus sur leur ressenti global au départ puis ciblé après ».

2) Le moment propice

Concernant le moment propice pour aborder le sujet des violences, Constance suggérait « Il y a un moment où c'est important de la voir toute seule. [...] On peut faire en sorte de faire sortir le conjoint pendant la consultation. Et une fois que le conjoint est parti, revenir sur les violences. » Et en effet Mathilde Delespine préconise un entretien avec la femme seule (52). La majorité des participantes a répondu cela, comme Magali « quand elles sont toutes seules ».

Pour Florence, cela avait un autre sens. Celle-ci a répondu « après les antécédents médicaux ».

Les consultations prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité, et notamment l'entretien prénatal précoce, sont également des moments favorables à ce dépistage (26).

3) L'atmosphère

Concernant le climat et l'ambiance favorables au dépistage des violences, divers éléments ont été évoqués.

Certaines professionnelles avaient une approche progressive. Pauline pensait qu'il fallait « essayer de les faire parler sans être trop intrusives, en même temps ne pas assez les faire

parler on a pas assez d'informations ». De même pour Laura qui disait « Il faut essayer de trouver le terrain qui va les amener à parler, sans parler des violences directement, mais à parler en règle générale, leur ressenti, de comment elles vivent la grossesse etc. » Il y a une vraie nécessité d'être dans un positionnement bienveillant et proactif en accueillant et en encourageant sa parole (26).

Pour d'autres sages-femmes, c'était une notion d'atmosphère entre la patiente et elle, comme Constance qui confiait « si je sens que ce n'est pas le moment de poser la question, je la reposerai à un autre moment ». Laura était nuancée « Ça dépend de comment on sent la dame ».

Mathilde Delespine estime que le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que sa patiente ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider (26).

D'après Muriel Salmona, il faut être patient et montrer une oreille attentive. Beaucoup de victimes ont du mal à exprimer leur ressenti, ce moment est parfois douloureux, il peut être l'occasion d'un « lâchage » émotionnel (6). Constance estimait qu' « il faut quand même le temps pour poser cette question des violences, tu ne vas pas la poser tout de suite ! » Elisabeth disait « Il faut créer un lien » avec la patiente. Claudine imaginait que « ça peut les déstabiliser complètement. » puis « Il y en a quelques-unes qui disent ‘Non non non tout va bien’, et puis tu sens très bien qu'il y a quelque chose derrière. »

4) Les obstacles au dépistage

a. Le ressenti des participantes et leurs difficultés personnelles

A propos du ressenti des participantes, la majorité a déclaré ne pas se sentir à l'aise face au dépistage des violences. Sylvie, avec l'air un peu triste, a rapporté ne se sentir « pas très bien... ». Marianne a employé les mots « face à une patiente comme ça, je me sens forcément mal ». Magali avouait se sentir « très mal, j'ai horreur de ça. » La trentenaire a ajouté en haussant la voix « Moi ça me rend dingue j'irai les chercher avec pertes et fracas tu vois le truc ! Je ne le vis pas bien ! Ça m'énerve j'ai envie d'aller les chercher et de leur dire ‘cassez vous !’ mais on ne peut pas leur dire ça comme ça ». Elisabeth était partagée « On est entre la frustration et la colère de se dire ‘pourquoi elle y retourne’ ».

C'est très frustrant. On a l'impression d'être en échec ». Ce ressenti était partagé par Sylvie qui déclarait « On se sent impuissant en fait. »

Certaines ont mentionné le fait de ne pas oser parler de ce sujet avec les femmes.

Malgré son expérience, Marianne disait timidement « je n'ose pas, je ne sais pas comment le formuler, c'est un gros problème pour moi ». Une citation de Sénèque illustre l'état d'esprit « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles ». Avant, Constance avait « peur d'être trop intrusif, de faire fuir. C'est comme s'il fallait se familiariser un petit peu avec ça, pour oser poser la question. » Elle a poursuivi « Une fois je ne me suis pas sentie de poser la question, parce que je connaissais la patiente et que c'était difficile pour moi. Je me suis fait la réflexion, c'est aussi important de la poser là. Mais il y a des fois ce n'est pas une question si facile, et que selon notre état, enfin en tout cas moi, suivant mon état je ne vais pas poser la question. »

Ensuite, Marianne était gênée « je risque de ne pas savoir comment faire pour le sortir ». Dans une enquête réalisée via le réseau Naitre dans l'Est Francilien en 2013-2014, les résultats ont montré que 35,5% des professionnel-le-s de santé se disaient incapables de parler de la violence (52). Comme eux, Sylvie avait déclaré « Je n'y arrive pas. Je sais qu'il faut le faire mais j'ai du mal. » Florence estimait « Moi j'avais du mal à le faire. Et puis je me suis mis à la poser systématiquement et finalement ça passe bien. [...] On arrive à avoir des réponses positives, que je n'aurais sûrement pas eu si je n'avais pas posé la question. »

Au contraire, Claudine n'avait pas l'air embarrassé et a dit « Je ne me sens pas... démunie parce qu'on travaille dans un service où on voit quand même beaucoup de détresse, donc on est formé à l'écoute, à l'accompagnement, à l'empathie. Donc je ne me sens pas spécialement démunie, je peux recueillir, accueillir voilà. Je ne me sens pas mal à l'aise ». Au même titre que Constance qui rapportait « Pour moi ça ne pose pas de problème de poser cette question. »

Ce qu'il ressort également des entretiens, c'est la situation délicate vis-à-vis des violences. La majorité des participantes ont exprimé un sentiment de difficulté.

D'après Pauline, « Déjà la situation est compliquée, on ne sait pas trop aborder... C'est plutôt les faire parler sans qu'elles se braquent, et qu'elles comprennent que c'est plus

dans leur intérêt.... Mais c'est vraiment compliqué. » Sylvie et Coralie s'étaient accordées à dire « C'est toujours délicat ». Béatrice avait l'air touché, elle s'était beaucoup livrée « je trouve que c'est toujours euh... je me sens toujours un peu en difficulté toujours un peu seule, c'est du ressenti toujours un peu... Emotionnellement c'est difficile, ça vous heurte sur quelque chose qui n'est pas pensable. Une femme enceinte, alors peut être que ça vient de notre profession de sage-femme mais une femme enceinte on la protège, on ne la frappe pas, donc voilà moi c'est toujours quelque chose de difficile. » Elle a terminé en disant « c'est toujours des situations qu'on emmène un peu chez soi et puis qu'il faut qu'on arrive à évacuer. »

Avec un exercice hospitalier, Laura a éprouvé une difficulté « En salle ou en mater, je trouve ça plus délicat à aborder ». Elle a souligné une complexité liée au mode d'exercice. De la même façon, Constance trouvait « que ce n'est pas la même chose quand on est en consultation, quand on est en libéral ou quand on est à l'hôpital que quand on est en salle d'accouchement. C'est-à-dire qu'on peut être confrontée dans une salle d'accouchement mais on ne va pas voir la femme après ou avant. [...] Comment en fait on peut suivre une femme en salle de naissance qui a été violentée, qui a eu des violences sexuelles etc. »

Certaines professionnelles ont trouvé un lien entre ces difficultés et le manque de formation.

Coralie était une jeune diplômée. Elle expliquait « Au début, en sortant de l'école, je sentais que je n'avais pas forcément les clés pour pouvoir répondre à leur attentes... si je posais la question clairement et qu'elle me répondait "oui" qu'est-ce que je faisais de ça... Parce que le tout ce n'est pas que poser la question, c'est d'en faire quelque chose. [...] Parce que si on ne sait pas quoi en faire on posera la question de manière un peu fuyante, enfin en passant vite à autre chose, parce qu'on est mal à l'aise par rapport à ça. [...] Et si on est mal par rapport à ce qu'elles nous disent, elles vont se fermer. » Gilles Lazimi affirme n'avoir « quasiment pas rencontré de femmes victimes de violences » dans ses consultations « faute de sensibilisation et surtout de formation ». Il ajoute que « notre ignorance, l'absence de formation et nos préjugés nous empêchaient de prendre en charge correctement ces patientes. L'absence d'enseignement universitaire initial et continu, pendant longtemps, a largement contribué à empêcher les médecins à faire l'effort de s'intéresser et de comprendre le vécu des victimes. » (6). Elisabeth partageait son avis, ses difficultés se sont installées « par manque de formation ». Elle ne

s'estimait « Pas assez bien formée. Je pense que ça commence par ça. » De même pour Florence qui ne se sentait « pas du tout formée pour ça. »

Enfin Sylvie avait le sentiment d'être trop directe, elle disait avec hésitation « Le fait que ce soit trop direct j'ai peur que les patientes soient choquées, que ce soit trop intrusif, que ça les agresse. » La question de l'intrusion dans l'intimité est souvent citée comme obstacle à la recherche de violences subies. Il est important de garder en tête que l'intimité ne peut pas correspondre à des actes condamnés par le code pénal. L'atteinte à l'intégrité de la personne ne fait donc pas partie de la vie privée (26).

b. Les réticences à poser la question et freins au dialogue

A propos des réticences à poser la question des violences, plusieurs participantes ont mentionné la présence du conjoint, comme Laura « si le papa est présent c'est un peu délicat... », ou Constance « quelque fois il y a des patientes qui viennent toujours avec leur conjoint, et on sait bien que les femmes qui sont toujours toujours accompagnées de leur conjoint ou qui répondent toujours à la place de leur femme c'est compliqué ». Néanmoins cette dernière a déclaré « mais on peut quand même poser la question, ça peut aussi faire tilt au conjoint ».

En parlant des freins au dialogue, Laura racontait « Ce n'est pas forcément des femmes qui parlent beaucoup. [...] Souvent ce sont des patientes très fermées, qui ont du mal à aborder le sujet, qui spontanément ne vont pas beaucoup parler de façon générale ». Béatrice avait la même difficulté « très souvent en face de vous vous avez quand même des personnes qui sont la plupart du temps dans le déni ».

Constance a évoqué la notion de temps « C'est vraiment le temps... ça demande un petit peu d'organisation et du temps ».

D'autres évoquaient les sentiments de peur ou de honte vécus par la victime. Selon Pauline « ça peut être une honte souvent pour elles donc elles n'ont pas forcément envie de développer... ». Elisabeth pensait « les femmes elles n'en parlent pas aussi des fois de la violence parce qu'elles ont peur qu'on leur enlève leur enfant ». Ces inquiétudes mettent un frein au dialogue entre la patiente et le professionnel.

Une professionnelle a évoqué un frein au dépistage, lié au défaut de formation par « manque d'habitude, et au départ ça ne fait pas partie de la formation qu'on a eu » ; et à l'absence de réponses à apporter à la victime « Maintenant en PMI je la pose fréquemment. Pas systématiquement encore parce que je ne sais pas toujours quoi en faire ».

Tous ces éléments sont des obstacles à la prise en charge de la victime.

II. Le facteur déclenchant

Pour poursuivre les propos des professionnelles qui posaient la question du dépistage, la notion de facteur déclenchant a été abordée.

1) Par les pairs

Parmi les professionnelles, certaines ont été sensibilisées par leurs pairs lors d'un colloque, d'une formation ou d'une discussion avec des collègues.

Dans le cas de Florence, c'était grâce à des collègues « je pose la question systématiquement depuis peu. Ça fait quelques mois, parce que mes collègues m'ont sensibilisée ».

Une autre participante relatait une journée de formation suivie près de son lieu de travail et déclarait que « cette journée ça été comme un déclic en fait ! Depuis j'ai plus la même approche des patientes qui sont ou qui ont été victimes de violences ».

Pour Constance, elle a eu à cœur d'exprimer son ressenti et la façon dont elle a avancé psychologiquement dans le dépistage des violences. Elle expliquait « Je pense que j'ai commencé à poser la question des violences à partir du moment où j'ai fait la première formation avec la MIPROF mais ça s'est affiné, ça s'est affiné en s'élargissant. Avant je posais la question des événements difficiles. C'était sous-jacent. 'Est-ce que vous avez vécu des moments difficiles ? ' et la femme répondait oui ou non. Et moi je précisais en tendant vers les violences. Et c'est une deuxième formation de la MIPROF qui a complété ». Elle a dit « Maintenant c'est ciblé. ». Elle a poursuivi « je pense qu'il faut vraiment, en tout cas pour moi, revenir dessus. Parce que ce n'est pas avec une petite

formation où on en parle, ça nous donne juste ‘‘ah ouais c’est important’’ mais ça ne familiarise pas forcément ou ça ne donne pas forcément l’importance des violences » Elle estimait que « petit à petit c’est quelque chose qui se murit ». Elle expliquait « Il y a un décalage entre la prise de conscience lors de la formation que j’ai faite et le fait de poser la question. Ça ne fait pas très longtemps que je pose la question systématiquement. J’ai fait une formation avec la MIPROF, et c’est après cette formation que je me suis dit ‘‘mince’’ et j’ai peut-être plus réalisé ou j’ai peut-être plus osé poser la question, et dans le même temps j’ai fait une formation de sexologie où on a parlé des violences, et donc ça ça m’a encore plus renforcée dans l’idée que oui il faut poser la question. Avant j’abordais la violence mais je ne l’abordais pas de front. »

2) Par une situation pratique

D’autres sages-femmes ont adapté leur façon de dépister les violences grâce à une situation pratique ou le réseau local.

L’environnement dans lequel travaillait Coralie l’a incité à ce changement « A partir du moment où je me suis rendue compte ‘‘Ah bah voilà il y a une association qui s’en occupe, peut-être qu’elle pourra aller là-bas si jamais ça ne va pas’’ là j’ai commencé à changer la façon de poser ma question, et je pense que les femmes le sentent aussi. »

Pour Elisabeth, c’est son mode d’exercice qui a influencé sa pratique « c’est plus l’aspect de la PMI qui a déclenché un peu plus la question. » Elle a complété « Les contextes s’y prêtent plus, et parfois on sait qu’on rencontre une patiente parce qu’elle subit ou elle a subi des violences, donc de ce fait forcément on reprend avec elle. Ça m’a permis d’en parler plus et plus facilement, et d’être plus à l’aise avec cette question. »

3) Par les médias

Enfin, des sages-femmes ont évoqué les médias comme moyen d’attirer l’attention.

Magali a déclaré « Maintenant je pose la question systématiquement, ça doit faire un an environ, depuis que j’ai pris conscience de l’ampleur de... du système. En fait j’avais suivi un débat là-dessus à la télévision, et ça m’a fait quelque chose ».

Elisabeth trouvait que « On est quand même sensibilisé beaucoup plus, peut être aussi dans les médias, on en parle plus. » Elle complétait ses dires « il faut que ce soit généralisé, c'est l'affaire de tout le monde. »

Enfin Claudine s'est souvenue d'une patiente « qui était sous une emprise totale, en plus je l'avais reçue au moment où était passé à la télé, du coup je pense que j'ai fait un peu un transfert, le film euh.. L'Emprise ? J'avais l'impression de me revoir dans le film ! »

Longtemps ignorées, les violences semblent devenir de moins en moins banalisées.

III. L'évolution des mentalités

1) Représentations antérieures

Les violences conjugales étaient et demeurent considérées comme appartenant à la sphère privée, intime, qui ne regarde que le couple. Cette idée renforce la non-dénonciation de ce que subissent les femmes violentées, que ce soit des violences physiques, verbales ou sexuelles.

Grâce aux militantes féministes, ce sujet se généralise depuis les années 1960. Leurs actions ont pour but notamment la reconnaissance des victimes, et de faire face aux discriminations envers les femmes. Ainsi celles-ci deviennent plus autonomes, l'émancipation de la femme induit une reconnaissance de leur statut et de leur place dans la société.

2) Changement sociétal : volonté d'aider les femmes

Les associations féministes se sont engagées dans la dénonciation des violences faites aux femmes et ont progressivement amené la société à prendre conscience de leur ampleur. En 1989 sont créées les commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes (6).

En 1992, on reconnaît les violences conjugales et elles sont depuis passibles d'amendes et d'emprisonnement.

L'opinion publique va être interpellée en 2012 par le procès d'Alexandra Lange. Battue pendant quatorze ans, elle a tué son mari d'un coup de couteau lors d'une dispute conjugale. En mars 2012, elle comparait devant le tribunal de Douai où a été plaidée la légitime défense ; Alexandra Lange est finalement acquittée. De ce procès hyper médiatisé a été créé le film l'Emprise sorti en janvier 2015, retraçant son histoire.

La France a reconnu son courage, induisant une valorisation des victimes. On observe une volonté d'aider les femmes. Elisabeth était enthousiaste et pensait « depuis quelques années il y a une vraie volonté de trouver une solution. »

Les femmes ont plus accès à la parole. Coralie se demandait « si c'est le fait d'avoir modifié la façon dont je pose la question, mais j'ai énormément de femmes qui me parlent de violences ». Mathilde Delespine estime qu'une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte et sa peur d'en parler (26).

La vague médiatique des mois derniers rend ce sujet encore plus actuel.

Après l'affaire DSK en 2011, l'affaire Weinstein fait éclater un scandale sexuel aux Etats-Unis en octobre 2017, révélant la parole des femmes vis-à-vis des violences. L'onde de choc mondiale a permis de lever des freins à la déclaration de tels actes, surtout lorsqu'elles ont été victimes d'hommes publics, comme en témoignent les mises en cause récentes d'animateurs télévision, politiques, cinéastes, etc.

Les femmes semblent avoir maintenant plus de possibilités de s'exprimer. Les réseaux sociaux constituent une large interface donnant à un mouvement une portée internationale. La parole des femmes se libère sur Twitter à travers les mouvements #MeToo et #balancetonporc depuis octobre dernier. Ces dernières souhaitent dénoncer les violences sexuelles dont elles ont été victimes.

La prise de conscience semble massive et les plaintes se multiplient.

3) Evolution dans la législation

Depuis ces actualités, les textes législatifs ont évolué.

Débuté en 2017, le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes traduit l'engagement de l'État pour permettre aux femmes victimes

d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire. Ce plan fixe trois objectifs d'ici 2019 : sécuriser et renforcer les dispositifs, renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants et déraciner les violences par la lutte contre le sexisme (45).

Suite à l'affaire Weinstein et aux mouvements #MeToo et #balancetonporc, Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat à l'égalité homme-femme, a annoncé un projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles. Le gouvernement Macron a travaillé sur trois axes : l'allongement du délai de prescription à 30 ans pour les crimes sexuels sur mineurs (au lieu de 20 actuellement) à compter de la majorité de la victime ; l'instauration d'un âge minimum en-dessous duquel un enfant ou un adolescent serait présumé non-consentant en matière de relation sexuelle (le seuil est fixé à 15 ans) ; et la sanction des actes de harcèlement de rue (53,54). Le texte a été dévoilé le 21 mars 2018 en conseil des ministres. La verbalisation, au motif d'« outrage sexiste et sexuel », consiste en une amende forfaitaire de 90 euros pour sanctionner les auteurs en cas de flagrant délit dans l'espace public.

La lutte contre les violences faites aux femmes, si elle est indissociable d'une politique pénale de fermeté à l'encontre des auteurs, ne peut se gagner que si la société combat les inégalités de sexe.

IV. L'orientation des patientes

Les actions des professionnels doivent s'inscrire dans un mouvement de réhabilitation de la personne humaine, en tant qu'actrice de sa vie (26).

1) Les outils d'aide à l'orientation

En parlant des moyens concrets qu'elles avaient à disposition pour aider les femmes, diverses réponses ont été apportées par les sages-femmes.

Sylvie expliquait « avec le réseau il y a un document qui est en train d'être réfléchi et mis en place pour avoir les personnes ressources [...] C'est un document qui s'adresse à toute personne suivant des femmes enceintes donc médecin généraliste, sage-femme libérale, sage-femme hospitalière, avec contact des personnes ressources sur les alentours, différentes démarches possibles ». Béatrice a complété ces propos « c'est une procédure avec les numéros d'appel des médecins responsables, et je pense que ça nous aidera vraiment. On aura quelque chose de clair. [...] on aura plus d'outils concrets. Sur qui appeler qui, quels numéros donner aux femmes par exemple. »

Magali avait « des adresses de psy pour les femmes qui voudraient travailler suite à des viols », Claudine évoquait « des petites cartes où on oriente beaucoup vers une association, et on a la carte avec le site de la violence. » Ensuite elle a sorti un document et a dit « on a le certificat de coups et blessures par exemple quand on en voit, ils nous ont laissé des formulaires après les formations, on a un modèle. » En revanche, Constance n'en a pas dans son bureau et trouvait nécessaire « de l'avoir sous la main ». Elle estimait que « la prise en charge se prépare avant d'avoir un problème. C'est à dire avoir un petit classeur pour connaître telle association. Autant on a des protocoles pour le diabète etc., autant pour les violences on n'a rien. »

De son côté, Marianne a répondu « On fait part d'une information au niveau du staff ».

2) L'atmosphère

Une question de l'entretien portait sur le climat dans lequel se trouvent les professionnelles lors de la prise en charge des patientes.

Marianne considérait qu'« être prise en charge par une équipe qui a l'habitude de ce genre de situation, la prise en charge est plus fluide, du coup la femme se sent suivie médicalement, comme une autre maman, mais à côté de ça il y aura des choses qui vont se mettre en place. »

Béatrice éprouvait le sentiment « c'est difficile parce que vous avez l'impression de passer du temps, de vous mobiliser et puis derrière ça bloque. [...] Après on peut aussi se dire qu'on a fait notre boulot. »

Pour Mathilde Delespine, il est nécessaire d'acquérir un savoir être, une position bienveillante, pour accueillir la parole de la victime (52). Laura jugeait « On a plutôt une équipe assez à l'écoute, qui prend le temps de discuter. [...] On a la chance d'avoir un peu de temps quand même, mais ce n'est pas partout pareil malheureusement ». Au contraire, Béatrice suggérait « il faudrait avoir un peu plus de temps disponible pour la patiente. [...] Je pense qu'on n'a jamais assez de temps, il n'y a pas de vrai temps dédié pour l'accompagnement de ces femmes. » Constance proposait « Sinon on peut lui donner un rendez-vous, et lui dire "On va reparler de ça" ». Pour Gilles Lazimi il faut « être présent, disponible, la revoir, la soigner, lui parler et l'écouter » (6).

Florence s'est souvenue d'une patiente « elle est venue me voir déjà, pour faire connaissance et pour que je lui explique comment va se passer son suivi de grossesse etc. Avant d'être enceinte, avant d'arrêter sa contraception, elle avait besoin de ça. Je pense que ça peut vraiment être important parce qu'il y a une confiance qui s'installe. » De même, Elisabeth souhaitait « le but c'est qu'elles nous fassent confiance. »

La psychiatre Muriel Salmona veut rassurer et mettre en confiance la personne en lui faisant valoir les aspects valorisants de la procédure pour sa situation actuelle ou future (6). Marianne savait que « Elles bougent beaucoup ces femmes pour fuir le contrôle des services sociaux. Donc c'est difficile de mettre en place des aides adaptées. » La prise en charge est souvent vécue comme difficile en raison du caractère pluridisciplinaire impliquant trois sphères différentes de la société : le monde de la santé, les travailleurs et organismes sociaux (assistantes sociales, associations, etc.) et la sphère judiciaire. Il s'agit d'un véritable parcours pour la victime (9).

Coralie imaginait que « le fait de savoir comment ça va se passer, ça aide les femmes à y aller je pense, elles se sentent plus en confiance. [...] Quand elles arrivent c'est moins l'inconnu ».

Sylvie supposait « elles sont toutes seules donc il faut les sortir de cet isolement. » Pauline a raconté qu'une de ses patiente violente n'« avait pas le souhait d'en parler tout de suite ». Coralie, un peu résignée, déclarait « on ne peut pas non plus la forcer à aller dans les associations, c'est vraiment un travail à faire, qui est parfois long, pour qu'elle se rende compte que c'est de la violence et que c'est pas normal. » Claudine la rejoignait en disant « c'est long, il faut qu'elles prennent conscience que pour quitter cette spirale ça va prendre du temps. » Il s'agit de maintenir la confiance et la sécurité en respectant le

rythme de la victime qui passe du déni de la violence à la culpabilité, à la honte, puis à la prise de conscience avant de passer à l'action (c'est-à-dire accepter de se faire aider) et enfin aux projets (9).

3) La collaboration professionnelle

Les sages-femmes doivent faire preuve de coopération interprofessionnelle (25). Selon Claudine « l'important c'est de faire du lien ».

a. Avec les collègues sages-femmes

Certaines professionnelles ont souligné l'importance de la collaboration entre collègues sages-femmes. Magali expliquait « discuter entre nous pour savoir ce qu'on peut faire au mieux parce que des fois t'as plusieurs idées, et d'un point de vue d'ensemble du coup la collaboration avec les collègues ça peut apporter des choses auxquelles on n'aurait pas pensé. On se réunit pour discuter des difficultés qu'on a » Cette sage-femme trentenaire racontait « Je travaille avec des collègues qui ont pas mal d'expérience, j'ai la chance de pouvoir aller les voir, discuter, on travaille toutes ensemble, on vient toutes de bords différents avec des expériences différentes, personnelles comme professionnelles ! C'est vrai que c'est vraiment bien pour travailler ! ». Elle ajoutait « on va beaucoup parler de nos difficultés, c'est hyper important ! ». Avec la même spontanéité, Laura a déclaré « On s'entraide entre collègues ! »

b. Pluridisciplinaire

La collaboration pluridisciplinaire fait partie du champ de compétences de la sage-femme. En effet elle développe un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs, en participant aux activités interdisciplinaires d'une équipe, d'un réseau, en collaborant efficacement avec ses pairs et les autres acteurs de périnatalité pour la sécurité des soins de la femme et de l'enfant (25).

Dans le domaine des violences, une prise en charge globale et interdisciplinaire est particulièrement indispensable.

En connaissant les étapes du parcours de soins, la sage-femme peut s'impliquer pleinement (9). Claudine avait à cœur de ne « pas la laisser comme ça toute seule dans la nature mais faire le lien avec les associations et les organismes. Et l'orienter vers quelqu'un qui est vraiment compétent et a qui c'est vraiment le métier. » Coralie confiait « Tout ce qui est astuces, les petites choses dont elles ont droit moi je n'y connais rien, donc je préfère les envoyer chez quelqu'un qui sait de quoi il parle plutôt que de faire quelque chose à moitié ». Pour Constance, « tout ce qui est "médical" c'est bon, par contre tout ce qui est si la femme doit partir de chez elle etc. ça va être la PMI qui va s'en occuper. »

Concernant la prise en charge des victimes, toutes les participantes ont évoqué la PMI dans le parcours de soins.

Béatrice présentait « On met la PMI sur le coup. [...] On a une collègue sage-femme qui travaille au sein de la PMI et puis un médecin qui est sur notre secteur et on a les numéros de téléphone, on communique assez facilement. [...] Inversement, c'est déjà arrivé, où le médecin de la PMI par exemple nous appelle pour une femme enceinte dans son bureau, et qui demande s'il peut nous l'envoyer. Donc c'est dans les deux sens. » Constance disait « on travaille avec les sages-femmes de PMI ». Elle avait proposé à une femme « si elle ne se sentait pas bien que la puéricultrice vienne chez elle, la sage-femme de PMI pouvait venir chez elle ». Marianne s'est souvenue « Là-bas quand je travaillais à la PMI je n'avais pas l'impression d'être seule parce qu'on travaillait souvent en lien avec les assistantes sociales et puis les médecins. En libéral s'il y a des violences, je saurai comment faire, je saurai à qui adresser parce que je suis en lien avec la PMI, ça ne restera pas sans réponse. Mais c'est quand même des patientes qui restent chez nous, puisque chez nous la PMI ne fait pas de consultations, ne fait pas de préparation, du coup c'est un suivi conjoint. ». Celle-ci ajoutait « On travaille beaucoup en réseau avec la PMI, ce sont des gens qui à mon avis sont plus outillés, plus aptes à prendre en charge ce type de patientes, selon moi. ». Coralie aussi avait « tendance à envoyer chez l'assistante sociale, à la PMI. » Béatrice expliquait « avec la PMI on travaille quand même super bien. Tous les mois on a une réunion où on se rencontre : médecin de PMI, sage-femme de PMI, sage-femme libérale, et sage-femme de consultation quand on a des dossiers. »

Dans la prise en charge, Florence, Constance, Pauline, Laura et Coralie proposaient un entretien avec une psychologue. Constance expliquait « Je peux dire à la dame "Ce serait

bien que vous alliez en discuter avec une psychologue, moi je ne suis pas psychologue, vous aurez besoin de pilier autour de vous pour vous aider''. »

Florence conseillait « Après il y a des patientes que je vais orienter plus vers tel ou tel médecin que je sais plus attentif, plus à l'écoute, que d'autres. » si le recours à un médecin était nécessaire.

Pour compléter l'étude, il a été demandé aux participantes vers qui celles-ci s'étaient tournées pour orienter les femmes victimes de violences.

Sylvie parlait de plusieurs aides extérieures « une association avec un numéro vert, il y a les assistantes sociales aussi. » Florence a déclaré « je n'hésiterai pas à orienter sur les associations ». Claudine évoquait plusieurs structures « On travaille aussi avec la maison des ados qui reçoit des jeunes jusqu'à 25 ans, il y a des psychologues là-bas. [...] Et les femmes plus adultes on les envoient vers des associations d'aide aux victimes de violences. » Pour Elisabeth, il s'agissait de « l'orienter vers la bonne association, la bonne personne » En parlant d'une patiente, Coralie expliquait « Je lui ai parlé d'une association ». Elle a rajouté « En fait j'ai pris contact avec l'association, et je leur ai demandé de pouvoir aller là-bas pour voir comment ils fonctionnaient etc. » Au contraire, Constance estimait « je pense qu'on a un manque de relation quand même, de contact. Entre les associations par exemple. Avec les différentes associations on a peu de temps pour se rencontrer, la cohésion n'est pas encore tout à fait mise en place je pense. [...] Il doit y avoir une association ici, il doit y avoir une antenne mais je ne la connais pas, je ne connais pas les personnes et c'est ce qui nous manque. Je pense que c'est important qu'on se rencontre et qu'on se connaisse en fait. » Il est important de connaître les autres intervenants (9). Coralie avait à cœur de « pouvoir diriger les patientes vers quelqu'un, se créer un réseau pour pouvoir travailler ensemble et ça c'est hyper important, le fait d'aller dans l'association qui s'occupe des violences ça permet de mettre un visage sur les gens. Comme ça on connaît les gens, on sait où les envoyer, on sait comment les patientes vont être reçues etc. Et ça c'est vraiment différent et c'est vraiment important. » L'évolution des prises en charge vers des approches de plus en plus interdisciplinaires nécessite que les rôles de chacun soient mieux définis et donc mieux reconnus (25). Selon Mathilde Delespine, le travail en réseau permet de se créer un carnet d'adresses local pour adresser chaque femme de façon personnalisée en fonction de ses besoins (26). Elisabeth informait « On essaie de faire une collaboration, un travail en réseau, [...] mais il n'y a

pas de vrai protocole on fait au cas par cas. » Laura confirmait « On fait en fonction des dossiers, c'est plutôt au cas par cas. » Elisabeth était convaincue que « pour que la parole se libère, il faut que ce soit un travail de réseau pour qu'on soit plus à l'aise. Être formés en réseau, travailler ensemble et ce sera plus simple. » Selon Claudine « l'important c'est qu'il y est plus d'acteurs qui soient formés ».

Elisabeth orientait vers plusieurs structures « On l'oriente vers l'hôpital, auprès d'une association, ça permet des hébergements, on demande à l'assistante sociale pour connaître leurs droits parce que quitter quelqu'un ça veut dire qu'il faut pouvoir avoir des revenus, pour trouver un appartement etc., qu'elle puisse avoir accès aux droits, et puis qu'elle puisse nous joindre, qu'on les voit régulièrement. » Judith Trinquart, médecin légiste et de santé publique dans le Val d'Oise, pense que les unités d'aide aux victimes et les unités médico-judiciaires permettent d'orienter les victimes vers une consultation juridique. Beaucoup de femmes victimes ayant entamé une procédure judiciaire se retrouvent hors du domicile conjugal, souvent avec enfants et généralement sans ressources, ce qui rend nécessaire le recours à une assistante sociale (6). A propos d'une patiente, Béatrice avait « contacté l'assistante sociale du service, qui a rencontré la patiente, et c'est avec l'assistante sociale qu'on a fait une information préoccupante. »

Confiante, Florence disait « on travaille en réseau avec l'hôpital. » Elisabeth préconisait de « faire le lien avec la maternité, en disant ‘Si Mme untelle vient, gardez-la, qu'elle ne reparte pas immédiatement. Gardez la pour un contexte psycho-social’. Qu'elle puisse au moins se réfugier à l'hôpital quelques heures avant de mettre en place une structure. » Laura relatait « Là récemment on a eu une patiente qui venait régulièrement, et on avait comme consigne c'était écrit clairement dans le dossier, si elle consultait en disant qu'il y avait des violences, de l'hospitaliser. » Béatrice justifiait « On va l'hospitaliser pour la protéger ». Laura a complété « On a plutôt une bonne équipe, on les hospitalise assez facilement ».

Plusieurs participantes ont mentionné des personnes ressources, à appeler en cas de besoin, comme Béatrice « On sait qu'on peut appeler le médecin de garde ». Et elle s'est souvenue « avoir appelé un des cadre sup ». Sylvie a évoqué « Et puis le médecin légiste qui a un rôle important. » Claudine disait « Après on est aussi une équipe, j'ai un médecin référent on en parle aussi en équipe, c'est supervisé par une psychologue donc on peut en parler aussi. » Il existe dans le secteur sanitaire de la sage-femme d'autres professionnels,

soignants ou non, regroupés ou non dans des réseaux de prise en charge, qui pourraient lui apporter de l'aide (9). Marianne expliquait que les cas de patientes violentées étaient discutés « avec une équipe pluridisciplinaire pour savoir comment procéder avec cette patiente, donc les équipes pluridisciplinaires c'est aussi bien équipe médicale, assistante sociale, le service de pédo-psy, la psychologue du service. » La concertation régulière des équipes médico-psycho-sociales est un temps indispensable pour aborder les situations des femmes particulièrement vulnérables.

Enfin, deux sages-femmes ont exposé l'aspect judiciaire dans la parcours de soins. Elisabeth envisageait une orientation auprès de « la gendarmerie ou la police [...] on parle du dépôt de plainte, mais ce n'est pas systématique, il le faudrait, donc on leur conseille vraiment, mais ça c'est peut-être la chose la plus difficile pour les femmes. » Béatrice avait suggéré d' « appeler la police » si nécessaire, pour qu'ils interviennent directement auprès de la patiente sans qu'elle se déplace.

La sage-femme doit pouvoir expliquer à la victime le rôle des autres professionnels du réseau et lui confier les documents adéquats, les numéros de téléphone nationaux et locaux, et lui expliquer les démarches administratives ou judiciaires à entreprendre (9). Elisabeth avait l'habitude d'exposer à la patiente « L'orientation sur le dépôt de plainte, les associations, la prise en charge, etc. » Jeune diplômée, Pauline avouait « Je ne sais pas trop Quand elles nous disent "oui" on ne sait pas trop quoi en faire ». Ce parcours doit être parfaitement compris et intégré par tous les intervenants qui auront intérêt à s'organiser au sein d'un réseau bien codifié. Il ne faut jamais interrompre le parcours, car cela favoriserait l'enkystement de la situation sans possibilité d'amélioration (9).

V. L'évolution de la formation initiale

1) Avant 2013

Sur les onze participantes interrogées, quatre avaient été formées au dépistage et à la prise en charge des violences pendant leurs études. Celles-ci étaient récemment diplômées (2011, 2014, 2016 et 2017), et venaient de différentes régions.

Les sept autres participantes n'avaient reçu aucun cours à ce sujet et étaient toutes diplômées d'avant 2013. Marianne disait « On n'en parlait pas à l'époque. On avait des violences à l'école [rire] mais pas dans les cours ! ». En riant, Béatrice disait « on n'en parlait pas du tout ! » Elisabeth était du même avis « à l'école de sages-femmes on n'en avait jamais parlé [...] On n'en parlait pas du tout du tout. Même les addictions on en parlait un peu mais c'était très superficiel, les violences pas du tout, limite le problème social de la femme enceinte je n'ai pas de souvenirs. » Sylvie non plus n'avait « aucun souvenir par rapport à ça.... C'était en fin des années 80... je n'ai aucun souvenir là-dessus ! ». Comme Claudine qui n'avait « absolument pas souvenir. », Florence a dit « Je n'ai pas du tout souvenir qu'on ait abordé cette question-là. »

2) Depuis 2013

Depuis 2013 en France, le diplôme d'Etat de sage-femme intègre, dans l'unité d'enseignement appelée « santé génésique des femmes », l'objectif de « prévenir et dépister les violences faites aux femmes » (30).

La loi du 5 novembre 2015 prévoit de former les professionnels, notamment médicaux, sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes, sur les mécanismes d'emprise psychologique, ainsi que sur les modalités de leurs signalements aux autorités administratives et judiciaires (24).

Déjà en 1994 aux Etats-Unis, l'American College of Nurse Midwives avait comme projet d'enseigner aux étudiants le dépistage systématique des violences conjugales. Des subventions avaient été allouées pour permettre des enseignements concernant un dépistage adéquat et des connaissances sur la prise en charge. Le collège américain avait aussi conduit une réforme « Tolérance 0 » contre les violences faites aux femmes (10).

3) Etat des lieux concernant la formation initiale

Les participantes ayant bénéficié de la formation initiale à ce sujet ont été questionnées sur les enseignements reçus.

Concernant le contenu des cours, Pauline expliquait « on a eu des cours théoriques, c'était des cours magistraux, il y avait des vidéos et des petits cas cliniques aussi je crois. » Elle ajoutait « pendant la formation quand on avait des évaluations cliniques il fallait poser la question systématiquement à l'interrogatoire, sinon c'était source de pénalité, donc ça a permis que ce soit un automatisme. Et l'automatisme de l'école a fait qu'on reproduit ça en stage et on le reproduit quand on est professionnelle. » Issue d'une école de la région Grand-Est, Magali exposait « on nous a présenté toutes les formes de violences, on a eu la totale je crois ! ». Dans l'école de Coralie, le sujet avait été « abordé dans différents cours ». De son côté, Laura racontait « on a eu des infos sur les associations, du coup plutôt spécifique dans le département où j'étais, où on pouvait orienter les patientes, ils nous ont expliqué un peu le schéma classique des violences conjugales. [...] On a fait que de l'aspect théorique. [...] On parle plus de comment faire pendant le suivi de grossesse ». Concernant les intervenants, Magali relatait « à l'école on a même des gens d'une association qui sont venus nous expliquer. Et j'étais en stage de PMI où j'ai participé à aller protéger une jeune fille qui était planquée dans un centre. [...] On a eu un intervenant qui était venu je pense deux heures, c'était un intervenant associatif ». En région Auvergne-Rhône-Alpes, « c'était une sage-femme » qui avait enseigné les cours dans l'école de Pauline.

Pour approfondir l'enquête, il a été demandé à quel moment de leur formation les cours avaient été enseignés. D'après Laura, « on en a parlé sur plusieurs années [...] Plus sur la fin de la formation ». Magali et Pauline avaient été formées « plutôt en 4^e 5^e année ».

Un avis sur leur formation leur a été demandé : Laura pensait « Ce qu'on a fait était bien, la personne qui est venue nous présenter était bien » mais elle estimait « pour moi ça ne correspond pas à ce que j'aurai besoin ici [...] C'était spécifique de l'endroit où on était, donc en pratique ici je ne peux pas le mettre en place. Ce n'était pas forcément très adapté. » Magali était mesurée « Formation sur les violences ? oui oui ce n'était pas mal ! Pour le reste c'est un autre débat... ! »

4) Actions d'amélioration selon les participantes

Les participantes ont ensuite été questionnées sur les points à améliorer pendant la formation à l'école de sages-femmes.

Pour Constance, la base serait « déjà d'en parler. » Coralie était du même avis « Déjà le fait de parler de la violence, de se sentir formée par rapport à ça, et de savoir quoi en faire. [...] Le fait d'en parler ça permet d'être plus à l'aise par rapport à ça, de savoir quoi en faire et agir. » Florence disait « Déjà insister sur le fait de poser la question. Moi tous mes stages en consultation, pourtant on en a fait des interrogatoires et remplir des dossiers [rire] ! On ne m'a jamais fait poser cette question-là. Donc déjà former au dépistage ! » Claudine pensait « déjà avoir une sensibilisation pendant les études ». Elisabeth trouvait nécessaire « que la formation commence à l'école et que ce soit du continu ! ». Magali préconisait d'être formée en plusieurs temps, « d'en remettre une couche de temps en temps ».

Selon Constance, « ça se murit. Si on n'est pas imprégnée, je crois que ça va être difficile si ce n'est pas vraiment bien enseigné à l'école. [...] Déjà savoir oser poser la question ». Elle a précisé « c'est comment je vais être à l'aise avec ça ? Voir la réponse qu'est-ce que j'en fais, qu'est-ce que ça fait résonner en moi. Parce que ce n'est pas anodin ». Pour Claudine, la formation consistait « déjà à être sensible, à savoir écouter, pas forcément l'écoute verbale mais le comportement, il se passe beaucoup de choses dans le non-dit aussi, dans les silences, dans la façon dont une personne va se tenir ». Les propos de Constance rejoignaient ceux de Claudine « prendre en compte et écouter c'est important »

Béatrice estimait « il faudrait à un moment donné, il n'y a pas que sur les violences faites aux femmes d'ailleurs, à mon avis en voyant les jeunes sages-femmes qui arrivent en salle de naissance, il y a des situations pour lesquelles on est mal préparée vous êtes mal préparées je pense que c'est ça. [...] Tout cet accompagnement un petit peu psycho-social à mon avis on n'est pas du tout bien préparée en sortant de l'école ». Elisabeth parlait des « droits de la femme enceinte, tout le versant psychologique aussi justement pour comprendre pourquoi la femme va subir ces violences, ne va pas quitter son conjoint, pourquoi elle revient... »

Plusieurs participantes ont évoqué des personnes extérieures pouvant intervenir dans les écoles pour faire connaître le sujet des violences.

Selon Marianne « Il faut des formations, tout du moins des informations, à faire avec des équipes très particulières. Je ne suis pas sûre que des enseignantes généralistes puissent aborder ça. Il me semble qu'il faut travailler avec des équipes pluridisciplinaires, qui ont une approche euh... c'est leur quotidien donc c'est quelque chose plus facile pour eux il

me semble. Avec des mots adaptés et des choses marquantes ». Florence expliquait « je ferai appel à des gens extérieurs, il y a sûrement des spécialistes ! Peut-être des associations de soutien. » Sylvie pensait « il faudrait des interventions de personnes d'association, qui reçoivent ces femmes, qui travaillent avec ces patientes sur le terrain. [...] Après je pense qu'il faut des gens qui sachent comment fonctionnent ces femmes. » Comme elle, Constance aurait organisé des cours « en faisant intervenir différentes personnes qui sont sur le terrain. [...] Je prendrai des filles comme Mathilde Delespine, des gens qui ont fait des formations sur la violence. [...] Faire intervenir dans les écoles une psychologue, pourquoi pas la police aussi, eux aussi maintenant ils sont formés. » Elle ajoutait « Et je permettrai par exemple à mes étudiantes d'aller aux colloques sur les violences. [...] Et aussi la confrontation avec les sages-femmes qui sont déjà installées ça c'est important aussi. »

Concernant les outils les plus adaptés à l'enseignement, Marianne pensait « à partir de cas cliniques c'est beaucoup plus évocateur, et puis des films aussi. Je me souviens d'un film avec un médecin traitant qui pose la question. Je trouve que c'est un film qui est très parlant. Donc l'association des deux me semble intéressante en tout cas. Mais pas de cours classiques, je pense qu'on ne sort pas avec suffisamment d'outils. Les cas cliniques ça permet de voir les différentes façons de faire, voir comment les participants auraient fait, d'évoquer certains points en particulier et ça permet d'être beaucoup plus efficace, c'est plus marquant en fait. ». Afin d'aider à mieux repérer, prendre en charge et orienter les femmes victimes de violences, la MIPROF a réalisé plusieurs sessions et kits de formation sous forme de vidéos pour répondre aux problématiques rencontrées dans les différents secteurs professionnels (44). Les vidéos aident à l'apprentissage et ouvrent à des discussions interactives à propos de ces sujets sensibles. Ces activités peuvent être efficaces pour le développement des connaissances et sont stimulantes, tant pour les étudiants que pour les sages-femmes diplômées. Jeune diplômée, Pauline informait « C'est vrai que les vidéos, la théorie il les faut, il ne faut pas les supprimer, mais les cas cliniques où on appelle qui, et comment, et pourquoi.. Il aurait peut-être fallu en faire un peu plus » Selon Magali, « il faut absolument des cas cliniques [...] C'est bien beau de faire des cours magistraux mais pratico-pratique qu'est-ce qu'on fait ? » Claudine partageait le même point de vue « Après il faut aussi pouvoir accueillir ce qu'elles te disent, parce que c'est bien beau d'interroger mais après on en fait quoi ? » Pauline voulait organiser « Des cas concrets ».

A propos du contenu à enseigner, Magali estimait « il faudrait nous former sur l'aspect pratique ». De son côté, Laura souhaitait transmettre aux étudiants « des listes en fonction des régions avec des numéros ». Sylvie souhaitait instruire les étudiants grâce à « des cours magistraux avec toutes les statistiques qui sont importantes et qui choquent, ça c'est important de les avoir, on voit l'importance sur la santé publique, sur la santé des femmes et des familles etc. » Constance envisageait « Des cours sur toutes les violences, parler de toutes les violences, et en particulier des violences sexuelles, et tout ce qui est physiologique c'est-à-dire à quel moment les violences se déclarent, il y a des moments clés où les violences dans un couple peuvent se déclarer, la grossesse en particulier en est un, quels sont les signes d'appel par exemple. Déjà ça et puis les conséquences. Il faut vraiment apprendre aux sages-femmes quelles sont les conséquences sur les enfants et sur les femmes, apprendre aussi qu'est-ce qu'il se passe dans la tête des femmes ou dans la tête d'un enfant qui est sujet aux violences. »

Concernant la durée et le moment des enseignements, Pauline estimait que « une ou deux heures de plus là-dessus » étaient nécessaires. D'après Constance, « il faut distiller un peu de notions pendant le cursus ; dès la 3^e année déjà faire une première approche, en 4^e année aussi et en 5^e année aller un petit peu plus loin. »

Pour Elisabeth, le sujet des violences devait être un « basique », elle ajoutait « Ça fait partie de la formation comme savoir faire un toucher vaginal. » Constance annonçait « moi je traiterai exactement comme une pathologie. » Béatrice disait « Il y a un enseignement pour tout ce qui concerne un peu la psychologie, est-ce que ça pourrait être intégré là-dedans la façon de poser des questions, comment aborder le sujet avec les patientes etc. » Sylvie conseillait de faire un enseignement « Plus ciblé sur le dépistage. » Le CNOSF et la MIPROF insistent sur le fait que le questionnement systématique sur les violences subies permet de repérer activement les victimes (44). Elisabeth axait ses propos sur « savoir comment poser la question, comment amener la réponse, savoir vers qui orienter, ce qu'il faut faire exactement. Après ce sera en fonction du lieu où on travaille et du réseau qu'il y aura c'est certain, mais quand même connaître les grandes lignes. »

Une étude australienne a été entreprise en 2017 au sein d'une population d'étudiants sages-femmes en dernière année de cursus. Leurs points de vue ont été explorés à propos de leur formation au dépistage et à la prise en charge des violences. D'après le sondage,

les étudiants voulaient être capables de pratiquer un dépistage approprié, établir un dialogue avec les victimes et leur donner des conseils. Selon eux, les moyens les plus adaptés pour ce type d'apprentissage sont des témoignages, des jeux de rôle, des cas pratiques entre professionnels et patientes, et des vidéos (38).

Constance préconisait « je pense qu'il faut vraiment un enseignement particulier sur les violences et je pense qu'après il faut encore continuer à sensibiliser même quand on est diplômée. » Elle incitait les sages-femmes à continuer de se former après le diplôme « il y a déjà une formation de base à l'école mais qui doit ouvrir aussi, c'est-à-dire les sages-femmes quand elles sortent elles se disent il y a des choses qui évoluent ». Elle estimait que « la formation initiale ne va pas tout résoudre, il faut qu'il y ait aussi une formation continue. »

VI. L'état des lieux de la formation continue

1) Intérêt auprès des participantes

Quatre sages-femmes sur les onze interrogées ont assisté à des formations après leur diplôme. Celles-ci n'avaient pas été formées initialement à ce sujet. Deux d'entre elles exerçaient en hospitalier, les deux autres en cabinet libéral.

Marianne a dû se former « Moi il a fallu que je forme après mon diplôme parce que je ne connaissais pas. » Dans une enquête réalisée en Seine Saint-Denis via le réseau Naitre dans l'Est Francilien en 2013-2014, Mathilde Delespine a souligné une demande claire de formation émanant des professionnel-le-s de santé : 91% des professionnel-le-s de santé estiment nécessaire de s'investir et de prévenir les violences, mais seuls 34% ont déjà reçu une formation (52).

De plus en plus de formations sont proposées sur ce thème, et elles suscitent beaucoup d'intérêt. Florence, en parlant au nom de ses collègues, disait « on était toutes demandeuses. » Béatrice déclarait « je me suis même inscrite sur une formation en ligne proposée par un organisme sur les violences faites aux femmes. Ça avait l'air vraiment intéressant le contenu. » Sylvie avait l'intention de « les contacter pour m'inscrire ». Selon Elisabeth « on trouve de plus en plus de formations, je vais en faire prochainement

d'ailleurs, ce sont des choses que je vais demander justement. [...] Avant ça n'existait même pas ! Il n'y avait que des formations très très axées obstétrique et il y avait peu d'autres choses, [...] Ça veut dire que ça avance et que c'est un sujet un peu plus d'actualité [...] D'autant que maintenant avec tout le versant gynécologique il y a de plus en plus de sages-femmes qui s'occupent de femmes non enceintes, qui donc ne sont pas vulnérables, et n'empêche que ces femmes-là peuvent aussi être victimes de violences ou l'avoir été et en parler. Notre métier ne se limite plus à la femme enceinte et c'est d'autant plus important qu'on ait cette formation aussi sur la femme tout court. »

2) A quel moment de leur parcours

Certaines participantes ayant suivi des formations sur ce thème ont parlé d'un moment particulier de leur carrière. La ou les formation(s) ont été suivie(s) à un moment différent dans leur parcours professionnel, selon leur expérience, leur mode d'exercice ou leur vie personnelle.

Chez Constance, c'est l'expérience qui a joué « Bon pour moi la formation initiale c'est foutu [rire] mais à 40 ans passés, j'ai eu besoin de faire une formation. »

Avec les diverses facettes exercées pendant sa carrière, Marianne a pu faire « beaucoup de formations quand j'étais en PMI ». Sur son lieu de travail, Sylvie racontait « une personne responsable d'une association était venue faire une intervention auprès d'un staff sage-femme ». Enfin Claudine a bénéficié de formation concernant le dépistage systématique et la façon de poser la question, elle racontait « j'ai eu une formation, donc c'est vrai qu'ils nous ont bien dit de la poser, en plus avec l'ordre des sages-femmes du département, on avait eu aussi une thématique sur les violences conjugales, il y a 3-4 ans peut-être et ils nous ont demandé de la poser. »

Une sage-femme a évoqué un aspect plus personnel en parlant de la formation continue. Magali a confié « j'ai fait pas mal de choses mais pas sur les violences encore. Je pensais en faire quand moi je serai prête dans ma tête à faire face à des trucs comme ça. ». Puis elle a enchaîné « il faut que je travaille sur comment moi je m'énerve sur ces choses-là, il faut que j'arrive à faire la part des choses entre moi ce que je connais personnellement et les autres cas. Parce que la théorie je la connais, mais ce que je ressens moi, avoir envie

de castagner ces mecs c'est pas professionnel quoi ! Ce qu'il faudrait que je travaille c'est ça quoi, mon vécu personnel, pour pouvoir mieux prendre en charge mes patientes, être plus objective. »

3) Attentes de la part des sages-femmes

Toutes les sages-femmes ont été interrogées sur leurs attentes à propos des formations, qu'elles en aient suivi ou non.

Trois d'entre elles ont parlé du dépistage des violences. Laura disait qu'elle voudrait « savoir comment et quand l'aborder quand on n'est pas en consultations. » Béatrice voulait connaître « quels mots utiliser, pour ne pas arriver à braquer les femmes, est-ce qu'il y a une façon de parler ? est-ce que j'utilise les bons mots ? est-ce que je me trompe ? ». De la même façon, Elisabeth souhaitait savoir « Comment être à l'aise avec cette question pour la poser en systématique, quelles réponses apporter etc. » Elle poursuivait « pour me sentir à l'aise et ne pas avoir la mauvaise réaction, et puis qu'on puisse apporter toutes les bonnes pistes à cette dame pour l'orienter du mieux qu'on peut. »

A propos de l'orientation des femmes victimes de violences, Pauline avait le souhait de « combler ce manque, les types de prise en charge, un peu comme un protocole en fait, j'aimerais bien avoir une formation pour que ce soit clair dans ma tête. » Laura voulait « savoir vers qui se tourner » et Florence « savoir quelle aide, quel accompagnement spécifique proposer aux patientes ». Elisabeth parlait d'« avoir des réponses plus adaptées concrètement ». Béatrice décrivait vouloir « plus de pistes, lui donner le numéro d'un hébergement ou d'une écoute téléphonique si moi elle n'a pas envie de me parler mais qu'elle pourrait parler à quelqu'un d'autre. » Magali s'interrogeait « Qu'est-ce qu'on fait aussi pour des femmes qui ont été violentées obstétriquement parlant ? » Elle souhaitait avoir des éléments de réponses à ce propos. Claudine attendait de ces formations « qu'elles nous mettent à jour de tout ce qui se fait, de toute l'évolution, que tout soit bien rafraîchi... ». Enfin, Béatrice attendait « Quelque chose de pratique ».

4) Ce que ça leur a apporté

Pour compléter l'étude, les points de vue des participantes ayant suivi des formations ont été relevés à propos des bénéfices et inconvénients apportés par ces dernières. Les réponses ont été variées.

Selon elles, plusieurs éléments ont été bénéfiques. Pour Constance, « le fait d'avoir vu les films de la MIPROF ça aide aussi, surtout celui destiné aux médecins, parce qu'on le voit poser la question. » Sylvie a été encouragée dans le fait « qu'il fallait poser la question ! » Coralie racontait « Récemment j'ai fait une formation où on a justement discuté du fait que l'entretien permettait aussi de recevoir les informations ».

Constance relatait une journée de formation « il y avait une psychologue, des éducateurs, on avait la vision des papas aussi. » Sylvie avait l'air ravi de son enseignement « Il y avait une psychiatre qui faisait des expertises auprès d'hommes violents ou qui ont même tué leur femme, c'était très intéressant parce qu'elle parlait du fonctionnement de ces personnes-là [...] Il y avait aussi quelque chose sur les enfants qui vivent dans la famille aussi. Et il y avait après une femme policière qui parlait de son travail quand elle reçoit les femmes qui portent plainte » elle a ajouté « c'était très complet ! ».

D'un point de vue administratif, Constance expliquait « par exemple pour la rédaction du certificat maintenant j'ai plus la notion de comment il faut l'écrire ».

Néanmoins, certains problèmes ont été soulevés par les participantes. Constance avait regretté la formation il y a quelques années où « on n'a pas du tout abordé la question. » Claudine a fait des formations mais « au niveau administratif je ne pense pas être au point ».

Enfin, Marianne évoquait un manque de temps pendant une formation « Là dernièrement j'ai fait une formation où normalement on devait aborder le point de la question du dépistage, mais ils n'ont pas eu le temps ».

Catégories, concepts et sous-concepts issus de l'analyse des données.

Catégories	Concepts	Sous-concepts
Dépistage d'une situation de violence	Manière de poser la question	Repérage systématique
		Signes d'appel
	Moment propice	
	Atmosphère	
	Obstacles au dépistage	Ressenti et difficultés personnelles
Réticences à poser la question et freins au dialogue		
Facteur déclenchant	Par les pairs	
	Par un cas pratique	
	Par les médias	
Evolution des mentalités	Représentations antérieures	
	Changement sociétal	
	Evolution dans la législation	
Orientation des patientes	Outils pour orienter	
	Atmosphère	
	Collaboration professionnelle	Avec les collègues sages-femmes
		Pluridisciplinaire
Evolution de la formation initiale	Avant 2013	
	Depuis 2013	
	Etat des lieux concernant la formation initiale	Contenu des cours
		Intervenants
		A quel moment de leur formation
		Avis sur leur formation
	Actions d'amélioration	Contenu à aborder
		Intervenants
		Outils envisagés
	Etat des lieux de la formation continue	Intérêt
A quel moment de leur parcours		Rôle de l'expérience
		Rôle du mode d'exercice
		Aspect personnel
Attentes de la part des sages-femmes		
Ce que ça leur a apporté		Bénéfices
		Inconvénients

Points forts de l'étude

L'étude qualitative a permis de recueillir les propos les plus justes des professionnels de santé participants. Grâce aux divers modes d'exercice, toutes les catégories ont pu être représentées. Les statuts et les échelons étaient variés. Ces plusieurs points de vue ont permis de se rendre compte de la diversité des expériences et des âges.

Enfin, il s'agit d'une première étude sur le sujet dans cette ville par une étudiante sage-femme.

Les entretiens ont été réalisés en août et septembre 2017, avant les scandales médiatiques des mois derniers. Le contenu de ceux-ci prouvait déjà une volonté d'aider les femmes.

Limites de l'étude

Concernant le recrutement, le contact avec les sages-femmes hospitalières s'est fait par message électronique groupé, c'est pourquoi il n'est pas certain qu'elles l'aient toutes reçu. En utilisant le contact téléphonique pour les sages-femmes en cabinet libéral, plusieurs appels sont restés sans réponses. De plus l'équipe en PMI était réduite, diminuant la proportion de ce mode d'exercice dans l'étude. Enfin certains participants n'étaient pas enclins à répondre à ce sujet sensible.

Projet d'action

Cette étude propose un projet d'action visant à améliorer le dépistage des violences faites aux femmes et la prise en charge de celles-ci.

Le principe serait de créer des plaquettes d'information avec identification des professionnels impliqués dans le parcours de soins et de prise en charge, avec les noms des structures extérieures au niveau local. Ces flyers seraient destinés à tous les professionnels de santé travaillant auprès des femmes.

L'accès au dépistage sera facilité grâce à quelques questions inscrites sur ces plaquettes. Outil d'aide à l'orientation, le professionnel sera aidé dans la prise en charge de sa patiente en ayant les coordonnées des personnes référentes sous la main.

Ainsi, un plus grand nombre de violences pourrait être détecté.

Conclusion

Les sages-femmes sont au premier plan dans le dépistage et la prise en charge des violences pendant la grossesse. A travers cette étude qualitative, l'exploration de leur point de vue a permis d'apprécier les différents moyens de dépistage ainsi que les obstacles à celui-ci, variant en fonction de leur âge et de leur expérience. Les formations initiales et continues ont eu un impact positif dans la manière de poser la question mais les sages-femmes ressentent le besoin d'améliorer cet aspect et s'accordent à dire qu'il faut améliorer la formation initiale à ce propos.

Les entretiens individuels ont permis de mettre en lumière une diversité de prise en charge des victimes, surtout selon le mode d'exercice. Dans l'ensemble, la collaboration est pluridisciplinaire, faisant participer plusieurs acteurs, notamment médicaux et sociaux.

D'après l'étude, seules les sages-femmes récemment diplômées ont été formées pendant leurs études, générant chez les plus anciennes un besoin de formation continue pour pouvoir établir une meilleure prise en charge des femmes. Depuis 2013, le diplôme d'Etat de sage-femme prépare les étudiantes dans l'objectif de prévenir et dépister les violences faites aux femmes. De plus en plus de professionnels sont formés, notamment grâce à la loi du 5 novembre 2015.

Ce sujet mériterait de nouvelles explorations, analysant le point de vue d'une nouvelle catégorie professionnelle ou menant une étude similaire dans plusieurs années, permettant d'évaluer les connaissances acquises par les sages-femmes.

Des professionnels plus sensibilisés et mieux formés et un sujet on ne peut plus actuel, laissent entrevoir un avenir plus propice à la révélation de violences par les femmes qui en sont victimes.

Références bibliographiques

1. Organisation des Nations Unies (ONU). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. [Internet]. 1994 [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=F
2. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : Les principales données disponibles pour l'année 2016. Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2018];(12):1-19. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_observatoire_novembre_2017_-no12.pdf
3. MIPROF. Les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles en France. Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes [Internet]. 2016 [cité 30 mai 2017];(10):1-12. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
4. Violences au sein du couple - Ce que dit la loi. [Internet]. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>
5. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Violences contre les femmes : la loi vous protège [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>
6. Salmona M, Coutanceau R, éditeurs. Violences conjugales et famille. Malakoff: Dunod; 2016.
7. Delespine M, Flandin-Crétonin S, Souche L, Lavillonnière J. Les violences faites aux femmes. Doss Obstétrique. 2015;(451):11-28.
8. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. Pensée Plurielle. 2004;(8):103-18.
9. Suply B. Prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes. Vocat Sage-Femme. 2012;(95):10-5.
10. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. J Midwifery Womens Health. 2002;47(5):305-17.
11. Lima L, Mattar R, Abrahao A. Domestic violence in pregnant women: a study conducted in the postpartum period of adolescents and adults. J Interpersonnal Violence [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2017]; Sous Presse. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27307354>
12. MIPROF. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Prof Sage-Femme. 2016;(223):22-31.
13. Magnan G. Violences sexuelles : des conséquences sur la santé au long cours. Prof Sage-Femme. 2016;(223):6.

14. Polychronopoulou M, Douzenis A. The psychosocial repercussions of domestic violence in battered women. *Psychiatriki* [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2017];27(2):148-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467036>
15. National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. 2013 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <https://report.nih.gov/NIHfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=58>
16. Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile de France, Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Informations médicales : si vous avez subi ou si vous subissez des violences : Conséquences psychotraumatiques. [Internet]. 2012 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Brochure_victimologie-102012.pdf
17. Salmona M. Dissociation traumatique : mécanismes de la dissociation. [Internet]. Mémoire traumatique et victimologie. 2016 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>
18. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Violence sexuelle [Internet]. 2002 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/sexualviolence_fr.pdf
19. Institut national de Santé Publique du Québec. Trousse Média sur les agressions sexuelles: les conséquences victimes à l'âge adulte. [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/consequences>
20. Racicot K, Fortin A, Dagenais C. Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : pourquoi miser sur la relation mère-enfant ? *Cah Int Psychol Soc.* 2010;(86):321-42.
21. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données. *Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes* [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2018];(4):1-16. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf
22. Magnan G. Violences conjugales: combien ça coûte ? *Prof Sage-Femme.* 2016;(230):10-1.
23. Délégation d'Aide aux Victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2016. [Internet]. 2016 [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf>
24. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (7 novembre 2015) [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031424650&dateTexte=&categorieLien=id>

25. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF), Collectif des Associations et Syndicats de sages-femmes (CASSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes. [Internet]. 2010 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
26. Delespine M. Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités. Santé En Action. 2016;(438):27-8.
27. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé. [Internet]. 2005 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
28. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé (18 novembre 2009) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&dateTexte=&categorieLien=id>
29. CNOSF. La formation initiale [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
30. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (29 mars 2013) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
31. Article L4111-1. Code de la santé publique (2017).
32. CNOSF. Exercice salarié [Internet]. [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-salarie/>
33. CNOSF. Code de déontologie des sages-femmes. [Internet]. 2012 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
34. CNOSF. La formation continue : le DPC [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
35. Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes (2 janvier 2012) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062464&dateTexte=&categorieLien=id>
36. CNOSF. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels. [Internet]. 2018 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/03/Mise-%C3%A0-jour-Mars-2018.pdf>

37. Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*. 2015;(31):498-504.
38. Smith R, Wight R, Homer CSE. Asking the hard questions : Improving midwifery students' confidence with domestic violence screening in pregnancy. *Nurse Educ Pract*. 2017;
39. Kuliukas L, Oehlers K, Berlinger J. An interprofessional day of hi-fi simulation of Family and Domestic Violence with midwifery students and social work students. *J Interprofessional Educ Pract*. 2016;(6):33-6.
40. Article 515-11. Code civil (2014).
41. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (10 août 2016) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id>
42. Ministère de l'intérieur. STOP aux violences faites aux femmes [Internet]. 2014 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers/2014-Dossiers/STOP-aux-violences-faites-aux-femmes>
43. Ministère des droits des femmes. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes : 2014-2016. [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
44. Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. La formation des professionnel.le.s, un enjeu pour une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences. [Internet]. [cité 4 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/la-formation-des-professionnel-le-s-un-enjeu-pour-une-meilleure-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences/>
45. Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. [Internet]. 2016 [cité 4 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
46. ONU. La Déclaration universelle des Droits de l'Homme. [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
47. Article 222-11. Code pénal (2000).
48. Article 226-14. Code pénal (2015).
49. Article R4127-316. Code de la santé publique (2004).

50. Richard-Guerroudj N. Patientes maltraitées, comment signaler ? Prof Sage-Femme. 2016;(223):16-7.
51. Article 223-6. Code pénal (2000).
52. Delespine M. Programme de prévention des violences faites aux femmes par un réseau périnatal. 2015.
53. Violences sexistes et sexuelles : un projet de loi dès 2018 [Internet]. Gouvernement.fr. 2017 [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/violences-sexistes-et-sexuelles-un-projet-de-loi-des-2018>
54. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles : le haut conseil à l'égalité salue les annonces du Gouvernement. [Internet]. 2018 [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/actualites/article/projet-de-loi-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-le-hce-salue-les>

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Participante n°....

Question	Réponse/ mots clés
Année d'obtention du diplôme	
Lieu de formation	
Mode d'exercice actuel et ancien	
Age	
Concernant le dépistage des violences, posez-vous la question systématiquement ?	
Si oui, comment la posez-vous ? ↓	Si non, quelles sont pour vous les réticences / les freins à poser la question ? ↓
Est-ce que vous interrogez sur les ≠ types de violences ?	Qu'est-ce qui pourrait changer ça ?
Avez-vous déjà été confronté(e) à une patiente victime de violences ?	
Si oui vous souvenez vous d'une situation où vous avez dû prendre en charge une patiente violentée ? pouvez-vous me raconter ?	
Comment avez-vous fait pour PEC les femmes victimes de violences ?	

Vers qui vous êtes-vous tourné(e) ?	
Qu'est-ce qui vous a aidé ?	
Quels sont pour vous les outils de PEC ?	Si non, connaissez-vous les outils à disposition pour PEC les femmes ?
Quels moyens avez-vous à disposition pour faciliter la PEC ? ↓	
Quelles sont pour vous les difficultés ?	
Auriez-vous besoin de qq chose en particulier ?	
Quel est votre ressenti face à ces PEC ? Comment vous sentez vous par rapport l'accompagnement ?	
Pendant votre formation initiale, comment avez-vous été sensibilisé(e) à ce sujet ?	
Comment avez-vous été formé(e) pour aborder le sujet des violences avec vos patientes ?	
Quels enseignements avez-vous reçus ?	
Quelles formes de violences vous a-t-on présentées ?	
Les formateurs ont-ils expliqué les violences conjugales, les violences au travail et les violences médicales ?	

<p>Selon vous, est-ce suffisant ?</p>	
<p>Etes-vous satisfait(e) ? Pourquoi ?</p>	
<p>Selon vous, quels sont les points à améliorer pendant la formation à l'école de SF ?</p>	
<p>Comment ?</p>	
<p>Depuis votre diplôme, avez-vous déjà assisté à une formation à ce sujet ?</p>	
<p>Si oui, par quels biais ? ↓</p>	<p>Si non, aimeriez-vous recevoir des informations à ce sujet ?</p>
<p>Quels enseignements vous ont été bénéfiques lors de cette formation continue ?</p>	
<p>Qu'attendez-vous de ces formations ? Comment les journées de formation dédiées à ce sujet peuvent vous aider ?</p>	
<p>Selon vous, quels sont les outils à mettre en place pour optimiser la PEC ?</p>	

Annexe II : Lettre d'information

<p>EVALUATION DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES QUANT A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES</p>

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en 5^e année à l'école de sages-femmes, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la formation des sages-femmes à la prise en charge des femmes victimes de violences. L'objectif sera d'explorer votre point de vue à ce sujet. L'étude permettra également d'évaluer l'impact des formations initiales et continues et d'évaluer les aspects à conserver au cours de la formation initiale et ceux à améliorer.

Je vous propose de participer à cette enquête via un entretien individuel d'une durée de 20 à 30 minutes. La trame d'entretien est composée de trois parties : une première sur les renseignements généraux, une deuxième sur l'opinion des professionnels lors de la prise en charge des femmes et une dernière sur les formations initiales et continues. Celui-ci est anonyme, je ne demande ni nom ni coordonnées, j'attribue un numéro d'anonymat en début d'entretien.

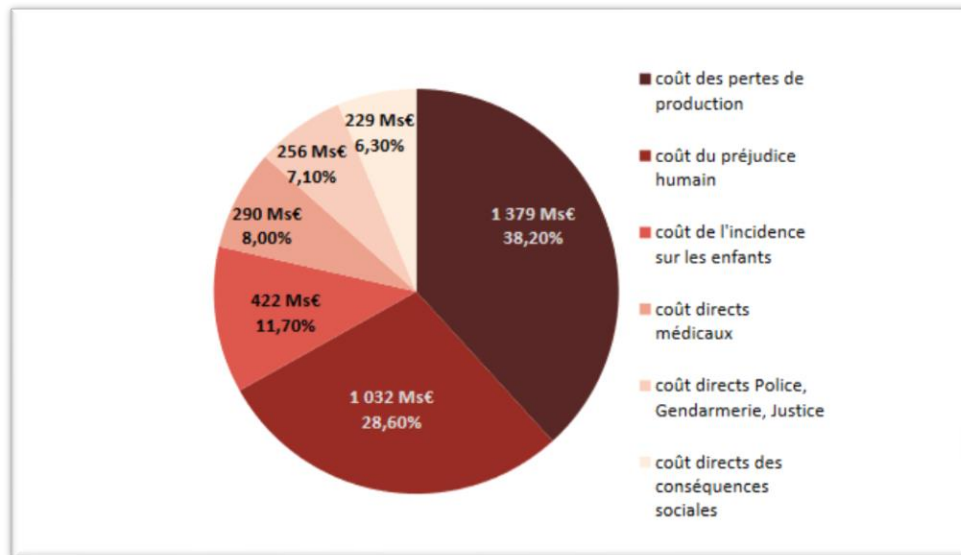
Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous avez la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

Je vous remercie de votre participation.

Annexe III :

Diagramme présentant la répartition du coût économique des violences selon les postes



Source : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données. Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2018];(4):1-16. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf

Résumé

Introduction : Chaque année en France 225 000 femmes sont victimes de violences. Ces actes ont tendance à s'exacerber pendant la grossesse. Les sages-femmes sont au premier plan dans la prise en charge de ces violences. L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue des sages-femmes quant à la prise en charge des femmes victimes de violences. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact des formations initiales et continues.

Méthode : Une étude qualitative descriptive et interprétative a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 11 sages-femmes de tout mode d'exercice. Les données ont ensuite été traitées selon une analyse thématique du contenu.

Résultats : Les résultats ont montré que seulement quatre sages-femmes avaient été formées initialement au dépistage et à la prise en charge des violences. Il y avait beaucoup de cours théoriques et peu de cas pratiques. La majorité ne se sentait pas à l'aise avec ce sujet et estimait nécessaire une formation supplémentaire. Celles-ci attendent principalement des outils de dépistage.

Discussion : Depuis 2013, le diplôme d'Etat de sage-femme intègre des enseignements de prévention et de dépistage des violences faites aux femmes. La législation française prévoit de former les professionnels, notamment médicaux, sur les violences faites aux femmes pour un meilleur signalement.

Mots clés : formation initiale, formation continue, sage-femme, violences faites aux femmes, prise en charge des violences.

Summary

Introduction: Each year, in France, 225 000 women are victim of violence. Those actions tend to be aggravated during pregnancy. Midwives are at the forefront for taking charge of those violence. The aim of this study was to explore the midwives point of view on the way violented pregnant women nursing. The secondary objectives were to evaluate the impact of academic and continuing education.

Method : A qualitative descriptive study was undertaken with semi-structured interviews of 11 midwives from all the way of exercises. The collected data have been processed according to a content thematic analysis.

Results : The results have shown that only four midwives had been previously educated to screening violence and patient care. There were a lot of theoretical classes but only a few practical cases. The majority did not feel comfortable with this subject and thought that an extra education was necessary. They mainly expect screening tools.

Discussion: Since 2013, the midwife diploma contains preventing and screening education about domestic violence. The French legislation plans to educate professionals, especially medical ones, to domestic violence, aiming at a better reporting.

Key-words : Violence against women, violence during pregnancy, domestic violence, academic and continuing education, midwife's experience, midwife, nursing.