



**HAL**  
open science

# Pratique du repérage des violences à l'encontre des femmes durant la grossesse par les sages-femmes de l'Isère

Maëlle Guglielmini

► **To cite this version:**

Maëlle Guglielmini. Pratique du repérage des violences à l'encontre des femmes durant la grossesse par les sages-femmes de l'Isère. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02285786

**HAL Id: dumas-02285786**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02285786>**

Submitted on 13 Sep 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

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

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

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE**

**Pratique du repérage des violences à l'encontre  
des femmes durant la grossesse par les sages-  
femmes de l'Isère.**

Par : Maëlle GUGLIELMINI

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 2 septembre 2019

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

Année 2018 – 2019



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE**

**Pratique du repérage des violences à l'encontre  
des femmes durant la grossesse par les sages-  
femmes de l'Isère.**

Par : Maëlle GUGLIELMINI

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 2 septembre 2019

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

Année 2018 – 2019

## **RESUME**

**Objectifs :** Etablir la prévalence du repérage des violences faites aux femmes vues pour la première fois en consultation prénatale par des sages-femmes, rechercher les facteurs associés à ce repérage dans la pratique.

**Matériel, méthodes :** Etude descriptive, multicentrique par observation directe de la pratique du repérage. Etaient observées des sages-femmes libérales (SFL) et salariées (SFS) de l'Isère. Les critères de jugements étaient le pourcentage de l'interrogation systématique concernant les violences, et les facteurs associés au repérage en lien : avec les sages-femmes (exercice, expérience, formation), et avec la prise en charge lors de la consultation (création d'un climat d'écoute, de sécurité et de bienveillance ; disposition d'un temps d'écoute, proposition de rendez-vous).

**Résultats :** Au total, 34 consultations d'une durée moyenne de 44 minutes ont été observées : 32,3% concernaient des SFS et 67,6% des SFL. Parmi 34 observations, 32,4% sages-femmes ont réalisé le repérage, même si 55,9% avaient suivi une formation spécifique et 50% avaient 18 ans d'expérience. Aucun facteur associé au repérage n'a été retrouvé parmi les caractéristiques des sages-femmes ni lors du déroulement de la consultation. Sur les 11 repérages effectués, 2 femmes, soit 18,2%, ont déclaré subir des violences.

**Conclusion :** Le repérage n'était pas effectué systématiquement, contrairement aux recommandations, même si les sages-femmes instaurent un climat d'écoute et de bienveillance.

### **Mots-clés :**

Violences – Grossesse – Sage-femme – Repérage – Facteurs associés

## **ABSTRACT**

**Aim :** To establish prevalence of a screening of the violence against women among patients first seen during the first consultation of pregnancy by the midwife, investigate the factors associated with the screening of violence in practice.

**Material, methods :** Descriptive, multicentric study via direct observation of the practice of a screening. Target population was liberal and salaried midwives working in Isère. Evaluation criteria were percentage of midwives who do approaching the subject, and the factors associated with screening in connection with : the midwives characteristics (professional standing, professional experience, course), and the care during the consultation progress (climate of listening, of confidence, and secure environment; time for listening and issue, appointment proposal).

**Results :** Among 34 observations with an average duration of 44 minutes, there were : 32.3% salaried midwives and 67.6% liberal midwives. Among 34 observations : 32.4% of midwives realised the screening even if 55,9% followed a specific training, 50% already had 18 years of experience. Any factors were associated with the screening among the midwives characteristics and the care during the consultation. Among 11 screenings, 2 wives, (18.2%) reported being exposed to violence.

**Conclusion :** Screening wasn't performed systematically, even if the midwives established a climate of listening and of caring.

**Key words :**

Violence – Pregnancy – Midwife – Screening – Factors associated

## **REMERCIEMENTS**

### **Je remercie les membres du jury :**

- Mme BAUDON Claire, Sage-Femme Enseignante au Département Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes, Présidente du jury ;
- Dr GOBILLOT Sophie, Assistante hospitalo-universitaire, Chef de Clinique en Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant, Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes, Co-présidente du jury ;
- Mme DUJOURDIL Jocelyne, Sage-femme Cadre à Clinique des Cèdres, Echirolles, Membre invitée du jury ;
- Mme LARMAN Viviane, Sage-femme du Service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile en Isère, Directrice de ce mémoire ;
- Mme MARTIN Claudine, Sage-femme Enseignante du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de ce mémoire.

**Je remercie plus particulièrement :**

- Mme LARMAN Viviane, Sage-femme du Service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile en Isère, Directrice de ce mémoire

*Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail et pour le temps qu'elle y a consacré ;*

- Mme MARTIN Claudine, Sage-femme Enseignante du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de ce mémoire ;

*Pour son encadrement, sa disponibilité, son accompagnement et son aide à chaque rendez-vous ;*

- Toutes les sages-femmes participant à l'étude

*Pour avoir accepté de participer à cette étude et pour m'avoir fait confiance ;*

- Mme TERRIER Lucie, sage-femme travaillant au Centre Hospitalier de Voiron

*Pour sa disponibilité, sa gentillesse et ses conseils ;*

- Mes amis et mes collègues de promotion

*Pour leur présence et tous les moments forts partagés ensemble ;*

- A mes parents

*Pour leur bienveillance, leur écoute et leur compréhension ;*

- A ma famille, et aux femmes de mon entourage

*Pour leur soutien et leur patience ;*

- A Benjamin

*Pour son amour et ses encouragements.*

## TABLE DES MATIERES

<b>ABBREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>12</b>
1. Type d'étude .....	12
2. Site de l'étude .....	12
3. Période de l'étude .....	13
4. Population.....	13
5. Recueil des données à l'inclusion et modalités du suivi du recueil des données ...	14
6. Critères de jugement.....	18
7. Analyse statistique.....	19
<b>RESULTATS .....</b>	<b>20</b>
1. Caractéristiques de la population .....	20
2. Objectif principal : Pratique du repérage des VFF .....	21
3. Objectifs secondaires : Caractéristiques des sages-femmes et facteurs associés au repérage des VFF.....	22
4. Objectifs secondaires : Caractéristiques du déroulement de la consultation et facteurs associés au repérage des VFF .....	24
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>31</b>
1. Forces, biais et limites de l'étude .....	31
2. Analyse et comparaison avec la littérature .....	34
3. Points d'amélioration .....	44
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>51</b>

## **ABBREVIATIONS**

**CDOSF** : Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes,

**CH** : Centre Hospitalier,

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

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,

**EPP** : Entretien Prénatal Précoce,

**GHEF** : Groupe Hospitalier de l'Est Francilien,

**HAS** : Haute Autorité de Santé,

**HCE** : Hôpital Couple Enfant,

**MIPROF** : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes,

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé,

**ONSF** : Ordre National des Sages-Femmes,

**PMA** : Procréation Médicalement Assistée,

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile,

**RPC** : Recommandations pour la Pratique Clinique,

**SFS et SFL** : Sage-Femme Salarié(e) et Sage-Femme Libérale,

**TRAQUE-VFF**: Tracer Repérer à l'Aide d'un QUEstionnaire les Violences Faites aux Femmes,

**UTAP** : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal,

**VFF** : Violences Faites aux Femmes,

**VIRAGE** : enquête VIolence et RAports de GENre.

## INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les violences sont « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces [...] qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* ». (1) Les violences à l'encontre des femmes ou violences faites aux femmes (VFF) sont définies par l'OMS 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* ». (2) Plusieurs types de ces violences se rencontrent : les violences par le partenaire intime (2) (3) (4) (5), les violences sexuelles (le viol, les agressions sexuelles, les exhibitions sexuelles) (2), les mutilations sexuelles féminines, le harcèlement sexuel et le mariage forcé, la prostitution (3) (6) (7) (8). Ces mêmes violences se déclinent sous plusieurs formes : physique, psychologique, verbale, sociale, religieuse ou spirituelle, économique, administrative, cyberviolence. (6) (7) Les violences concernent toutes les femmes, quel que soit leur âge, origine, nation, mœurs et situation de famille, appartenance, ethnie, religion, race, handicap, état de santé, réputation, et situation socio-économique. L'inégalité entre les hommes et les femmes et l'acceptabilité de la violence dans la société font partie des causes les plus importantes de ces violences. (2) Il n'existe pas de profil particulier de la femme confrontée à des violences, ni de son ou de ses agresseurs. La violence résulte de l'interférence entre des facteurs de risques individuels, relationnels, sociétaux, environnementaux. (5) (8) (9) Concernant la violence sexuelle et celle exercée par le partenaire intime, les facteurs de risques établis par l'OMS sont : le faible niveau d'instruction, le niveau d'accès à un emploi rémunéré pour les femmes, l'antécédent ou l'exposition à des violences familiales ou à de la maltraitance durant l'enfance, des troubles antisociaux de la personnalité, la consommation nocive d'alcool, de multiples partenaires, une

attitude ayant tendance à légitimer la violence, et le fait de vivre dans une communauté privilégiant l'homme. Les conséquences sur la santé physique et psychique sont, entre autres : des patientes présentant des blessures ou des fractures corporelles, un état de stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété, une dépendance aux substances psycho-addictives, des pathologies chroniques (diabète, hypertension, ...). Ces VFF ont des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive avec par exemple des patientes ayant des pathologies gynécologiques, des douleurs pelviennes chroniques, des complications durant leurs grossesses, des fausses-couches, des grossesses non-souhaitées, des infections sexuellement transmissibles, des infections vaginales et urinaires, des hémorragies génitales. Il y a également des conséquences physiques et psychiques sur les enfants (devenant ultérieurement des victimes ou des auteurs d'actes violents, ou développant des pathologies psychosomatiques) et des conséquences socio-économiques (isolement, inaptitude au travail, perte de salaire, capacité limitée à s'occuper de soi-même et des enfants). (2) (3) (5) (8) (10) (11) D'après le Docteur Guérin Violaine, « *Le corps qui a vécu des souffrances parle s'il n'est pas réparé. Pire, il s'exprime de façon de plus en plus violente s'il n'est pas écouté, engendrant tout un cortège de symptômes et de maladies qui ont leur sens, et que la médecine moderne ne sait souvent pas décrypter* ». (9) En France, une femme est tuée tous les 3 jours par son partenaire ou ex-partenaire. D'après l'enquête Cadre de Vie de 2013, les femmes victimes de violence conjugale ont un risque accru de fausse couche (16%), d'accouchement prématuré (41%) et la probabilité d'insuffisance pondérale à la naissance est augmentée. (2) (12) (13) Chaque année en France, 94000 femmes entre 18 et 75 ans sont victimes de viol ou de tentative de viol. La moitié de ces dernières n'ont fait aucune démarche pour déclarer ces VFF auprès d'un professionnel ou d'une association. La victime connaissait l'agresseur dans 91% des cas. (3) (12) (13) L'enquête VIRAGE de 2016 estime à 14,5% les femmes victimes de violences sexuelles entre 20 et 69 ans. (14) Selon le Code pénal, c'est une atteinte aux droits fondamentaux de l'intégrité physique

et psychologique de la personne, interdite et punie par la loi. (3) (15) (15) En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux professionnels de santé un « repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation », dès le début et à tout moment de la grossesse. (17) (18) (19) Les patientes victimes ou ayant été victimes de VFF entrent dans des grossesses à risque et nécessitent un repérage, ce qui constitue un problème de santé publique. Les sages-femmes ont une place importante dans le repérage de ces VFF et l'accompagnement des victimes. Les sages-femmes sont des acteurs ou des actrices de santé publique. (6) (9) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27)

En 2016, une enquête qualitative sur le repérage des violences conjugales par 13 sages-femmes chambériennes a montré que la majorité des sages-femmes faisaient le repérage. Seulement 3 d'entre elles ne l'ont pas effectué systématiquement du fait du manque de temps ou de formation, ou même du fait d'une peur de stigmatiser les patientes. (28) En 2017, le Projet TRAQUE-VFF sur le site du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien (GHEF) a fait remplir par les patientes un questionnaire de repérage des VFF, a formé les professionnels de santé au repérage et à la prise en charge des VFF, puis a évalué ces derniers. Ainsi, 11,5% des 296 questionnaires remplis ont eu une réponse positive aux VFF, mais ce pourcentage serait sous-estimé selon les opérants de l'étude. (29)

Ainsi, il semble pertinent de réaliser une étude par observation directe de la pratique du repérage des VFF par les sages-femmes. Cette étude s'appuie sur les référentiels métiers et compétences des sages-femmes, les recommandations de la HAS et les référentiels de la MIPROF. Il est intéressant d'observer cette pratique au premier interrogatoire de grossesse qui semble être l'un des moments opportuns pour le réaliser. (25) (30) (31) (32) Il est également intéressant de rechercher plus précisément les facteurs associés à la réalisation de ce repérage. L'hypothèse de cette étude est que le repérage n'est pas systématiquement réalisé lors du premier contact entre le ou la sage-femme et la patiente enceinte. Ceci peut être dû à des freins liés aux

caractéristiques du ou de la sage-femme, aux caractéristiques de la consultation lors de l'observation. L'objectif principal de cette étude est de calculer la prévalence de repérage des VFF chez les patientes vues pour la première fois en consultation prénatale programmée par une sage-femme, quel que soit le terme de la grossesse. Les objectifs secondaires sont de rechercher les facteurs associés au repérage des VFF en lien avec les caractéristiques des sages-femmes (années d'expérience, formation spécifique, mode d'exercice), l'information et l'orientation vers des réseaux d'aides professionnelles ou associatives le cas échéant, la création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité (lieu et intimité, posture, accueil, existence d'un suivi antérieur de la patiente), la recherche de signes dans l'anamnèse et l'interrogatoire (consommation de substances addictives, antécédents psychologiques, présence de soutien), l'examen clinique bienveillant (confort de la patiente, recherche de l'accord de la patiente avant d'examiner) et les caractéristiques de la fin de la consultation (disposition d'un temps pour l'écoute et les questions, proposition d'un nouveau rendez-vous).

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'un audit des pratiques des sages-femmes voyant pour la première fois une patiente en consultation prénatale, quel que soit le terme de la grossesse.

L'étude est observationnelle, épidémiologique, descriptive, multicentrique.

Il s'agit d'une observation directe non-participative de la pratique de chaque sage-femme.

### **2. Site de l'étude**

Cette étude a été menée dans des cabinets de consultation libéraux de sages-femmes des agglomérations grenobloise, voironnaise, et de la Communauté de communes du Grésivaudan.

Ont été retenus les cabinets libéraux figurant dans l'annuaire publique de l'Ordre National des Sages-Femmes (ONSF).

L'étude s'est déroulée également dans les services de consultation de suivi de grossesse des Centres Hospitaliers (CH) de l'Isère. Ces CH sont : l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de La Tronche, la Clinique Mutualiste de Grenoble, le CH de Voiron. Le CH de Bourgoin-Jallieu a été sollicité mais n'a pas donné de réponse.

### 3. Période de l'étude

Des observations ont été réalisées sur une période s'étendant entre le 19 novembre 2018 et le 28 mars 2019.

### 4. Population

Ont été inclus(se)s dans l'étude les sages-femmes effectuant les consultations de suivi de grossesse et voyant la patiente pour la première fois en consultation prénatale, quel que soit le terme de grossesse. C'est-à-dire :

- Les SFL et leurs remplaçant(e)s des agglomérations grenobloise, voironnaise et de la communauté de commune du Grésivaudan figurant dans l'annuaire publique de l'ONSF ;
- Les SFS travaillant dans les services de consultations obstétricales des maternités de l'Isère, quel que soit le niveau des maternités.

Ont été exclu(e)s de l'étude les sages-femmes :

- Ne pratiquant pas de consultations de suivi de grossesse (Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal ou UTAP, Procréation Médicalement Assistée ou PMA, échographistes, consultant(e)s en lactation, rééducation périnéale, séances de préparation à la naissance, EPP) ;
- De la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du fait des visites à domicile et des consultations se déroulant souvent avec les conjoints ou des interprètes ;
- Ne désirant pas participer à l'étude ;
- Ayant connaissance du sujet de l'étude (cadres, enseignants), et les étudiants.

Ont été également exclu(e)s les sages-femmes libérales exerçant hors des agglomérations grenobloise et voironnaises, de la communauté de commune du Grésivaudan, et ne figurant pas dans l'annuaire de l'ONSF.

## 5. Recueil des données à l'inclusion et modalités du suivi du recueil des données

Pour les sages-femmes travaillant dans les services de consultation prénatales en milieu hospitalier, nous avons demandé l'autorisation de mener l'étude à la sage-femme cadre coordinatrice. Puis, nous l'avons demandé à chaque sage-femme hospitalière exerçant les jours des observations. En milieu libéral, les sages-femmes ont été contacté(e)s par téléphone et visitées. Des relances par entretien téléphonique ont été faites aux cadres des services de consultation prénatales en milieu hospitalier, et aux sages-femmes travaillant en libéral.

Une grille de recueil standardisée a été construite à partir de recommandations issues du référentiel métier et compétences des sages-femmes (31), des Recommandations de Pratiques Cliniques de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (33), et des kits de formation sur les VFF de la MIPROF (25).

Cette grille a été testée auprès de 2 sages-femmes travaillant dans le service de consultation prénatal du CH de Chambéry, avec le consentement de ces dernières et de la sage-femme cadre coordinatrice du service. D'autres données ne figurant pas dans les référentiels ont été rajoutées ultérieurement dans la grille d'observation. [Cf. Annexe I.](#)

La grille comporte plusieurs critères :

- **Renseignements généraux à recueillir ;**
- **Caractéristiques de la consultation observée ;**
- **Pratique du repérage lors de l'observation :** Créer un climat d'écoute, de confiance et de sécurité ; Interrogatoire ; Examen clinique physique ; Question des violences ; Suivi de la patiente.

Toutes les données recueillies ont été classées selon 2 réponses : Oui, Non. Un critère conforme entraînait une réponse « oui », un critère non conforme entraînait une réponse « non ».

Ont été retenus et redéfinis les critères suivants :

- **Pratique du repérage des VFF** : avec la variable « Pose la question des violences » ;
- **Caractéristiques des sages-femmes observé(e)s** en utilisant les variables ajoutées après avoir testé la grille d'observation, telles que l'« Année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme » pour calculer le nombre d'années d'expérience, l'existence de « Formation spécifique en matière de violences ou de psycho-périnatalité », et le « Lieu de la consultation observée » pour définir le statut d'exercice ;
- **Affichage d'information sur les VFF** en utilisant la variable « Présence d'une affiche et/ou de dépliants/brochure sur les violences faites aux femmes » ;
- **Caractéristiques de l'accueil en consultation**, dont :
  - La configuration du lieu de consultation et présence d'éléments assurant l'intimité avec les variables « Présence dans la salle de consultation de : Volets ou rideaux aux fenêtres, Paravent, Table d'examen clinique », « Consultation dans 2 pièces (1 pour l'interrogatoire, 1 pour l'examen clinique) » ;
  - La présence d'une tierce personne avec les variables « La patiente est accompagnée (conjoint ou famille ou ami) », « Demande à la patiente si elle accepte la présence de l'observateur ou d'un(e) étudiant(e) ». Ces variables avaient été ajoutées après avoir testé la grille d'observation. ;
  - Les relations des sages-femmes avec la patiente avec la variable « Patiente déjà connue par le ou la sage-femme (suivi obstétrical, suivi gynécologique, préparation à la naissance, rééducation périnéale) ». Cette variable avait été ajoutée après avoir testé la grille d'observation. ;

- **Création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité, dont :**
  - La posture des sages-femmes. Il était considéré que les sages-femmes adoptaient cette posture si au moins 1 des variables suivantes était observée : « S'installe légèrement penchée face à la patiente », « S'installe dans une posture détendue : avec les bras non-croisés, sur une chaise, un fauteuil ou sur un ballon », « A des gestes rassurants : Serre la main de la patiente à son arrivée, Hochement de tête, Garde le contact visuel avec la patiente lorsque le ou la sage-femme pose les questions, Garde le contact visuel avec la patiente lorsque le ou la sage-femme donne les explications ». ;
  - La communication verbale des sages-femmes avec la variable « Parle de manière calme : voix claire, ton et rythme de parole calme ». ;
- **Recherche de signes spécifiques et non-spécifiques dans l'anamnèse et dans l'interrogatoire, dont :**
  - Les addictions avec la variable « Interroge la patiente sur les consommations de substances addictives : Tabac, Alcool, Drogue, Médicament ». Il était considéré que les sages-femmes effectuaient le dépistage des consommations de substances addictives si elles interrogeaient sur au moins 1 des consommations. ;
  - Les antécédents psychologiques avec la variable « Interroge la patiente sur les antécédents psychologiques : Sur l'existence d'un suivi psychologique, sur la prise de traitements psychotropes, sur un antécédent d'hospitalisation pour des raisons psychologiques » ;
  - La présence de soutien avec la variable « Interroge la patiente sur la présence de soutien : Relations avec la famille, Relations avec le conjoint, Existence d'un entourage amical ». Il était considéré que les sages-femmes interrogeaient sur la présence de soutien si elles interrogeaient sur au moins 1 de ces relations. ;

- Les signes fonctionnels : Les conséquences des VFF sur la santé décrites par l’OMS font parties de ces signes. Il s’agit « *des troubles anxieux, des troubles du sommeil, de l’alimentation* », « *des céphalées, des douleurs de dos, des douleurs abdominales, des troubles gastro-intestinaux, une mobilité réduite et un mauvais état général* ».

(2) Ainsi, l’étude utilise la variable « Interroge la patiente sur les signes fonctionnels spécifiques : sur le moral, sur des troubles du sommeil, sur des troubles de l’alimentation, sur des troubles gastro-intestinaux, sur l’existence de douleurs (de contraction utérine, autres) ». Il était considéré que les sages-femmes interrogeaient sur les signes fonctionnels si elles interrogeaient sur au moins 1 de ces signes. ;

- **Déroulement de l’examen clinique obstétrical et gynécologique, dont :**

- La pratique d’un examen clinique obstétrical et gynécologique avec la variable « Pratique un examen clinique obstétrical et gynécologique : toucher vaginal, pose de spéculum, palpation mammaire ». Cette variable a été ajoutée après avoir testé la grille d’observation. ;
- L’obtention de l’accord de la patiente avant de l’examiner avec la variable « Demande à la patiente son accord avant de la toucher » ;
- Le confort avec les variables « Veille au confort de la patiente durant l’examen clinique sur la table d’examen : Invite la patiente à s’installer sur la table de consultation, Demande à la patiente si celle-ci est bien installée ». ;

- **Caractéristiques à l’issue de la consultation :**

- Disposition d’un temps pour l’écoute et les questions à l’issue de la consultation avec la variable « Se rend disponible pour la patiente en cas de toutes autres questions ou demandes de la patiente » ;
- Proposition d’un nouveau rendez-vous avec la variable « Propose à la patiente une nouvelle rencontre ensemble si d’autres consultations prénatales sont à prévoir ».

## 6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de l'interrogation systématique concernant les VFF lorsque la sage-femme voit la patiente en consultation prénatale pour la première fois. Les critères de jugements secondaires correspondent aux taux de facteurs associés au repérage des VFF lors de l'observation directe. De cette manière, les variables de la grille ont repris notamment les points retrouvés dans les référentiels ci-dessus et les tests des grilles d'observation, à savoir :

- **Les caractéristiques des sages-femmes observé(e)s** : nombre d'années d'expérience, formation spécifique, statut d'exercice ;
- **La création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité** : information sur les VFF, caractéristiques de l'accueil (configuration du lieu de consultation, présence d'un accompagnant, présence de l'observateur ou d'un étudiant, relation avec les sages-femmes) ; création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité (posture, communication verbale) ;
- **La recherche de signes spécifiques et non-spécifiques dans l'anamnèse et l'interrogatoire** (addictions, antécédents psychologiques, présence de soutien) ;
- **Déroulement de l'examen clinique obstétrical et gynécologique** : pratique d'un examen, obtention de l'accord de la patiente avant de pratiquer un examen, confort ;
- **Caractéristiques à l'issue de la consultation** : disposition d'un temps pour l'écoute et les questions à l'issue de la consultation ; proposition d'un nouveau rendez-vous.

## 7. Analyse statistique

Les données sont présentées à l'aide de tableaux.

Les variables quantitatives continues des caractéristiques à l'inclusion sont exprimées en moyenne et écart-type.

Les variables qualitatives et ordinales sont exprimées en effectif et pourcentages.

Les données ont été analysées grâce au logiciel R4web, c'est-à-dire un logiciel de calcul de statistiques en ligne créé par l'Université Grenoble Alpes.

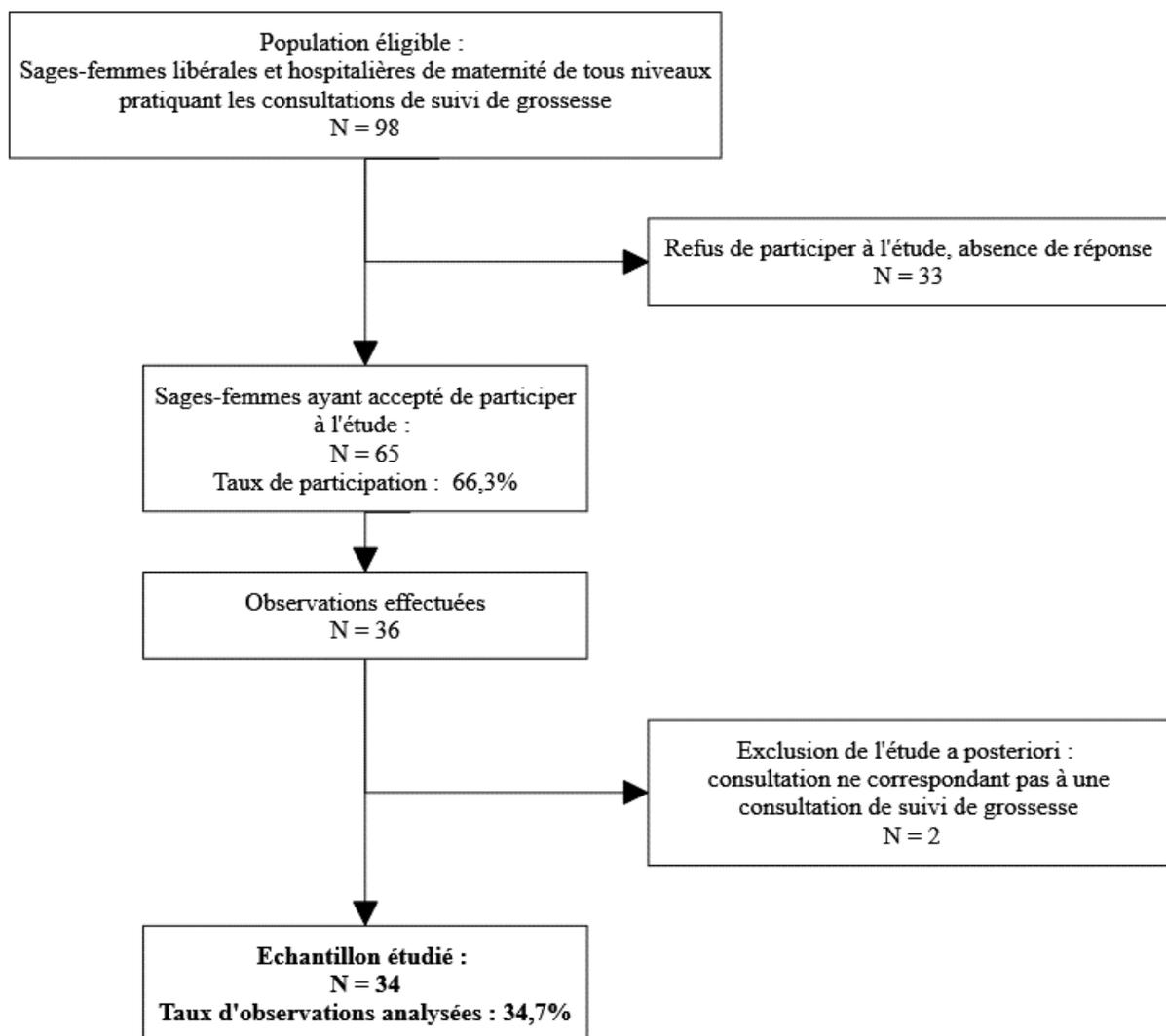
Est évalué le taux de conformité du repérage des VFF au regard des recommandations de l'HAS, de la MIPROF et du RPC du métier de sage-femme. Pour cela, l'étude utilise les tests de Fisher.

## RESULTATS

### 1. Caractéristiques de la population

Nous avons sollicité 98 sages-femmes pour l'étude, 33 n'ont pas donné leur accord, par refus ou par absence de réponse pour participer à l'étude. Le taux de participation est donc de 66,3%. Parmi les sages-femmes ayant donné leur accord pour participer à l'étude, 36 observations ont été effectuées. Sur les 36 observations, 2 n'ont pas été incluses dans l'étude car il ne s'agissait pas d'une consultation prénatale mais d'un EPP. Ainsi, l'étude comprend 34 observations analysées, chaque sage-femme ayant été observée une seule fois.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion



Les sages-femmes ayant été observées avaient en moyenne 41,9 ans (écart-type = 10,1), avaient le plus souvent une formation spécifique en matière de violence et de psycho-périnatalité (55,9%) et exerçaient plus souvent en libéral (67,6%). Toutes les sages-femmes observées étaient des femmes. Néanmoins, 2 hommes avaient accepté de participer à l'étude.

## **2. Objectif principal : Pratique du repérage des VFF**

Au total, ce repérage des VFF était effectué par 32,4 % (n=11) des sages-femmes lors de la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse, et 67,6% (n=23) n'ont pas clairement posé la question. Au total, 2 des 11 sages-femmes ayant posé la question ont permis de repérer une femme victime de VFF, soit 18,2%.

Les consultations duraient en moyenne 44,4 minutes (+/- 14,1 minutes). La question de repérage sur les VFF a été posée en moyenne vers la 17,3<sup>ème</sup> minute (+/- 9,93 minutes) de la consultation.

### 3. Objectifs secondaires : Caractéristiques des sages-femmes et facteurs associés au repérage des VFF

Tableau 1 : Caractéristiques à l'inclusion et facteurs associés au repérage des VFF dans les caractéristiques des sages-femmes

	Total		Repérage des VFF		p-value		
	N = 34		Effectué n= 11 (32,4 %)	Non-effectué n= 23 (67,6%)			
Formation spécifique, n(%)	19	(55,9)	7	(63,6)	12	(52,2)	0,7
Statut							0,5
Exercice salarié, n(%)	11	(32,3)	3	(27,3)	8	(34,7)	
Exercice libéral, n(%)	23	(67,6)	8	(72,7)	15	(65,2)	
Années d'expérience							1
.....Moins de 15 ans d'expérience, n(%)	13	(38,2)	4	(36,4)	9	(39,1)	
.....Entre 16 et 20 ans d'expérience, n(%)	10	(29,4)	3	(27,3)	7	(30,4)	
.....Plus de 21 ans d'expérience, n(%)	11	(32,4)	4	(36,4)	7	(30,4)	

Légende : N=effectif total, n=effectif, %= pourcentage

#### **Formation spécifique en matière de VFF ou de psycho-périnatalité**

Les sages-femmes observées avaient dans 55,9% des cas (n=19) suivi une formation spécifique en matière de VFF ou de psycho-périnatalité. Selon le test de Fisher, le fait d'avoir suivi une formation spécifique n'était pas un facteur associé au repérage des VFF (p-value = 0,7).

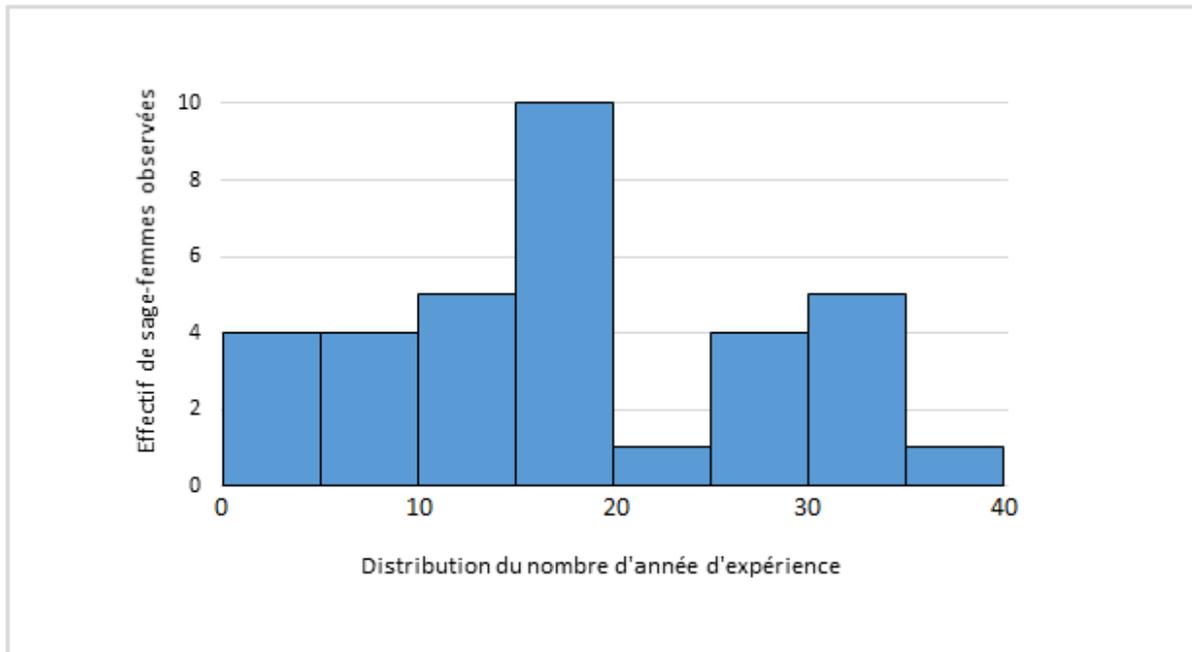
#### **Statut d'exercice**

La population des sages-femmes observées était composée principalement de sages-femmes libérales (67,6%). Il y avait 32,3% sages-femmes salariées en milieu hospitalier.

Selon le test de Fisher, le type d'exercice n'était pas un facteur associé au repérage des VFF (p-value=0,5).

## Années d'expérience

Figure 2 : Répartition des années d'expérience des sages-femmes



La répartition n'était pas Gaussienne pour la variable concernant le nombre d'années d'expérience : « Année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme ». La médiane des sages-femmes de l'étude était de 18 ans d'expérience.

Nous avons créé 3 catégories selon la distribution du nombre d'années d'expérience :

- 38,2% des sages-femmes (n=13) étaient diplômées depuis moins de 15 ans ;
- 29,4 % sages-femmes (n=10) étaient diplômées entre 16 et 20 ans ;
- 32,4% des sages-femmes (n=11) étaient diplômées depuis plus de 21 ans, avec un nombre d'années d'expérience maximum de 36 ans.

Selon le test de Fisher, le nombre d'année d'expérience n'était pas un facteur associé au repérage des VFF (p-value =1).

## 4. Objectifs secondaires : Caractéristiques du déroulement de la consultation et facteurs associés au repérage des VFF

### 4.1. Information sur les VFF et caractéristiques de l'accueil en consultation

Tableau 2 : Facteurs associés au repérage des VFF dans les caractéristiques de l'accueil

	Total		Repérage des VFF		p-value		
			Effectué n= 11 (32,4 %)	Non- effectué n= 23 (67,6%)			
Présence de document, n(%)	12	(35,3)	3	(27,3)	9	(39,1)	0,7
Présence d'éléments permettant d'assurer l'intimité, n(%)	23	(67,6)	9	(81,8)	14	(60,9)	0,3
Patiente accompagnée par une tierce personne, n (%)	12	(35,3)	3	(27,3)	9	(39,1)	0,7
Demande à la patiente si elle accepte la présence de l'observateur ou d'un(e) étudiant(e), n(%)	23	(67,6)	7	(63,6)	16	(69,6)	1
Existence d'un suivi antérieur de la patiente par la sage-femme, n (%)	12	(35,3)	3	(27,3)	9	(39,1)	0,7

Légende : n=effectif, %= pourcentage

### Affichage d'information sur les VFF

La présence d'un document sur les VFF était observée dans 35,3 % (n=12) des lieux d'exercice, dont 17,6 % (n=6) dans des salles d'attente et 26,5 % (n=9) dans la salle de consultation, ou dans les deux salles.

Leur présence n'était pas un facteur associé au repérage d'après le test de Fisher (p-value=0,7).

### Configuration du lieu de consultation et présence d'éléments permettant d'assurer

#### l'intimité

Dans 67,6% (n=23) des observations, les lieux de consultation comportaient des éléments permettant d'assurer l'intimité. Leur présence n'était pas un facteur associé au repérage d'après le test de Fisher (p-value=0,3).

### **Présence d'un accompagnant, de l'observateur ou d'un étudiant**

Il y avait 35,3 % (n=12) des patientes accompagnées durant les consultations. L'accompagnant était soit le conjoint (41,7 % (n=5)), soit un membre de la famille (25% (n=3)), soit une amie (8,3 % (n=1)). Sur les 12 patientes accompagnées, 1 sage-femme (8,3%) avait demandé à l'accompagnant de sortir au début de la consultation, et n'avait pas effectué le repérage.

La présence d'au moins un accompagnant lors de la consultation n'était pas un facteur associé au repérage selon le test de Fisher (p-value=0,7).

Aucun étudiant n'était présent lors des observations. Lors de la prise de rendez-vous avant l'observation ou au début de l'observation, 67,6 % (n=23) des sages-femmes avaient demandé si les patientes étaient d'accord que l'observateur soit présent.

Le fait de demander si la patiente était d'accord que l'observateur soit présent n'était pas un facteur associé au repérage selon le test de Fisher (p-value = 1).

### **Relations des sages-femmes avec la patiente**

Toutes les sages-femmes voyaient une patiente pour la première fois de la grossesse. Toutefois dans 35,3% (n=12) des cas, la sage-femme connaissait déjà la patiente du fait d'un suivi antérieur.

Le fait que les sages-femmes connaissaient les patientes dans le cadre d'un autre suivi antérieur n'était pas un facteur associé au repérage selon le test de Fisher (p-value = 0,7).

## 4.2. Création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité

**Tableau 3 :** Facteurs associés au repérage des VFF dans les caractéristiques du climat

d'écoute, de confiance et de sécurité

	Total		Repérage des VFF		p-value
			Effectué n= 11 (32,4 %)	Non- effectué n= 23 (67,6%)	
Posture d'écoute, de confiance et de sécurité, n(%)	34	(100)	11 (100)	23 (100)	1
Parle de manière calme, n(%)	31	(91,2)	10 (90,9)	21 (91,3)	1

Légende : n=effectif, %= pourcentage

### **Communication non-verbale des sages-femmes : Posture**

Toutes les sages-femmes (n=34) adoptaient une posture d'écoute, de confiance et de sécurité.

Le fait d'adopter une posture d'écoute, de confiance et de sécurité n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value =1).

### **Communication verbale des sages-femmes : Parler de manière calme**

Lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique, 91,2 % des sages-femmes (n=31) parlaient de manière calme. Parmi ces dernières : 90,9% (n=10) avaient effectué le repérage versus 91,2% (n=21) qui n'avaient pas effectué le repérage.

Le fait de parler de manière calme n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 1).

### 4.3. Recherche les signes spécifiques et non-spécifiques dans l'anamnèse et l'interrogatoire

*Tableau 4 : Facteurs associés au repérage des VFF dans la recherche des facteurs de risques spécifiques et non-spécifiques*

	Total		Repérage des VVF				p-value
			Effectué n= 11 (32,4 %)		Non-effectué n= 23 (67,6%)		
Dépistage des consommations addictives, n(%)	30	(88,2)	11	(100)	19	(82,6)	0,3
Interroge sur les antécédents psychologiques, n(%)	6	(17,6)	4	(36,4)	2	(8,7)	0,1
Interroge sur la présence de soutien (famille, conjoint, ami(e)), n(%)	19	(55,9)	9	(81,8)	10	(43,5)	0,1
Interroge sur au moins 1 signe fonctionnel, n(%)	32	(94,1)	11	(100)	21	(91,3)	1

Légende : n=effectif, %= pourcentage

#### **Les addictions**

Les sages-femmes posaient au moins une question sur la consommation de substances addictives dans 88,2% (n=30) des 34 observations.

Le fait de réaliser le dépistage de substances addictives n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 0,3) : 100% des sages-femmes ayant effectué le repérage des VFF versus 82,6% n'ayant pas effectué ce repérage.

#### **Les antécédents psychologiques**

Il y avait 17,6% (n=6) des sages-femmes observées qui interrogeaient les patientes sur leurs antécédents psychologiques (suivi, médicament psychotropes, hospitalisation).

La recherche de ces antécédents n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 0,1) : 36,4% (n=4) les sages-femmes ayant effectué le repérage versus 8,7% (n=2) des sages-femmes n'ayant pas effectué le repérage.

### **La recherche de la présence de soutien (famille, conjoint, ami(e))**

Les sages-femmes interrogeaient les patientes sur la présence de soutien dans 55,9% (n=19) des observations.

La recherche de la présence de soutien n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 0,1) : 81,8% (n=9) des sages-femmes ayant effectué le repérage versus 43,5% (n=10) des sages-femmes n'ayant pas effectué le repérage.

### **La recherche de signes fonctionnels**

Un nombre plus important de sages-femmes (94,1%, n=32) ont interrogé sur la présence d'au moins 1 signe fonctionnel. Certaines sages-femmes interrogeaient sur plusieurs types de signes fonctionnels dans une même observation.

La recherche de signes fonctionnels n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value =1) : 100% des sages-femmes qui ont effectué le repérage versus 91,3% des sages-femmes n'ayant pas effectué le repérage (n=21).

#### 4.4. Déroulement de l'examen clinique obstétrical et gynécologique

Tableau 5 : Caractéristiques du déroulement de l'examen clinique obstétrical et

gynécologique

N= 34			Total
Pratique d'un examen clinique obstétrical et gynécologique			34
Oui, n(%)	20	(58.8)	
Non, n(%)	14	(41.2)	
S'assure du confort de la patiente parmi les sages-femmes ayant pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique			20
Oui, n(%)	20	(100)	
Non, n(%)	0	(0)	
Obtention de l'accord de la patiente parmi les sages-femmes ayant pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique			20
Oui, n(%)	16	(80)	
Non, n(%)	4	(20)	

Légende : n=effectif, %= pourcentage

#### **Pratique d'un examen clinique obstétrical et gynécologique**

Sur les 34 observations, 20 sages-femmes (58,8%) ont pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique.

#### **Confort (demande à la patiente si elle est bien installée, invite la patiente à s'installer)**

Les sages-femmes s'assuraient du confort des patientes durant l'examen clinique lorsqu'au moins 1 des items suivants était observé : demande à la patiente si elle est bien installée, invite la patiente à s'installer. Toutes les sages-femmes ayant pratiqué cet examen se sont assurées du confort de la patiente (100%, n=20).

#### **Obtention de l'accord de la patiente avant de l'examiner**

Parmi les sages-femmes ayant pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique, 80% ont recherché l'accord de la patiente avant de l'examiner (n=16).

#### 4.5. Caractéristiques à l'issue de la consultation

**Tableau 6 :** Facteurs associés au repérage des VFF dans les caractéristiques de la fin de la consultation

	Total		Repérage des VFF		p-value		
			Effectué n= 11 (32,4 %)	Non-effectué n= 23 (67,6%)			
Disposition d'un temps pour l'écoute et les questions à l'issue de la consultation, n(%)	33	(97,1)	11	(100)	22	(95,7)	1
Proposition d'un nouveau rendez-vous, n(%)	32	(94,1)	10	(90,9)	22	(95,7)	1

Légende : n=effectif, %= pourcentage

##### **Disposition d'un temps pour l'écoute et les questions à l'issue de la consultation**

A l'issue des consultations, 97,1% (n=33) des sages-femmes se rendaient disponibles en cas de questionnement ou de besoin d'écoute de la patiente.

La mise à disposition d'un temps d'écoute et de questions à l'issue de la consultation n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 1) : 100% des sages-femmes ayant effectué le repérage versus 95,7% les sages-femmes ne l'ayant pas effectué.

##### **Proposition d'un nouveau rendez-vous**

A l'issue des consultations, 94,1 % (n=32) des sages-femmes proposaient à la patiente une nouvelle rencontre dans les cas où des consultations prénatales étaient à prévoir.

La proposition d'un nouveau rendez-vous n'était pas un facteur associé au repérage des VFF selon le test de Fisher (p-value = 1) : 90,9% des sages-femmes ayant effectué le repérage des VFF (n=22) versus 95,7% des sages-femmes n'ayant pas effectué le repérage.

## DISCUSSION

### 1. Forces, biais et limites de l'étude

#### 1.1. L'échantillon

##### Taille

L'effectif de la population étudiée en Isère était faible, soit 34 observations. Il n'était pas similaire à l'effectif des sages-femmes travaillant en Isère en 2018 relevé par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), soit 497. (34) Il existait un biais sélectif car les sages-femmes incluses travaillaient dans les agglomérations voironnaise, grenobloise et la communauté de communes du Grésivaudan.

Cependant, 1 établissement hospitalier de l'Isère a été contacté avant le début des observations et n'a jamais donné de réponse.

De plus, la population analysée dans l'étude n'était composée que de professionnelles de santé de sexe féminin parmi les 34 observations, alors que 2 professionnels de santé de sexe masculin avaient accepté de participer à l'étude.

Parmi les 65 sages-femmes sollicité(e)s et acceptant de participer à l'étude, 36 observations ont été réalisées. Les 29 autres sages-femmes ayant accepté de participer ont expliqué qu'ils ou elles, effectuaient peu de consultations de suivi prénatal dans le cadre de leur activité. Afin de pouvoir réaliser un minimum de 30 observations, nous avons donc dû prolonger la durée de l'étude. Sur les 36 observations réalisées, 2 avaient été exclues a posteriori car les consultations n'étaient pas des consultations de suivi prénatal. En effet, il s'agissait d'EPP, et non d'une consultation prénatale.

### **Caractéristiques des populations**

Les caractéristiques de la population étudiée n'étaient pas similaires à celles des 497 sages-femmes de l'Isère figurant dans les rapports de la DREES en 2018. (34) D'après les chiffres de la DREES, parmi les 497 sages-femmes figurant dans ces rapports : 207 sages-femmes (42%) exerçaient à titre libéral (149 en libéral exclusif et 58 en mixte), et 290 (58%) étaient salariées (268 en hospitalier et 22 autres). Dans notre étude les proportions étaient relativement similaires. De plus, il y avait dans notre étude une majorité de SFL, soit 67,6% (n=23) versus 32,3% (n=11) de SFS observées.

D'après la DREES en 2016, l'âge moyen des sages-femmes observées dans l'étude (41,9 ans) était proche de celui des sages-femmes du département de l'Isère (41,5 ans). (35)

## **1.2. Type d'étude**

Pour éviter le biais déclaratif, les sages-femmes n'étaient pas informées du véritable sujet de l'audit et les grilles d'observation ont été remplies à l'abri des regards. Il était expliqué aux sages-femmes que « *le sujet de l'étude concernait la pratique des différents repérages et dépistages lors de la première consultation prénatale par les sages-femmes* ». De plus, les observations se déroulaient de façon à ne pas donner d'indice sur l'objet de l'étude, ni influencer les pratiques professionnelles.

Le choix de mener des observations directes plutôt que des questionnaires permettait de limiter le biais de sélection et d'information. Ce choix était le plus adapté car il constituait un reflet direct de la réalité pour analyser la pratique professionnelle. Néanmoins et d'après l'effet Hawthorne, la présence d'une tierce personne lors des consultations pouvaient entraîner une modification de la pratique habituelle et un changement de comportement.

Il existait un biais d'examineur. L'observateur est humain et pouvait commettre des erreurs de saisie des informations ou d'appréciation de ce qu'il avait observé (baisse de vigilance, sur ou sous-estimation). Il pouvait exister une part de subjectivité de l'observateur. Toutefois, l'élaboration d'une grille standardisée et testée a permis de minimiser ce biais.

## **1.3. Intérêt de l'étude**

Les sages-femmes sont amenées à rencontrer des victimes de VFF et à effectuer le repérage, notamment par le cadre du suivi gynécologique. Toutefois, même si des travaux ont été réalisés sur ce sujet, aucun n'a été diligenté dans l'Isère. De plus, aucun n'a été réalisé avec cette méthodologie.

## 2. Analyse et comparaison avec la littérature

### 2.1. Objectif principal : Pratique du repérage des VFF

Le repérage des VFF n'était pas systématiquement réalisé puisqu'il a été réalisé par 32,3% des sages-femmes observées. Même si l'effectif de la population de l'étude était faible, ce chiffre avait son importance. Le repérage était effectué à l'aide des formulations suivantes, dont voici des exemples non classés par ordre chronologique ou par leur fréquence :

- « *Est-ce que dans votre parcours vous avez pu être confrontée à des situations de violences par exemple à l'école, à la maison, ou autres ? Des violences envers vous ?* » ;
- « *Avez-vous déjà été victime de violence au travail, à la maison ou en dehors ?* » ;
- « *Pas de violences ? Rien qui vous ait fait souffrir ou qui soit source de stress ? Pas de violence physique ?* » ;
- « *Est-ce que depuis que l'on s'est vue ensemble, il s'est passé des événements difficiles dans ta vie, comme des violences par exemple ?* » ;
- « *Pardonnez-moi de vous poser ces questions intimes mais est-ce que votre mari fume ? boit ? ou prend des drogues ou des médicaments ? Est-ce qu'il arrive qu'il fasse des choses brutales ou quelque chose comme ça ? Comment s'exprimaient ces gestes ?* » ;
- « *Est-ce que vous avez des problèmes dans votre couple, est-ce qu'il arrive que vous vous disputiez, dans la limite du raisonnable ? Qu'est-ce que signifie la limite du raisonnable pour vous ?* » ; « *Ça se passe bien avec votre conjoint à la maison ? Il n'y a pas eu de problème quand il a su pour la grossesse ?* » ;
- « *Est-ce qu'il y a des problèmes de conjugopathies, des problèmes au travail ou de harcèlement ?* ».

Pourtant, la MIPROF recommande de poser systématiquement la question sur l'existence de VFF. Ceci permet à la patiente de savoir qu'un espace de parole lui est ouvert et que le ou la professionnel(le) est attentif(ve) à ce sujet. La question la plus efficace est celle que le ou la professionnel(le) se sent capable de poser, elle doit être simple et directe. La MIPROF propose diverses manières d'interroger sur les VFF, par exemple : « *Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie* » ; « *Avez-vous déjà subi des événements qui vous ont fait du mal et qui continuent à vous faire du mal aujourd'hui* » ; « *Est-ce qu'au cours de votre vie on vous a déjà malmenée, violentée ?* ». (25) Le mot « *violence* » n'apparaît pas toujours dans les questions de repérage des VFF.

La faible population de l'étude ne nous permet pas de comparer ce chiffre à ceux donnés par la MIPROF. Néanmoins, ces chiffres sont à prendre au sérieux. Parmi les 11 repérages effectués, 2 ont permis de repérer des femmes victimes de VFF, soit pour 18,2% des sages-femmes ayant posé clairement la question. Depuis 2007, le taux de plaintes a augmenté pour atteindre le chiffre de 19%. (13) (14) Le fait d'avoir pu repérer des patientes victimes de VFF sur les 34 observations réalisées montre que ce repérage est utile et qu'il permet d'orienter les patientes.

Par ailleurs, l'étude se concentrait sur la pratique du repérage uniquement lors de la première consultation prénatale. Or, l'EPP est l'un des moments de la grossesse destinés à repérer les vulnérabilités, mais sa pratique est marginale : il ne concernait que 28,5% des femmes enceintes en 2016 d'après le rapport EPOPée. (36) Il faut parfois du temps aux patientes pour s'exprimer sur ce sujet. Une étude qualitative réalisée par Madame Breysse expliquait que les sages-femmes interrogées ne dépistaient pas systématiquement les VFF en partie « *par peur de stigmatiser les patientes ou en pensant que les femmes ne répondront pas de manière honnête* ». (28) C'est pour ces raisons qu'il est important d'effectuer le repérage au moins une fois, voire plus dans un suivi.

## **2.2. Objectifs secondaires : Caractéristiques et facteurs associés au repérage des VFF**

Le repérage des VFF ne consiste pas uniquement à poser une question précise. C'est pourquoi l'étude de ce mémoire consistait également à rechercher des facteurs associés au repérage des VFF. Parmi les 34 observations, aucune variable concernant les caractéristiques des sages-femmes et le déroulement de la consultation n'était un facteur associé au repérage des VFF.

### **Les sages-femmes et l'information, l'orientation, le travail en réseau**

Parmi les 34 observations, aucune caractéristique des sages-femmes n'était associée au repérage des VFF, et cela même si les sages-femmes avaient suivi une formation spécifique aux VFF ou en psycho-périnatalité.

L'étude de Madame Breysse expliquait que des sages-femmes ressentaient un manque de travail en réseau. (28) Néanmoins, l'émergence du sujet sur les VFF dans la société (enquêtes de la MIPROF, informations et formations des professionnels de santé, mouvements #Metoo, internet, etc. ...) et de nombreux dispositifs (protocole, création de réseau) peuvent contribuer à réaliser le repérage. De plus, les sages-femmes ayant repéré les 2 femmes victimes de VFF leur ont donné par la suite le numéro vert 3919 et les coordonnées de l'association Solidarité Femme de Grenoble et de l'UTAP. Une brochure indiquant les intervenants à solliciter en fonction des situations rencontrées a été créée pour aider tous les professionnels recevant du public lors du repérage des VFF. [cf Annexe V](#)

Lors d'une révélation, la MIPROF recommande aux sages-femmes d'évaluer « *le risque pour la patiente, et la grossesse, et l'enfant à venir* », d'informer et d'orienter « *la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs* » « *en fonction de cette évaluation, au-delà des actes médicaux relevant de son domaine de compétences* ». L'orientation se fait via un réseau d'accompagnement social, psychologique et judiciaire. Ce réseau est composé d'intervenants que les professionnels de santé peuvent contacter et vers qui ces derniers peuvent

orienter les patientes et notamment :

- Le numéro de téléphone national anonyme 3919 de Violences femmes infos ;
- Le site internet Stop Violences Femmes de la MIPROF contenant les kits de formations accessibles à tous (3) (25) [cf Annexe IV](#) ;
- Les associations d'aide aux victimes : Associations d'aide aux victimes adhérentes INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation), l'AIV (Aide Information aux Victimes) ;
- Les associations de lutte contre les VFF, dont celles de la FNSF (Fédération Nationale Solidarité Femmes), les centres du CNIDFF (Centre national de documentation et d'information de la femme et de la famille), le CFCV (Collectif Féministe Contre Le Viol), les Plannings familiaux du MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) et les CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale), la FDFA (Femmes pour le Dire Femmes pour Agir), et l'AVFT (Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail). ;
- Les services de police ou de gendarmerie (le 17) en cas de constatation de faits de VFF ;
- Les autres numéros d'urgence : le 112 (numéro d'urgence européen), le 15 (Service d'Aide Médicale Urgente), le 18 (pompiers), le 114 (numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes).
- Le Procureur de la République, les avocats ou le juge aux affaires familiales en cas de demande urgente et de mise en place de mesure de protection ;
- Les professionnels de santé : libéraux, hospitaliers, territoriaux (Protection Maternelle et Infantile).

La liste exhaustive avec les coordonnées est à retrouver en annexe. [cf Annexes IV, Annexe V](#)

Dans un même temps, il est recommandé de :

- Proposer « *la rédaction d'un certificat médical* » ;
- Mentionner les éléments et les paroles de la patiente témoignant de VFF dans le dossier de suivi afin d'établir ultérieurement un certificat médical si nécessaire ;
- Rappeler à la patiente ses droits et d'affirmer l'interdiction des VFF par la loi.

(9) (24) (25) (27)

Les sages-femmes assurent un rôle de lien avec le réseau lors d'une révélation de VFF. (22)

### **Affichage d'information**

La présence des documents recommandés par la MIPROF (affiches, dépliants, etc. ...) dans le lieu d'exercice permet d'alerter les patientes que le professionnel de santé est sensible à la problématique des VFF. (25) Si les patientes les voient, elles peuvent en parler avec ce dernier spontanément. Il aurait fallu étudier et analyser l'impact de la présence de ce type d'information sur le repérage des VFF.

Les documents retrouvés dans les cabinets étaient les suivants :

- Affiches publiées par la MIPROF : *Violence contre les femmes, La loi vous protège*, [cf annexe III](#) ;
- Dépliant sur les violences faites aux femmes publiées par le MIPROF ;
- Affiche du CIDFF accrochée sur un paravent à côté de la table d'examen clinique : *Violences conjugales... et les enfants dans tout ça ?* [cf annexe III](#);
- Une sage-femme avait imprimé une petite pancarte sur son bureau avec écrit dessus :  
« *Violences faites aux femmes : En France, chaque année, 2 femmes sur 10 sont victimes des violences, 1 meurt tous les 3 jours de violences, des enfants deviennent orphelins* ».

## Caractéristiques de l'accueil en consultation et création d'un climat d'écoute, de confiance et de sécurité

Les clés du métier de sage-femme sont la bienveillance et l'accompagnement. La MIPROF recommande dans les étapes de l'entretien de « *Créer un climat d'écoute et de confiance* ». (25)

Dans l'étude, cela était retrouvé dans la posture de la sage-femme. Toutes les sages-femmes observées adoptaient une posture d'écoute et 91,2 % une communication verbale adaptée. Les vidéos des kits de formation de la MIPROF montrent des professionnels interrogeant les patientes sur l'existence des VFF en gardant le contact visuel avec ces dernières. (26) Ceci fait partie des variables qui étaient inscrites dans la grille d'observation. Toutes les sages-femmes ont gardé le contact visuel avec les patientes lorsqu'elles les interrogeaient sur l'existence des VFF. D'après Madame Delespine, sage-femme coordinatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis et du Programme de Prévention des VFF du Réseau NEF (Nord-Est Francilien), c'est « *par des reformulations et des verbalisations afin de mettre des mots sur ses symptômes* » et par un « *mouvement d'ouverture vers la patiente* » que les sages-femmes peuvent encourager les patientes victimes de VFF à la parole. (21) En effet, l'écoute active et passive de ces dernières est importante : « *Comme la victime a beaucoup de mal à les identifier, c'est notre écoute, notre observation qui peuvent aider à penser* » d'après Madame Larman. (6) (25)

Néanmoins, les sages-femmes ne doivent pas se limiter à l'écoute : la question de repérage des VFF doit être posée. Il faut « *travailler sur l'autorisation* » pour permettre aux patientes de prendre des décisions et de leur faire ressentir qu'elles ont le choix. (6) (21) Selon Madame Delespine, « *Nos actions doivent s'inscrire dans un mouvement de réhabilitation en tant que personne humaine, actrice de sa vie.* » (21) (25)

Un autre point soulevé par cette étude était la présence d'une tierce personne (accompagnant, observateur) durant la consultation. Etant donné qu'il n'y avait aucun étudiant présent lors des observations, il était intéressant d'observer si la présence de l'observateur pouvait influencer le

fait d'effectuer le repérage. Une grande partie des sages-femmes incluses dans l'étude demandaient si la patiente acceptait la présence de l'observateur, que le repérage soit effectué (63.6%) ou non (69.6%) par ces mêmes sages-femmes.

Il y avait moins de sages-femmes qui effectuaient le repérage des VFF lorsqu'un accompagnant était présent (39.1%). Il s'agissait d'un(e) conjoint(e) ou un(e) ami(e) ou un(e) membre de la famille. Néanmoins, les différences n'étaient pas significatives avec les sages-femmes ayant réalisé le repérage (27.3%).

Les recommandations de la MIPROF par rapport au repérage des VFF sont de recevoir la patiente seule, de préférence au début de la consultation. (25) Inversement, le référentiel métier des sages-femmes explique qu'il est possible d'accueillir la femme et le ou les accompagnants lors d'une consultation prénatale ou gynécologique. (30) Comme le souligne Madame Delespine, il ne s'agit pas d'exclure les conjoint(e)s ou les accompagnant(e)s mais de donner en priorité un temps à chaque patiente seule. (9) (21)

Il y avait moins de sages-femmes qui effectuaient le repérage des VFF parmi celles connaissant déjà les patientes. L'observateur ne pouvait pas savoir si les sages-femmes avaient interrogé les patientes au sujet des VFF lors de ces suivis antérieurs. D'après la MIPROF, le repérage doit être fait à tous moments de la vie d'une femme, voire à plusieurs reprises. Ce n'est pas parce qu'une femme est connue par les professionnels de santé qu'elle n'a pas été confrontée au moins une fois dans sa vie à des violences. Ceci explique la nécessité de répéter le repérage d'une grossesse à l'autre, même si la patiente ne s'est pas exprimée à ce sujet lors de sa ou ses grossesses précédentes.

De même, il est recommandé que le ou la sage-femme se présente « *nommément* » à la patiente. (25) Or, les sages-femmes pouvaient connaître les patientes depuis longtemps et donc ne pas se présenter. C'est pourquoi cette variable n'a pas été analysée.

### **La recherche de signes spécifiques et non-spécifiques dans l'anamnèse et l'interrogatoire**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sages-femmes effectuant le repérage des VFF et celles ne l'effectuant pas lorsqu'elles interrogeaient les patientes sur les signes spécifiques et non spécifiques.

Lors de consultations observées, les questions posées à l'interrogatoire ne servaient pas qu'à réaliser le repérage des VFF. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes recommande d'évaluer le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse « *en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitances, ...)* » à l'aide de l'anamnèse. (30)

Donc, il n'était pas possible pour l'observateur de savoir ce qu'évaluait la sage-femme.

De plus, certaines sages-femmes ayant effectué le repérage avaient approfondi leurs interrogatoires en aval du repérage. Le contraire pouvait se produire également : l'existence de signes spécifiques ou non spécifiques (antécédents psychologiques, addictions, absence de soutien, signes fonctionnels) pouvaient être des lignes directrices pour effectuer le repérage des VFF. Parmi les sages-femmes ayant interrogé sur la présence de soutien, les relations avec le conjoint étaient plus souvent recherchées. Les violences conjugales se retrouvent dans les sujets de nombreuses études sur les VFF. Il est important que les professionnels de santé aient une vision plus globale des VFF à travers les différentes formations proposées.

Les conséquences des VFF sur la santé décrites par l'OMS peuvent être des signes spécifiques ou non des VFF. Globalement, les sages-femmes interrogeaient les patientes sur ces signes. Il convient de ne pas laisser penser que ce sont des conduites à risque ou des pathologies qui conduisent aux VFF. Les résultats de l'étude se concentraient principalement sur la recherche de signes directs de VFF et moins sur les signes indirects. Ces signes indirects peuvent se retrouver dans les antécédents médicaux ou chirurgicaux, l'existence ou non d'un projet de naissance, le souhait de grossesse ou même l'absence à plusieurs rendez-vous. Ainsi, l'étude

observait si les sages-femmes interrogeaient sur les signes suivants : les addictions, les antécédents psychologiques, la présence de soutien, les signes fonctionnels.

**Déroulement de l'examen clinique obstétrical et gynécologique : pratique d'un examen, obtention de l'accord de la patiente avant de pratiquer un examen, confort**

Compte-tenu de la diversité des examens et des soins observés (palpation mammaire, toucher vaginal, prélèvement vaginal, palpation de l'utérus) et de l'absence de données, nous n'avions pas recherché si la pratique d'un examen clinique obstétrical et gynécologique était un facteur associé au repérage et nous en avons uniquement décrit les caractéristiques.

La MIPROF recommandait de « *Ne faire de toucher vaginal que si cela s'avère nécessaire.* » (25) en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques : « *soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente ; soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)* ». (30) La variable « *utilise les étriers que si nécessaire* » n'apparaissait pas dans les résultats car certaines tables d'examen ne disposaient pas d'appui ou d'étriers.

Face à des signes cliniques de VFF lors de l'examen clinique, le professionnel de santé doit interroger les patientes. Il existe un biais de subjectivité de l'observateur. Ce dernier pouvait observer l'absence de signes cliniques de VFF alors que la sage-femme pouvait en avoir constaté. Il n'était pas possible pour l'observateur de savoir ce que pensait les sages-femmes lors des consultations. En conséquence, l'étude se concentrait sur le fait de s'assurer du confort de la patiente et de rechercher son accord avant de l'examiner. (25) (30)

Veiller au confort de la patiente pouvait par exemple s'observer en invitant la patiente à s'installer sur la table de consultation et en ne mettant pas les étriers si cela n'est pas nécessaire. Toutes les sages-femmes de l'étude veillaient au confort des patientes, qu'elles aient effectué ou non le repérage. En conséquence, il était difficile de conclure que le fait d'assurer le confort était un facteur associé au repérage.

**Caractéristiques à l'issue de la consultation : disposition d'un temps pour l'écoute et les questions à l'issue de la consultation ; proposition d'un nouveau rendez-vous.**

La grande majorité des sages-femmes de l'étude, qu'elles aient effectué ou non le repérage, se rendaient disponibles auprès des patientes pour un temps d'écoute et de réponses aux questions. La plupart des sages-femmes de l'étude appliquaient ces recommandations des référentiels métiers et compétences des sages-femmes, de la HAS et de la MIPROF. (18) (25) (30) Selon les référentiels, « *dans tous les cas, il est nécessaire de lui proposer un autre rendez-vous et de lui demander l'autorisation d'en parler avec le-la professionnel-le qui va prendre le relais.* » (9) (24) (25) (27) Les sages-femmes observées proposaient également conformément à ces référentiels une nouvelle rencontre dans le cadre du suivi prénatal de la patiente. Lors des observations, nous avons constaté que des sages-femmes programmaient au total 2 rendez-vous pour effectuer cette première consultation : l'un comportant un interrogatoire, l'autre pour le compléter et/ou réaliser un examen clinique (sauf si la patiente souhaitait être examinée lors du 1<sup>er</sup> rendez-vous ou en cas de doute). Le repérage des VFF pouvait être effectué lors de ce 2<sup>ème</sup> rendez-vous. Il n'était pas possible de conclure que ces points étaient associés au repérage des VFF car il aurait fallu observer les autres consultations programmées pour chaque patiente.

### 3. Points d'amélioration

La population de l'étude n'était pas représentative de la population des sages-femmes à l'échelle de l'Isère. A plus grande échelle, elle ne l'était pas non plus par rapport à l'année d'obtention des diplômes et au type d'activité. Une étude à plus grande échelle en prenant en compte les sages-femmes territoriales et des Centres de Périnatalité permettrait de rechercher plus précisément les facteurs associés au repérage des VFF. Ces sages-femmes peuvent rencontrer plus souvent des populations victimes de VFF et sur un plus long terme. D'autre part, dans le groupe observé, le nombre des sages-femmes libérales est plus élevé que celui des sages-femmes salariées.

Il existe peu de supports d'aides au repérage des VFF. Ceux qui sont à disposition sont les kits de la MIPROF. Aux Etats Unis, l'American College of Obstetrician and Gynecologist propose des questionnaires pour effectuer le repérage de violences conjugales. Ceci pourrait constituer une des méthodes pour repérer l'existence de VFF. Plusieurs études montrent que ces questionnaires permettent de guider les professionnels de santé au repérage de VFF et ont permis de mettre en place des prises en charge spécifiques des patientes. Le réseau RPAI (Réseau Périnatal Alpes Isère) a par exemple créé un auto-questionnaire à destination des femmes enceintes contenant la question « *Dans votre vie, avez-vous vécu des situations de violence ?* ». [cf Annexe VI](#)

Le sujet des VFF est en pleine expansion. On peut observer de plus en plus de conférences à ce sujet, des cours dans les écoles de sages-femmes, de protocoles mis en place dans les CH. Il serait intéressant d'effectuer une étude rétro-prospective pour évaluer le ressenti des sages-femmes et étudiantes sages-femmes dans le repérage des VFF avant et après ces formations.

La population analysée dans les observations de l'étude ne se composait que de femmes, bien

que des hommes avaient accepté de participer à l'étude. Il aurait été intéressant d'observer des professionnels de santé de sexe masculin. Sur les 98 sages-femmes participant à l'étude, 2 étaient des hommes, c'est-à-dire 2,04% des participants. En 2018, les rapports de la DREES ont décrit que 14 hommes sur 497 sages-femmes travaillaient en Isère, soit 2,8%. (34) La population participant à l'étude était donc proche de celle des rapports de la DREES. Une étude déclarative se basant sur des auto-questionnaires anonymes en direction des professionnels de santé pourrait permettre de prendre en compte cette population qui n'a pas pu être étudiée dans l'étude. Ce même type d'étude pourrait permettre de rechercher les freins au repérage des VFF par les professionnels de santé et de trouver les facteurs pouvant être associés à ce repérage. De plus, l'étude de ce mémoire se concentre sur les VFF (sexuelles, harcèlement, conjugales, mutilations sexuelles féminines), et n'évoque pas les violences obstétricales. Cette étude peut être une ouverture sur les violences obstétricales qui est un sujet émergent dans la société. Même si l'étude ne l'avait pas montré, le fait de connaître et d'être formé sur le sujet des VFF (formations, kits de formation, organisation d'un réseau, etc. ...) peut permettre d'éviter d'en créer nous-même inconsciemment en tant que professionnel(le)s de santé. De plus, les sages-femmes de l'étude avaient une posture bienveillante et étaient à l'écoute des patientes. C'est grâce à ce « *mouvement d'ouverture* » que le repérage des VFF deviendra systématique et que nous éviterons les violences obstétricales. (6) (21) (31)

## CONCLUSION

En France, 10% sont des femmes déclarent être victimes de violences conjugales. Dans 40% des cas, elles débutent pendant la grossesse. Dans les actualités, 70 féminicides causés par les conjoints ou ex-conjoints ont été listés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2019. En moyenne, 94 000 femmes entre 18 et 75 ans sont victimes de violences sexuelles. D'autres chiffres peuvent être cités. Tous montrent qu'il s'agit d'un réel problème de santé publique.

Notre étude a observé que 32,4 % des sages-femmes réalisaient le repérage des VFF lors de la première consultation de suivi prénatal. Les sages-femmes menaient des consultations avec bienveillance en accordant une particulière attention à l'intimité, au confort, à l'accompagnement des patientes et aux différents autres dépistages recommandés pendant la grossesse. Elles avaient aussi interrogé sur les addictions, les antécédents psychologiques, la présence de soutien et les signes fonctionnels, et mis à disposition un temps d'écoute et de questions à l'issue de la consultation. Les sages-femmes n'ayant pas effectué le repérage avaient mené des consultations en présence d'au moins un accompagnant, plus souvent exposé des documents en rapport avec les VFF dans les lieux de consultation, interrogé sur la présence de l'observateur, proposé un nouveau rendez-vous et connaissaient plus souvent les patientes dans le cadre d'un suivi antérieur. Aucun des critères en lien avec la prise en charge durant la consultation n'était un facteur associé au repérage des VFF. Les sages-femmes doivent réaliser un repérage systématique et non ciblé des VFF car il n'y a pas de profil type de patiente victime de VFF. Les conséquences des VFF décrites par l'OMS montrent qu'il y a de nombreux signes spécifiques et non-spécifiques des VFF qu'il ne faut pas négliger.

De même, il n'y avait pas de profil-type de sages-femmes pour réaliser le repérage des VFF. Aucun des critères en lien avec les caractéristiques des sages-femmes observées n'était un facteur associé au repérage des VFF, même si 56% avaient suivi une formation spécifique et

50% avaient 18 ans d'expérience. Au cours d'une grossesse, les patientes sont amenées à voir plusieurs professionnels de santé. Les sages-femmes ont une place importante auprès des femmes dans l'accompagnement, dans le repérage des VFF et dans le lien avec les réseaux. Même si les sages-femmes ne réalisent pas le repérage dès la première consultation de suivi de grossesse, ces dernières mettent tout en œuvre pour que les patientes soient en confiance et reviennent (lors d'un EPP, d'autres consultations de suivi prénatal, séance de préparation à la naissance, période post-natale, rééducation périnéale, suivi gynécologique, etc. ...).

Il existe plusieurs types de VFF qu'il est recommandé de prendre en compte lors des consultations (violence conjugale, MSF, harcèlement, violence sexuelle, etc. ...). Les violences obstétricales en font partie. Nous devons nous éloigner des a priori sur les VFF, conscients et inconscients, en tant que professionnels de santé. Il est important de former les professionnels de santé à la compréhension des VFF afin de les inciter au repérage. Ainsi, cela permettra d'éviter les violences obstétricales.

La société et les mentalités évoluent pour permettre aux VFF de sortir de l'ombre. Cela est observable grâce aux campagnes, aux mouvements (#Metoo, #Noustoutes, etc. ...) et au fait que les lois protègent contre les VFF. Pour aider les sages-femmes à réaliser le repérage des VFF, il a été mis en place des outils indispensables comme les kits de la MIPROF, des relations entre les professionnels et les associations, des réseaux entre plusieurs types de professionnels, le numéro 3919 et des recommandations. Notons que ce n'est pas le seul but de ces outils. Ils pourraient permettre également de lutter contre les violences obstétricales, comme par exemple dans la prise en charge des douleurs en obstétrique.

Ainsi, le repérage des VFF doit devenir systématique quel que soit le professionnel de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Violence. [En ligne]. Consulté le 16 janvier 2018. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
2. OMS. Violence à l'encontre des femmes. [En ligne]. Consulté le 5 janvier 2019. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/fr/](http://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/)
3. MIPROF. Violences contre les femmes La loi vous protège. [En ligne]. Consulté le 21 janvier 2018. Disponible sur: <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>
4. FNSF. Suis-je victime de violences conjugales ? [En ligne]. Consulté le 12 avril 2018. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>
5. Solidarité femmes de Loire Atlantique. Définition des violences conjugales. [En ligne]. Consulté le 16 janvier 2018. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes-la.fr/1-definition-des-violences-conjugales/>
6. Larman V. La sage-femme PMI actrice clé de la prévention et de la protection des femmes enceintes victimes de violences conjugales. Diplôme Universitaire Violences faites aux femmes. Université Paris VIII. 2018.
7. Fédération des Centres de Planning Familial. Différentes formes de violences. [En ligne]. Consulté le 16 janvier 2018. Disponible sur: <http://www.planningsfps.be/activites/violences/violences-partenaires/Pages/Differentesformesdeviolences.aspx>
8. OMS. Mutilations sexuelles féminines. [En ligne]. Consulté le 12 avril 2018. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
9. Delespine M. Violences faites aux femmes et maternité : Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quel parcours de prise en charge ?. Master I "Recherche en éthique médicale". Université Paris Descartes - Paris V. 2011.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Undeserved Women. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol.* Août 2006;108(2):469-77.
11. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Ann Fam Med.* 5 janvier 2012;10(3):213-20.
12. MIPROF. Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n°8 - Principales données. [En ligne]. 2015. Consulté le 21 janvier 2018. Disponible sur: [http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/Lettre\\_ONVF\\_8\\_-\\_Violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_principales\\_donnees\\_-\\_nov15.pdf](http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf)
13. INSEE. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité ». [En ligne]. 2018. Consulté le 6 janvier 2019. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>
14. INED. Document de travail 229 | Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. [En ligne]. 2016. Consulté le 6 janvier 2019. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/26153/document\\_travail\\_2017\\_229\\_violences.sex](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sex)

uelles\_enquete.fr.pdf

15. Legifrance. Article 222-14 du Code pénal, modifié par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 - Art. 25. [En ligne]. Consulté le 12 avril 2018. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BB03AE2512ADE7A9E0EB1A89FBF853F5.tplgfr28s\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181751&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180412](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BB03AE2512ADE7A9E0EB1A89FBF853F5.tplgfr28s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181751&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180412)
16. Legifrance. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. [En ligne]. Consulté le 12 avril 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2010/7/9/JUSX1007012L/jo/texte/fr>
17. HAS. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). [En ligne]. 2015. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835658/fr/reperage-et-accompagnement-des-situations-de-ruptures-dans-les-parcours-des-personnes-accueillies-en-centre-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-chrs](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835658/fr/reperage-et-accompagnement-des-situations-de-ruptures-dans-les-parcours-des-personnes-accueillies-en-centre-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-chrs)
18. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. [En ligne]. 2005. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite)
19. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne]. 2005. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)
20. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Dossier | Les violences. La Lettre. Automne 2018 ; 118 ; 27 - 53.
21. Delespine M. Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences. Quelques pistes pour la pratique clinique. Les dossiers de l'obstétrique. Août 2015;42(451):12-7.
22. CIDFF de l'Allier. Prévenir, détecter et prendre en charge la violence conjugale - Guide pratique destiné aux professionnels du champ médico-social. [En ligne]. 2009. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: [http://www.egalite-allier.fr/IMG/pdf/20100623\\_ddfe\\_vio\\_guide.pdf](http://www.egalite-allier.fr/IMG/pdf/20100623_ddfe_vio_guide.pdf)
23. Mémoire traumatique et victimologie. Prise en charge. [En ligne]. 2018. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/prise-en-charge.html>
24. Delespine M. Repérage des violences au cours de la grossesse. In : Société Française de Maïeutique. Colloque sage-femme : Sortir de la violence, Utopie ou engagement ?; 23 mai 2014; Paris, France. [En ligne]. 2014. Consulté le 2 août 2018. Disponible sur: <https://docplayer.fr/27601331-Reperage-des-violences-au-cours-de-la-grossesse-mathilde-delespine.html>
25. MIPROF. Ressources et outils - Télécharger les outils de formation sur les violences faites aux femmes. [En ligne]. Consulté le 21 juillet 2018. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>
26. Henrion R. Dépistage Des Violences Faites Aux Femmes - Extrait Des Mises À Jour En

- Gynécologie et Obstétrique Du CNGOF. [En ligne]. 2004. Consulté le 10 mars 2018. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/component/search/?searchword=violence&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20>
27. Mémoire traumatique et victimologie. Que faire. [En ligne]. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/que-faire.html>.
  28. Breysse C. Violences conjugales et dépistage : enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université Grenoble Alpes. 2017.
  29. Marc B, Hanafy I, Leclere M, Abaza A, Wafo E, Reboul-Marty J. Article 5. Tracer Repérer à l'Aide d'un QUESTIONNAIRE les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF). Méthodologie et premiers résultats. Mai 2018;(480):36.
  30. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [En ligne]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2010. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
  31. Ministères des Droits des Femmes. Violences au sein du couple - le rôle des professionnels. [En ligne]. 2008. Consulté le 22 juillet 2018. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/depliants-et-guides-308.html>
  32. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme. Mai 2016;6(4):216-8.
  33. OMS. OMS | La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2018 [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
  34. DREES. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - Tableau 1. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. [En ligne]. Consulté le 12 mai 2019. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751>
  35. DREES. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - Tableau 4. Age moyen des sages-femmes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, secteur d'activité et sexe. [En ligne]. Consulté le 11 mai 2019. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3754>
  36. Les Enquêtes Nationales Périnatales. EPOPé. [En ligne]. Consulté le 19 juillet 2019. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>

# ANNEXES

## Annexe I : Grille de recueil des observations

<b>GRILLE D'OBSERVATION</b>		N°
<b>I. <u>Renseignements généraux à recueillir par l'observateur avant ou après l'observation directe</u></b>		
1) Sexe du ou de la sage-femme observé(e) :		
<input type="checkbox"/> Un homme		
<input type="checkbox"/> Une femme		
2) Age du ou de la sage-femme : .....		
3) Année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme : .....		
4) Formation spécifique en matière de violences ou de psycho-périnatalité :		
( <u>réunion</u> ou colloque ou Diplôme Universitaire en matière de psychologie de « Psycho-périnatalité », « Psychologie et psychopathologie périnatale », « Psychopathologie périnatale », « Psychisme et périnatalité », « Psychiatrie périnatale », « Psychologie et psychiatrie périnatales », « Violence envers les femmes » ou autre)		
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non		
<b>II. <u>Caractéristiques de la consultation observée</u></b>		
1) Durée de la consultation observée		
- Heure de début : .....		
- Heure de fin de consultation : .....		
2) Lieu de la consultation observée :		
<input type="checkbox"/> En maternité :		
<input type="checkbox"/> De niveau 1		
<input type="checkbox"/> De niveau 2		
<input type="checkbox"/> De niveau 3		
<input type="checkbox"/> En cabinet libéral		
3) Motif de la consultation observée : 1 <sup>ère</sup> consultation prénatale de suivi de grossesse au terme du ..... <del>ème</del> <sup>ème</sup> mois		

### III. Pratique du repérage lors de l'observation



#### 1) Créer un climat d'écoute, de confiance et de sécurité

	Oui	Non
- Patiente déjà connue par le ou la sage-femme (suivi obstétrical, suivi gynécologique, préparation à la naissance, rééducation périnéale)		
- Présence d'une affiche et/ou de dépliants/brochure sur les violences faites aux femmes		
Si oui :		
o Dans la salle de consultation		
o Dans la salle d'attente		
o Ailleurs dans le cabinet : .....		
- Consultation dans 1 seule pièce		
- Consultation dans 2 pièces (1 pour l'interrogatoire, 1 pour l'examen clinique)		
- Présence dans la salle de consultation de :		
o Volets ou rideaux aux fenêtres		
o Paravent		
o Table d'examen clinique		
- Le ou la sage-femme se présente nommément à la patiente		
Demande à la patiente si elle accepte la présence de l'observateur ou d'un(e) étudiant(e)		
- La patiente est accompagnée (conjoint ou famille ou ami)		
Si oui :		
o Par le conjoint		
o Par un ou un(e) ami(e)		
o Par un membre de la famille		
o Si la patiente est accompagnée, le ou la sage-femme demande à les ou l'accompagnant(s) de sortir		
<b>Le ou la sage-femme :</b>	Oui	Non
- Invite la patiente à exprimer le motif de consultation		
- Invite la patiente à exprimer d'éventuels motifs complémentaires		
- Informe la patiente du déroulement de la consultation		
- Informe la patiente qu'il n'y aura pas d'examen clinique, sauf si nécessaire ou sur demande ou à la prochaine consultation		
- Pose des questions ouvertes		
Si oui, nombre de questions ouvertes : .....		
- Pose des questions fermées		
Si oui, nombre de questions fermées : .....		
- Si le ou la sage-femme a besoin de clarification, réinterroge la patiente		
- Reformule les questions si nécessaire		
- Ecoute la patiente sans l'interrompre		
- Parle de manière calme (voix claire, ton et rythme de parole calme)		
- S'installe légèrement penchée face à la patiente		
- S'installe dans une posture détendue (c'est-à-dire avec les bras non-croisés, sur une chaise, un fauteuil ou sur un ballon)		
- N'a pas de gestes brutaux		
- A des gestes rassurants		
Si oui :		
o Serre la main de la patiente à son arrivée		
o Hochement de tête		
o Invite la patiente à s'installer confortablement à son arrivée		

<input type="checkbox"/> Garde le contact visuel avec la patiente lorsque le ou la sage-femme pose les questions		
<input type="checkbox"/> Garde le contact visuel avec la patiente lorsque le ou la sage-femme donne les explications		
<input type="checkbox"/> Laisse le temps à la patiente de répondre		

1) Interrogatoire

Le ou la sage-femme...	Oui	Non
- Interroge la patiente sur la présence de soutien		
Si oui :		
<input type="checkbox"/> Relations avec la famille		
<input type="checkbox"/> Relations avec le conjoint		
<input type="checkbox"/> Existence d'un entourage amical		
- Interroge la patiente sur ses ressources		
Si oui :		
<input type="checkbox"/> Sur sa situation professionnelle		
<input type="checkbox"/> Sur son autonomie financière		
<input type="checkbox"/> Sur les aides sociales éventuelles		
<input type="checkbox"/> Sur sa couverture sociale		
<input type="checkbox"/> Sur ses conditions d'habitation		
- Interroge la patiente sur les consommations de substances addictives		
Si oui :		
<input type="checkbox"/> Tabac		
<input type="checkbox"/> Alcool		
<input type="checkbox"/> Drogue		
<input type="checkbox"/> Médicament		
- Interroge la patiente sur les antécédents médicaux		
- Interroge la patiente sur les antécédents chirurgicaux		
- Interroge la patiente sur les antécédents obstétricaux (IVG, FCS, grossesse)		
- Interroge la patiente sur les antécédents psychologiques		
Si oui :		
<input type="checkbox"/> Sur l'existence d'un suivi psychologique		
<input type="checkbox"/> Sur la prise de traitements psychotropes		
<input type="checkbox"/> Sur un antécédent d'hospitalisation pour des raisons psychologiques		
- Interroge la patiente sur le souhait de sa grossesse en cours		
Si oui, comment la question sur le souhait de grossesse est posée :		
.....		
- Interroge la patiente sur le projet de naissance		
- Interroge la patiente sur ce dont elle a besoin		
- Interroge la patiente sur les signes fonctionnels spécifiques		
Si oui :		
<input type="checkbox"/> Sur le moral		
<input type="checkbox"/> Sur des troubles du sommeil		
<input type="checkbox"/> Sur des troubles de l'alimentation		
<input type="checkbox"/> Sur des troubles gastro-intestinaux		
<input type="checkbox"/> Sur l'existence de douleurs (de contraction utérine, autres douleurs)		

## 2) Examen clinique physique

Le ou la sage-femme...	Oui	Non
- Pratique un examen clinique obstétrical et gynécologique Si oui, préciser lequel (toucher vaginal, pose de spéculum, palpation mammaire) : .....		
- Veille au confort de la patiente durant l'examen clinique sur la table d'examen, Si oui :		
o Invite la patiente à s'installer sur la table de consultation		
o Demande à la patiente si celle-ci est bien installée		
o Ne met pas les étriers si cela n'est pas nécessaire		
- Veille à l'intimité de la patiente durant l'examen clinique Si oui :		
o Propose à la patiente de ne pas complètement se déshabiller		
o Couvre la patiente		
o Mets le paravent		
o Ferme la porte à clé		
o Propose à la patiente de se couvrir les parties du corps déjà examinées		
- Demande à la patiente son accord avant de la toucher		
- Si doute et/ou signes cliniques évocateurs de traumatisme, interroge la patiente sur la présence de ces signes		

## 3) Question des violences

	Oui	Non
Pose la question des violences (antécédents, actuelles, etc. ...)		
Si oui :		
o Heure où la question des violences a été posée : .....		
o Comment la question des violences est posée (ce qui est dit) : .....		
o Garde le contact visuel avec la patiente lorsque le ou la sage-femme pose la question des violences		

## 4) Suivi de la patiente

Le ou la sage-femme ...	Oui	Non
- Propose à la patiente une nouvelle rencontre ensemble (avec le ou la sage-femme observée et la patiente) si d'autres consultations prénatales sont à prévoir, n(%)		
- Propose à la patiente des possibilités d'aides en cas de signes à l'interrogatoire ou à l'examen clinique de violences, n(%)		
o Oriente la patiente vers un autre professionnel :		
Si oui, le(s)quel(s) : .....		
o Donne des coordonnées d'associations		
Si oui, le(s)quelle(s) : .....		
o Donne un numéro de téléphone		
Si oui, lequel : .....		
o Donne un dépliant concernant les violences à l'encontre des femmes		
- Se rend disponible pour la patiente en cas de toutes autres questions ou demandes de la patiente		

**Annexe II : Tableau des caractéristiques des consultations observées**

Tableau 7 : Caractéristiques des sages-femmes à l'inclusion

N= 34		Total
Formation spécifique en matière de VFF ou de psychopérinatalité, n(%)	19 (55,9)	19
Expérience, médiane(inter-quartile)		34
Moins de 15 ans d'expérience, n(%)	13 (38.2)	13
Entre 16 et 20 ans d'expérience, n(%)	10 (29.4)	10
Plus de 20 ans d'expérience, n(%)	11 (32.4)	11
Statut		34
Exercice salarié, n(%)	11 (32,3)	11
Exercice libéral, n(%)	23 (67,6)	23

Légende : N=effectif total, n=effectif, %= pourcentage

Tableau 8 : Caractéristiques du déroulement de la consultation

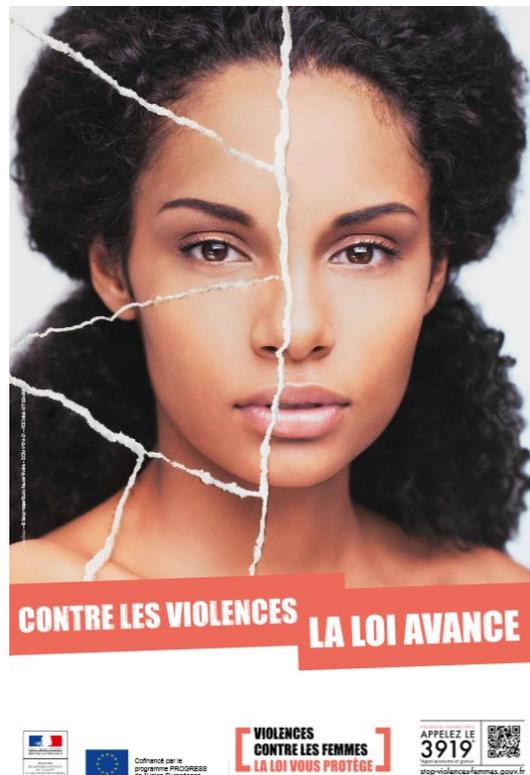
N= 34		Total
Présence de documents		34
Oui, n(%)	12 (35,3)	
Non, n(%)	22 (64.7)	
Présence d'éléments permettant d'assurer l'intimité		34
Oui, n(%)	23 (67.6)	
Non, n(%)	11 (32.4)	
Patiente accompagnée par une tierce personne, n (%)		34
Oui, n(%)	12 (35,3)	
Non, n(%)	22 (64.7)	
Demande à la patiente si elle accepte la présence de l'observateur ou d'un(e) étudiant(e), n(%)		34
Oui, n(%)	23 (67.6)	
Non, n(%)	11 (32.4)	
Existence d'un suivi antérieur de la patiente par la sage-femme observée		34
Oui, n(%)	12 (35.3)	
Non, n(%)	22 (64.7)	
Posture d'écoute, de confiance et de sécurité :		34
Oui, n(%)	34 (100)	
Parle de manière calme :		34
Oui, n(%)	31 (91,2)	
Non, n(%)	3 (8.8)	
Dépistage des consommations de substances addictives :		34
Oui, n(%)	30 (88.2)	
Non, n(%)	4 (11.8)	
Dépistage de la consommation de tabac, n(%)		30
Oui, n(%)	30 (100)	
Dépistage de la consommation d'alcool, n(%)		30
Oui, n(%)	22 (73.3)	
Non, n(%)	8 (26.7)	

Dépistage de la consommation de drogue, n(%)			30
Oui, n(%)	16	(53.3)	
Non, n(%)	14	(46.7)	
Dépistage de la consommation de médicament, n(%)			30
Oui, n(%)	10	(33.3)	
Non, n(%)	20	(66.7)	
Interroge sur les antécédents psychologiques, n(%)			34
Oui, n(%)	6	(17.6)	
Non, n(%)	28	(82.4)	
Interroge sur la présence de soutien (famille, conjoint, ami(e))			34
Oui, n(%)	19	(55.9)	
Non, n(%)	15	(44.1)	
Interroge sur au moins 1 signe fonctionnel :			34
Oui, n(%)	32	(94.1)	
Non, n(%)	2	(5.9)	
Pratique d'un examen clinique obstétrical et gynécologique			34
Oui, n(%)	20	(58.8)	
Non, n(%)	14	(41.2)	
S'assure du confort de la patiente parmi les sages-femmes ayant pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique			20
Oui, n(%)	20	(100)	
Non, n(%)	0	(0)	
Obtention de l'accord de la patiente parmi les sages-femmes ayant pratiqué un examen clinique obstétrical et gynécologique			20
Oui, n(%)	16	(80)	
Non, n(%)	4	(20)	
Disposition d'un temps pour l'écoute et les questions à l'issu de la consultation			34
Oui, n(%)	33	(97.1)	
Non, n(%)	1	(2.9)	
Proposition d'un nouveau rendez-vous			34
Oui, n(%)	32	(94.1)	
Non, n(%)	2	(5.9)	

Légende : N=effectif total, n=effectif, %= pourcentage

**Annexe III : Exemples d'affiches et documents observés sur les lieux des consultations**

**Affiche de presse : Campagne 2015 de la MIPROF**



**Affiche de la presse : Conférence débat proposée par le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles**



## Annexe IV : Kits de la MIPROF à destination des professionnels de santé

### DES OUTILS PEDAGOGIQUES POUR MIEUX COMPRENDRE ET MIEUX AGIR

#### CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LA TRAITE DES ETRES HUMAINS

En collaboration avec des équipes pluridisciplinaires de représentant.e.s des ministères concernés, d'instances professionnelles, ordinales, scientifiques, de structures nationales de formation initiale et continue, d'expert.e.s, d'universitaires etc.. et avec le soutien de partenaires institutionnels et professionnels, la MIPROF a créé de nombreux outils pédagogiques. Ces outils sont destinés à sensibiliser et former les professionnel.le.s.

Ils expliquent les différentes formes et mécanismes des violences, leurs conséquences pour la victime et préconisent des pratiques professionnelles pour mieux repérer, accompagner et orienter les femmes victimes. Des outils ont également été réalisés pour mieux identifier et prendre en charge les victimes de traite des êtres humains.

Pour répondre aux spécificités de certaines professions, les livrets Anna et Elisa ont été complétés par des fiches réflexes.

### VIOLENCES FAITES AUX FEMMES



#### ANNA

Les violences au sein du couple

- un court-métrage (16 mn)\*  
version française et version sous-titrée anglais
- un livret d'accompagnement pour
  - professionnel.le.s de santé
- des fiches réflexes pour
  - gendarmes et policier.e.s
  - magistrat.e.s
  - travailleurs sociaux et travailleuses sociales
  - sapeur-pompier.e.s
  - chirurgien.e.s-dentistes
  - infirmier.e.s
  - policiers municipaux et policières municipales

\*Réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benahm, avec Aurélie Petit et Marc CHI



#### ELISA

Les violences sexuelles

- un court-métrage (13 mn)\*
- un livret d'accompagnement pour
  - sages-femmes
  - autres professionnel.le.s de santé
- des fiches réflexes pour
  - gendarmes et policier.e.s
  - magistrat.e.s
  - chirurgien.e.s-dentistes
  - infirmier.e.s

\*Réalisé par Johanna Bedeau, avec Laure Calamy & Aurélie Petit



#### TOM et LENA

L'impact des violences au sein du couple sur les enfants

- un court-métrage (15mn)\*
- un livret d'accompagnement pour
  - professionnel.le.s de l'enfance,
  - de l'éducation,
  - du social,
  - du droit
  - de santé

\*Réalisé par Johanna Bedeau, avec Swann Azaud & Sarah Le Picard



#### PROTECTION SUR ORDONNANCE Violences au sein du couple

- un court-métrage (11mn)\*
- un livret d'accompagnement du court-métrage pour
  - avocat.e.s
  - professionnel.le.s du droit

Réalisé par Virginie Kahn, avec Jacqueline Corado, Julia Leblanc-Lacoste, Amaud Charin, Waqaux Bilon-Strauff, Philippe Carliou



#### HARCELEMENT SEXISTE ET VIOLENCES SEXUELLES DANS LES TRANSPORTS PUBLICS

- un court-métrage « Et vous, comment réagissez-vous si vous étiez dans ce bus » (17 mn)\*
- un livret d'accompagnement du court-métrage pour
  - agent.e.s des compagnies de transports)

\*Crédits : Ministère des Droits des Femmes. Production : TAC Productions / Théâtre à la Carte. Conception : Parties Prenantes. Vidéo réalisée avec le soutien de MAN Truck & Bus France.



#### BILAKORO Les mutilations sexuelles féminines

- un court-métrage (21 mn)\*
- un livret d'accompagnement du court-métrage (travailleurs sociaux et travailleuses sociales, personnels de l'Education Nationale...)
- une brochure « Le.Ja praticien.ne de santé face aux mutilations sexuelles féminines »

\*Réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benahm

**Pourquoi cette démarche?**  
 Une formation spécifique est proposée sur les dangers de la violence conjugale et ses effets sur la santé des femmes et des enfants exposés aux violences.

La difficulté à sortir d'une relation violente nécessite un accompagnement spécifique de proximité.

Les soignants sont au carrefour du parcours menant vers la sortie de la relation violente.

Cette plaquette vous présente les interlocuteurs qui vous permettront une prise en charge globale et efficace des situations diagnostiquées.

Remerciements à nos partenaires :



Permanences téléphoniques nationales

**Violences conjugales - Femmes**  
**info service.....3919**  
**Allô enfance en danger.....119**  
 ❖ Hébergement d'urgence...  
**115**

Document inspiré des productions de l'observatoire des violences envers les femmes du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, diffusé en Isère par **Issue de secours RIALTO SOS femmes 38**, association missionnée référente violences conjugales (referentviolenceconjugale38@gmail.com), dans le cadre du réseau pour la lutte contre les violences faites aux femmes, piloté par **Mme Isabelle Jahier-Deton, Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité de l'Isère.**

**Dépister et orienter les femmes victimes de violences.**



**Protéger la mère, c'est protéger l'enfant**

## SERVICES SPECIALISES

### Femmes victimes de violences

- **Rialto-SOS femmes 38**  
Grenoble 07.88.18.40.98
- **Solidarité femmes Miléna**  
Grenoble 04.76.40.50.10

### Aide aux victimes

- **AIV** (permanences en Isère)  
04.76.46.27.37
- **France Victimes 38 APRESS**  
Vienne 04.74.85.58.66
- **ISIS NORD-ISERE** Bourgoin-  
Jallieu 04.74.19.24.30  
(permanences Nord Isère)

## INFORMATIONS JURIDIQUES

- **CIDFF** : 04.50.09.52.40
- **Maison de la justice et du droit** Grenoble 04.38.49.91.50  
Villefontaine : 04.74.96.94.67
- **AIV** Grenoble 04.76.46.27.37  
(permanences sur leur site internet rubrique « nous contacter »)
- **France Victimes 38 APRESS**  
Vienne 04.74.85.58.66
- **ISIS NORD-ISERE** Bourgoin-  
Jallieu 04.74.19.24.30  
(permanences Nord Isère)

## SITUATION URGENTE OU COMPLEXE

- **Appels d'urgences** 112
- **Police/gendarmerie** 17
- **Pompiers** 18
- **Hôpital/SAMU** 15
- **Référente violences conjugales Isère- RIALTO SOS femmes 38**  
07.88.18.40.98.

## HEBERGEMENT-REFUGE

- **Urgences sociales** 115
- **CAI** Centre d'Accueil  
Intercommunal 04.76.46.38.79  
*Ce sont les services concernés qui pourront rediriger les victimes vers les lieux d'accueil*

## ACCUEILS DE JOUR

- **ALPA** Bourgoin-Jallieu 04 74 43 97 67
- **Solidarité-femmes Miléna** Grenoble  
04.76.40.50.10

## ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

- **MD** Maisons du Département :  
(accueil 04 76 00 38 38)
- **CCAS** Centre Communal d'Action Sociale (voir votre mairie).
- **CIAS** Centre Intercommunal d'Action Sociale

## Intervenants à solliciter

## SANTE

- **CPFF** Centre de planification et d'éducation familiale 04 76 12 12 87 (oriente vers le plus proche)
- **PMI** Protection Maternelle et Infantile 04 76 00 61 59
- **PASS** Permanence d'Accès aux Soins de Santé :
  - \* Bourgoin-Jallieu CH. 04.69.15.72.18
  - \* Grenoble CHU. 04.76.76.94.66
  - \* Vienne CH. 04.74.31.34.94
  - \* Voiron CH. 04.76.67.17.89

## PARENTALITE

- **REAAP 38** Réseau d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents de l'Isère.  
(Permanences sur le site internet)
- **PROTECTION DE L'ENFANCE**  
**CRIP** Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes 04 76 00 32 63
- **Médecin départemental**  
référént 06 07 98 16 70

## ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

- **Solidarité-femmes Miléna**  
Grenoble 04.76.40.50.10
- **AIV**- Grenoble 04.76.46.27.37
- **France Victimes 38 APRESS**  
(Vienne) 04.74.85.58.66
- **ISIS NORD-ISERE** Bourgoin-  
Jallieu 04.74.19.24.30  
(permanences Nord Isère)

## Annexe VI : Auto-questionnaire créé par le RPAI (Réseau Périnatal Alpes Isère) à destination des femmes enceintes

Madame,  
vous venez pour une consultation de suivi de grossesse. Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire sur vos habitudes de vie et le confort de votre grossesse. Vous pourrez en parler ensuite avec le médecin ou la sage-femme.

Confort de la grossesse Habitudes de vie	Réponses à entourer <i>Eventuellement plusieurs</i>	Commentaire <i>facultatif</i>
1	Pendant votre grossesse comment dormez-vous ? plutôt bien plutôt mal	
2	Pendant votre grossesse, comment vous sentez-vous ? détendue joyeuse inquiète stressée triste autre à préciser	
3	Rencontrez-vous des difficultés par rapport à l'alimentation ? aucune grignotage nausées perte d'appétit autre	
4	Avant votre grossesse, qu'aviez-vous l'habitude de boire ? eau café, thé sodas, jus de fruit cidre, vin, bière, pré-mix alcools forts boissons énergisantes autre	
5	Pendant votre grossesse, lors d'un repas, d'une soirée, d'une fête ... vous est-il arrivé de consommer : aucune bière, cidre, pré-mix vin, apéritif alcool fort boissons énergisantes	
6	Avant votre grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous par jour ? 0 1-10 11-20 20-30 >30	

« Périnatalité, addictions et vulnérabilités » – RPAI / Addictologie de liaison CHU Grenoble, mai 2017 »

7	Actuellement combien de cigarettes fumez-vous par jour ? 0 1-10 11-20 20-30 >30	
8	Vapez-vous actuellement ? oui non	
9	Votre conjoint est-il fumeur ? oui non	
10	Avant votre grossesse, avez-vous consommé du cannabis ? oui non	
11	Avant votre grossesse, avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : ecstasy, LSD cocaïne, héroïne amphétamines autres drogues	
12	Prenez-vous de la méthadone ou du subutex ? oui non	
13	Pendant votre grossesse, prenez-vous des médicaments ? aucun somnifère tranquillisant anti-dépresseur antidouleur codéiné autre médicament	
14	Dans votre vie, avez-vous vécu des situations de violence ? psychologiques physiques aucune	
15	Avez-vous des difficultés financières ou sociales ? aucune logement emploi administratives couverture sociale	
16	Actuellement bénéficiez-vous d'une aide ? de votre famille aide-ménagère éducateur assistant(e) social(e) tutelle, curatelle aucune	
17	Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ? oui non	

« Périnatalité, addictions et vulnérabilités » – RPAI / Addictologie de liaison CHU Grenoble, mai 2017 »

## **RESUME**

**Objectifs :** Etablir la prévalence du repérage des violences faites aux femmes vues pour la première fois en consultation prénatale par des sages-femmes, rechercher les facteurs associés à ce repérage dans la pratique.

**Matériel, méthodes :** Etude descriptive, multicentrique par observation directe de la pratique du repérage. Etaient observées des sages-femmes libérales (SFL) et salariées (SFS) de l'Isère. Les critères de jugements étaient le pourcentage de l'interrogation systématique concernant les violences, et les facteurs associés au repérage en lien : avec les sages-femmes (exercice, expérience, formation), et avec la prise en charge lors de la consultation (création d'un climat d'écoute, de sécurité et de bienveillance ; disposition d'un temps d'écoute, proposition de rendez-vous).

**Résultats :** Au total, 34 consultations d'une durée moyenne de 44 minutes ont été observées : 32,3% concernaient des SFS et 67,6% des SFL. Parmi 34 observations, 32,4% sages-femmes ont réalisé le repérage, même si 55,9% avaient suivi une formation spécifique et 50% avaient 18 ans d'expérience. Aucun facteur associé au repérage n'a été retrouvé parmi les caractéristiques des sages-femmes ni lors du déroulement de la consultation. Sur les 9 repérages effectués, 2 femmes, soit 18,2%, ont déclaré subir des violences.

**Conclusion :** Le repérage n'était pas effectué systématiquement, contrairement aux recommandations, même si les sages-femmes instaurent un climat d'écoute et de bienveillance.

### **Mots-clés :**

Violences – Grossesse – Sage-femme – Repérage – Facteurs associés

## **ABSTRACT**

**Aim :** To establish prevalence of a screening of the violence against women among patients first seen during the first consultation of pregnancy by the midwife, investigate the factors associated with the screening of violence in practice.

**Material, methods :** Descriptive, multicentric study via direct observation of the practice of a screening. Target population was liberal and salaried midwives working in Isère. Evaluation criteria were percentage of midwives who do approaching the subject, and the factors associated with screening in connection with : the midwives characteristics (professional standing, professional experience, course), and the care during the consultation progress (climate of listening, of confidence, and secure environment; time for listening and issue, appointment proposal).

**Results :** Among 34 observations with an average duration of 44 minutes, there were : 32.3% salaried midwives and 67.6% liberal midwives. Among 34 observations : 32.4% of midwives realised the screening even if 55,9% followed a specific training, 50% already had 18 years of experience. Any factors were associated with the screening among the midwives characteristics and the care during the consultation. Among 9 screenings, 2 wives, (18.2%) reported being exposed to violence.

**Conclusion :** Screening wasn't performed systematically, even if the midwives established a climate of listening and of caring.

### **Key words :**

Violence – Pregnancy – Midwife – Screening – Factors associated