Perceptions de la mise au monde et de l'enjeu de devenir mère par les femmes qui ont des antécédents de violences sexuelles

Camille Walquan

▶ **To cite this version:**

Camille Walquan. Perceptions de la mise au monde et de l'enjeu de devenir mère par les femmes qui ont des antécédents de violences sexuelles. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02339593

HAL Id: dumas-02339593

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02339593

Submitted on 30 Oct 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.

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

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme D'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 19 juin 2019

Par

Camille WALQUAN

Née le 08 octobre 1995

Perceptions de la mise au monde et de l'enjeu de devenir mère par les femmes qui ont des antécédents de violences sexuelles.

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Emmanuelle Piet Docteure en Santé Publique

JURY :

Mme Aurélie Raccioppi	Sage-femme à l'hôpital Necker, doctorante en sociologie
Mme Magalie Delahaye	Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque
Mme Mathilde Delespine	Sage-femme coordinatrice de la Maison des Femmes de St-Denis

Mémoire N° : 2019PA05MA47

© Université Paris Descartes – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

Remerciements

Je tenais à remercier,

La Docteure Emmanuelle Piet d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Merci pour votre regard et vos commentaires percutants qui m'ont permis de guider ma réflexion.

Mme Christèle Vérot de m'avoir aidée à faire émerger ma problématique et mes questionnements au départ de mes recherches. Ainsi que toute l'équipe pédagogique particulièrement mon référent Mr Bertho pour ces années à l'école de sage-femme.

Je remercie aussi la Maison des Femmes de St-Denis de m'avoir accueillie. J'ai été impressionnée par l'aménagement de cet espace, la richesse de l'accompagnement proposé et la qualité des intervenants. En particulier Mme Delespine, pour son aide dans la réalisation des entretiens et sa bienveillance.

Merci à toutes les femmes qui ont accepté de me livrer une partie de leurs histoires, merci pour votre confiance.

Je souhaite remercier également les sages-femmes du Groupe Naissances pour ce stage particulièrement éclairant au cours de ma cinquième année d'école de sages-femmes. J'ai appris à vos côtés de nombreux savoirs sur la physiologie qui ont été déterminants pour l'avancement de ce mémoire.

Plus intimement, je remercie mes camarades et amies pour ces années de folie à Baudelocque.

Et je remercie mes parents pour leur soutien inconditionnel et leur amour tout au long de mes études.

A Manon et Maïalène

Résumé

Objectifs : Notre objectif principal était d'étudier l'impact des violences sexuelles sur la grossesse et le devenir mère à partir de la parole des femmes rapportée lors des entretiens. Notre objectif secondaire était d'identifier des facteurs protecteurs pour améliorer la prise en charge.

Méthodologie : Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs à la Maison des femmes de St-Denis. Notre enquête s'est articulée autour de trois thèmes, qui ont guidé notre grille d'entretien : *L'histoire de la violence*, l*es perceptions, les projections.* Le recrutement des patientes s'est organisé à la suite de consultations de suivi de grossesse spécialisées pour les femmes victimes de violences de Mme Delespine. 16 femmes ont participé à notre étude.

Résultats : Au regard des discours rapportés par les femmes, il semble que les violences sexuelles aient finalement un impact variable sur la mise au monde. Ces différences observées nous invitent à penser qu'il n'existe pas de relation linéaire entre la forme de la violence et ses conséquences. La violence doit être comprise dans son contexte, au sein de la globalité de la personne.

Les femmes ont besoin d'une médecine qualifiée et cadrante mais elle ne serait se limiter aux soins. Être présent est essentiel pour instaurer « le prendre soin » et non seulement le « donner des soins ».

Il existe des freins à l'expertise des femmes dans la compréhension de l'impact de la violence sur la mise au monde. Ces obstacles semblent liés à la spécificité de cette violence, qui empêchent la connaissance des femmes de leur propre corps.

Conclusion : Après l'analyse des témoignages, parler d'expertise spécifique des femmes victimes de violences ne semble pas adapté. En revanche, on peut estimer, que les femmes ont des compétences potentielles qu'elles peuvent développer, de la même manière que leurs bébés se développent dans une dynamique d'interaction. Pour favoriser ce processus, l'existence d'un contexte favorable est primordiale. Nous avons pu établir l'existence de facteurs protecteurs : soit exogènes et liés à l'environnement tels que l'entourage, les soins, les soignants, la sécurité et l'amour. Soit endogènes et dépendants des capacités maternelles, de sa perception de la violence, de l'histoire de la violence, de la résilience. Ce contexte physique et humain permet à la mère et son bébé de développer des capacités adaptatives qui peuvent réguler les conséquences des violences sexuelles au moment de la mise au monde.

Mots-clés : physiologie, violences sexuelles, mise au monde, devenir mère, compétences adaptatives.

Abstract

Objectives: Our main objective was to study the impact of sexual violence on pregnancy and becoming a mother based on the women's words reported during the interviews. Our secondary objective was to identify protective factors from their needs to improve care.

Methodology: We conducted a qualitative study using semi-directive interviews at the Maison des femmes de St-Denis. Our survey was structured around three themes, which guided the construction of our interview guide: The history of violence, perceptions, projections.

The recruitment of patients was organized following specialized pregnancy follow-up consultations for women victims of violence by Ms. Delespine. 16 women participated in our study.

Results: In the light of the speeches reported by women, it seems that sexual violence ultimately has a variable impact on childbirth. These differences in perceptions and projections about childbirth, motherhood and the unborn child suggest that there is no linear relationship between the form of violence and its consequences. Violence must be understood in its context, within the whole person. For the support towards delivery, women need a qualified, framing and reassuring medicine, but it would not be limited to care. Being present is essential to establish "taking care of it" and not just "giving care". There are barriers to women's expertise in understanding the impact of violence on childbirth. These obstacles seem to be linked to the specificity of this violence, which prevents women from knowing their own bodies.

Conclusion: After analysing the testimonies, talking about the specific expertise of women victims of violence does not seem appropriate. On the other hand, it can be assumed that women have potential skills that they can develop, in the same way that their babies develop in an interactive dynamic. To facilitate this process, the existence of a favourable context is essential. We were able to establish the existence of protective factors: either exogenous and related to the environment such as family and friends, care, caregivers, safety and love. Either endogenous and dependent on maternal capacities, her perception of violence, the history of violence, resilience. This physical and human context allows the mother and her baby to develop adaptive capacities that can regulate the consequences of sexual violence at the time of delivery.

Keywords : physiology, sexual violence, childbirth, giving birth, adaptive skills

« Je pense que les médecins pourraient même apprendre quelque chose… Mais s'ils ne sont intéressés que par ce qu'ils ont étudié dans les livres. […] Peut être qu'ils pourraient en apprendre davantage en écoutant des êtres humains vivants et en souffrance. »

Marilyn Monroe.

Table des matières

Remerciements……

2

Résumé…….

3

Abstract……...4

Citation……....

5

Introduction……

8

Première partie : Exposition du contexte……...10

1.1 Comprendre le traumatisme……10

1.1.1 La réponse physiologique face au danger……10

1.1.2 La réponse émotionnelle face à une agression sexuelle……11

1.1.3 Les conséquences des violences sexuelles……...…….12

1.2 Influence d'antécédents de violences sexuelles sur le processus de la mise au monde……..13

1.2.1 Troubles de l'équilibre hormonal……..……13

1.2.2 Le cycle de la peur et le cycle de la sécurité…….……...15

1.2.3 Violences sexuelles et temporalité…….17

1.2.4 Les compétences de l'enfant à naître…….17

Deuxième partie : Méthodologie de l'étude……...21

2.1 Les axes de recherche……..…21

2.1.1 La problématique…….....21

2.1.2 Les objectifs de recherche……21

2.2.3 Les hypothèses……..…….……21

2.2 Présentation du lieu d'étude……*22*

2.2.1 La quête d'un terrain de recherche……22

2.2.2 La Maison des Femmes de St-Denis, en lien avec l'hôpital Delafontaine……..……..23

2.3 L'enquête……2 4

2.3.1 Le choix de la méthodologie qualitative……24

2.3.2 Etude de la population cible……24

2.3.3 Mode de recrutement……..…….25

2.3.4 Déroulement des entretiens……...……..26

2.3.5 Stratégie d'analyse……...…….26

2.4 Le profil des participantes…….....27

2.4.1 L'histoire de la violence……...……27

2.4.2 Situation sur le territoire français……..29

2.4.3 L'âge des premières violences sexuelles……...……29

2.4.4 Lien avec l'agresseur.se présumé.e des faits……...…….....29

2.4.5 Justice et mise en sécurité……30

Troisième partie : Résultats et analyse…….....31

3.1 Comment les femmes perçoivent l'impact des violences sexuelles…….……..31

3.1.1 Sur le vécu de la grossesse……...……...31

3.1.2 Sur les transformations corporelles de la grossesse……..33

3.1.3 Sur le vécu des soins et des soignants……34

3.2 Comment les femmes ayant été victimes de violences sexuelles se projettent ?…….……..37

3.2.1 En tant que mère……...…….....37

3.2.2 Sur l'accouchement……...40

3.2.3 Sur l'enfant à naître……..42

3.3 Facteurs protecteurs de l'impact de la violence sexuelle sur la mise au monde ?..……46

3.3.1 Des facteurs exogènes……...……...46

3.3.2 Des facteurs endogènes……50

Perspectives et conclusion……57

Bibliographie……61

Annexes…….....65

Introduction

La ***physiologie*** appliquée à l'obstétrique doit se comprendre comme la science qui étudie les fonctions normales des organes et des tissus permettant la reproduction, la gestation, l'enfantement et l'allaitement. Elle s'intéresse aux mécanismes fondamentaux de l'organisme dans la mise au monde, autant mécaniques (mobilité du bassin, actions et interactions des muscles, rotation du fœtus…) que chimiques (les hormones, leurs actions physiques et comportementales, leurs interactions). Pour l'auteure Québécoise Céline Lemay, *« C'est un ensemble de processus complexes, mutuellement et finement régulés entre la mère et son bébé, qui permet le passage de la grossesse à la maternité, de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine »*. (1)

Notre souhait d'aller interroger des femmes enceintes ayant vécu des violences sexuelles en matière de physiologie est venu d'un intérêt commun pour la compréhension du fonctionnement du corps humain et de ses capacités de régulation et d'adaptation. Ainsi que d'une sensibilité particulière envers les violences faites aux femmes qui s'est modelée à partir de nos parcours universitaires, de lectures et de rencontres.

Ces femmes représentent en effet une part importante des patientes que nous accompagnons en tant que professionnel.le.s de santé et particulièrement en tant que sage-femme.s. Les dernières données de 2017 révèlent qu'en France, un cinquième des femmes sont victimes de violences sexuelles au cours de leur vie et que 81 % de ces violences débutent avant 18 ans. (2) Des chiffres par ailleurs sous-estimés puisque toutes les violences sexuelles ne sont pas déclarées par les femmes et que les statistiques publiques sur la prévalence n'incluent pas les violences subies par les femmes de moins de 15 ans ou de plus de 75 ans, ni les femmes sans domicile fixe ou vivant dans des institutions : en maison de retraite, prison, maison de soins, centre d'hébergement d'urgence ou en centre de réinsertion sociale. (3)

Les violences sexuelles sont susceptibles de se produire dans tous les types de milieux et de situations sociales. Dans plus de 9 cas sur 10, la victime connaît l'agresseur. se, qui est un homme dans 90 % des cas. Elles se déroulent, dans près de la moitié des cas au sein de la sphère familiale ou conjugale.

Les études internationales révèlent que ces violences ont des conséquences graves sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale. Une étude publiée au *British Journal of Gynecology en 2013* a montré par exemple un risque significativement plus élevé de césarienne et d'accouchement instrumental ainsi qu'une augmentation de la durée du travail à toutes les phases pour des femmes qui avaient été violées à l'âge adulte par rapport au groupe témoin qui n'avait pas connu d'abus sexuels.

Cependant, l'étude de l'impact des violences sexuelles sur la physiologie de la mise au monde reste peu étudiée, voire ignorée. La plupart des données établies semblent issues de l'observation et de l'expérience clinique de praticien.nes et de parturientes. Ce manque de données référencées a dès lors aiguisé notre curiosité. D'autant que ce sujet semble convoquer dans un même lieu de nombreuses thématiques propres à notre champ d'exercice, en termes d'épidémiologie, de prévention, d'éthique médicale, et de réflexion sur la juste médicalisation.

Comment les violences sexuelles impactent-elles les transformations physiques et psychiques de la grossesse ? Comment l'équilibre hormonal de la mise au monde est-il affecté par des antécédents de violences sexuelles ? Existe-t-il des moyens d'adaptation et de régulation ?
Pour tenter de répondre à nos questionnements, nous sommes parties d'une hypothèse à la fois simple et contre-intuitive : les femmes enceintes ayant des antécédents des violences sexuelles avant leur grossesse sont expertes de leurs propres corps. Nous partirons du point de vue de leur expérience pour notre recherche.

Nous commencerons notre travail en nous penchant sur la compréhension de l'impact d'une agression sexuelle ou d'un viol sur la personne victime et ses conséquences sur la santé en générale et sur les processus de la mise au monde. Dans un second temps, nous détaillerons la méthodologie de l'étude que nous avons menée à partir d'entretiens semi-directifs à la Maison des femmes de St-Denis. Les résultats seront ensuite présentés et analysés dans un même temps. Notre recherche s'achèvera enfin par la synthèse des éléments trouvés et la réalisation d'un modèle conceptuel basé à partir des travaux sur la physiologie de Céline Lemay.

Première partie : Exposition du contexte

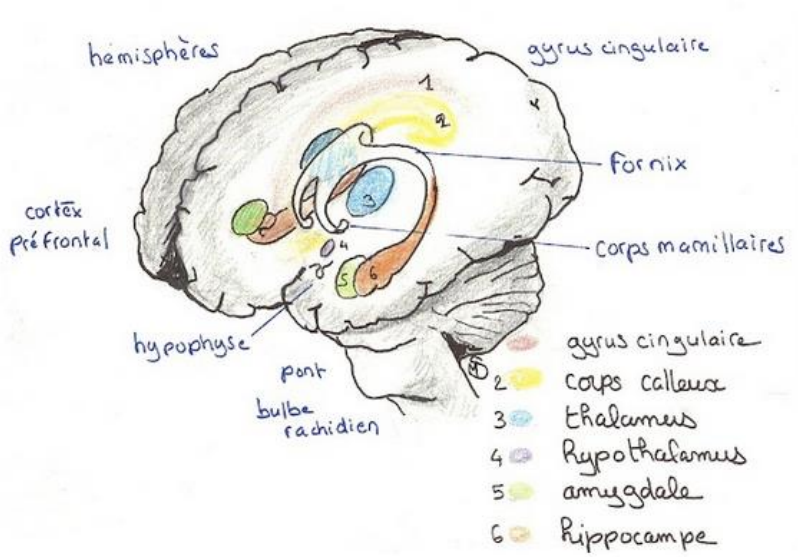
1.1 Comprendre le traumatisme.

1.1.1 La réponse physiologique face au danger.

Comment notre corps réagi face au stress d'une agression sexuelle ou d'un viol ? Afin de mieux comprendre l'impact des violences sexuelles sur la mise au monde, nous avons débuté nos recherches par la compréhension des phénomènes biologiques de régulation et d'adaptation du corps face au stress.

Lors d'une situation de stress simple, le corps humain dispose d'une cascade réactionnelle physiologique, décrite par les travaux de Murielle Salmona et Bessel Van Der Kolk, pour s'adapter à la situation. Le système limbique est d'abord activé de manière automatique et non consciente, c'est lui qui régit nos émotions. Ce système est contrôlé par une autre partie de notre cerveau, l'amygdale cérébrale qui va avoir plusieurs actions. D'une

part, les amygdales cérébrales vont activer la sécrétion des hormones surrénaliennes, « les hormones du stress » : l'**adrénaline et le cortisol.** D'autres part, elles vont envoyer des informations émotionnelles au cortex préfrontal. La libération d'adrénaline via le système nerveux autonome augmente le rythme et le débit cardiaque ainsi que la glucogénèse. La libération de **cortisol** via le système sympathique stimule la néoglucogénèse. Ainsi, cela permet d'apporter aux organes l'oxygène, le glucose et l'énergie pour répondre face au danger. (5)



Le cortex préfrontal va à partir de l'analyse de la situation et des données de souvenirs d'apprentissages fournies par l'hippocampe prendre une décision de combattre ou de fuir. Il peut moduler ou éteindre les amygdales cérébrales par un rétro-contrôle négatif qui exerce une action inhibitrice sur les hormones surrénaliennes lorsque la situation le permet. Le cerveau mémorise l'expérience du stress sous forme de mémoire émotionnelle qui sert de rappel d'une expérience de danger à éviter. (5)

1.1.2 La réponse émotionnelle face à une agression sexuelle.

Face à une agression sexuelle ou un viol, la victime peut rationaliser la situation et rester consciente tout au long de l'agression. Elle utilise alors le circuit physiologique de réponse face au danger énoncé ci-dessus.

Or, devant le caractère extrêmement violent ou incompréhensible que peut revêtir l'expérience d'une agression sexuelle ou d'un viol, ce système physiologique peut disjoncter. Il existe alors un court-circuit neurobiologique de survie lorsque ces mécanismes sont perturbés. L'amygdale s'active de la même manière face au danger à partir du signal envoyé par le système limbique. Cette activation entraîne la sécrétion active des hormones du stress. Mais l'hippocampe n'arrive pas à analyser la situation ni à élaborer une stratégie pour faire face à la situation. La sécrétion hormonale surrénalienne n'est alors plus rétro-contrôlée. Les hormones s'accumulent et provoquent un stress extrême. « La victime est paralysée, sidérée, incapable de réagir. » (5)

Cet état de stress intense représente un risque vital en l'absence de régulation. En effet, les taux d'adrénaline et de cortisol sont toxiques pour l'organisme : toxicité cardiaque et vasculaire pour l'adrénaline (risque d'infarctus du myocarde de stress et d'hypertension maligne), toxicité neurologique pour le cortisol (risque épileptique et de mort neuronale par apoptose). Le cerveau va alors mettre en place une parade qui va faire disjoncter le circuit limbique, déconnecter les amygdales et éteindre la réponse émotionnelle grâce à la sécrétion par le cerveau de drogues dissociantes telles que la morphine-like et de la kétamine-like. (5)

La disjonction entre l'amygdale et les autres structures supprime toute réponse émotionnelle. La victime aura l'impression de ne pas vivre l'évènement, de ne pas en faire partie, mais d'en être spectatrice voir transportée dans une autre scène comme si elle était déjà morte : c'est la dissociation péri-traumatique qui plonge la victime dans un état d'anesthésie émotionnelle et physique. La disjonction a pour conséquence la non-mémorisation de l'évènement par l'hippocampe. Ce souvenir va alors rester tel quel dans l'amygdale cérébrale et former ce que l'on appelle la **mémoire traumatique**.

A n'importe quel moment, par des liens, des émotions, des sensations ou des gestes, cette mémoire traumatique peut être réactivée. L'amygdale récré le même stress émotionnel vécu lors de l'agression sous forme de flash-back, réminiscences ou de cauchemars même de nombreuses années après. (6)

1.1.3 Conséquences des violences sexuelles.

Les métanalyses menées par Yehuda en 2007 et MacFarlane en 2010 ont permis de préciser les conséquences des violences sexuelles. Ces études décrivent des conséquences physiques qui interfèrent dans le quotidien des victimes : (7) *fatigue, douleurs chroniques, dorso-lombalgies, céphalées, atteintes génito-urinaires, infections sexuellement transmissibles, colères explosives, irritabilité, hypervigilance, anxiété, attaques de paniques, troubles obsessionnels, absences et réminiscences de la violence.*

Les violences sexuelles peuvent également avoir des conséquences sur la vie sociale, professionnelle et affective des victimes : (7) *difficultés à se projeter dans l'avenir, difficulté à supporter le stress, les changements, les imprévus, peur de commettre des violences sexuelles, troubles de la mémoire, troubles de la concentration et de l'attention, troubles du sommeil, perte de confiance et d'estime de soi, culpabilité, honte, dépression* ce qui peut entrainer des échecs scolaires ou professionnels ou un retrait social, affectif et intellectuel.

En 2006, Silverman et al. ont estimé que les femmes ayant subi des violences avant et/ou pendant la grossesse ont des risques significativement plus élevés de pathologies obstétricales. Les femmes enceintes ont un risque augmenté de 90 % de métrorragies, 60 % de ruptures prématurées des membranes, fausses couches, infections urinaires, vomissements incoercibles, 48 % pour le diabète et 40 % pour l'hypertension artérielle. Leurs nouveau-nés ont un risque de prématurité de 37 % et jusqu'à 21% d'hypotrophie. (2)

Lorsqu'une victime associe anesthésie des émotions, hypervigilance et réminiscences de la violence, on pose le diagnostic de stress post-traumatique. Les violences sexuelles engendrent ce trouble psychique complexe dans 60% des cas et représentent la cause la plus fréquente d'état de stress post-traumatique chez les femmes. Pour une victime de viol, le risque de développer un état de stress post-traumatique passe à 80% pour les adultes et près de 100% pour les enfants. (6)

Pour faire face à ces conséquences et aux réactivations de la mémoire traumatique, les victimes emploient des stratégies de survie :

- Comportements et conduites compulsives, qui s'imposent à soi.
- Comportements incompréhensibles et paradoxaux.
- Mises en danger (jeux dangereux, pratiques sexuelles à risques, sports extrêmes, conduite routière dangereuse, etc.)
- Conduites agressives ou auto-agressives (auto-mutilations, scarifications…)
- Conduites addictives (alcool, drogues, tabac, médicaments, achats compulsifs…)
- Troubles alimentaires (boulimie et/ ou anorexie)

Ces stratégies permettent à la victime de « disjoncter » et d'éteindre la mémoire traumatique mais elles coupent les victimes de la compréhension de leurs réactions et de leurs émotions.

Ainsi, imprimées dans les corps et dans les mémoires, ces violences peuvent laisser des traces sur les femmes. Ces traces, à la fois visibles et invisibles, nous avons souhaité les questionner au cours du cheminement vers la mise au monde.

1.2 Influence d'antécédents de violences sexuelles sur le processus de la mise au monde.

1.2.1 Troubles de l'équilibre hormonal

Ginesi et Niescierowicz en 1998 et Vose en 2003 ont mis en évidence une cascade hormonale essentielle au processus de la mise au monde. Ces hormones : l'ocytocine, les endorphines, la prolactine et les catécholamines sont étroitement reliées entre-elles. Elles sont contrôlées de manière involontaire et instinctive par l'hypothalamus. Leur rôle est déterminant dans les processus de transformation de la grossesse de la mère et du fœtus ainsi que dans la régulation du travail et de l'accouchement.

L'ocytocine est l'hormone centrale qui touche aux différents aspects de la reproduction (relation sexuelle, fertilité, travail et accouchement, lactation). Sa sécrétion augmente de manière croissante au cours de la grossesse grâce à l'augmentation des récepteurs en nombre et en sensibilité au niveau de l'utérus. En fin de grossesse, les récepteurs à l'ocytocine sont 200 fois plus élevés que dans un utérus non gravide. Elle réduit la tension artérielle et les hormones du stress pour favoriser un climat de calme, de sécurité et de confiance. (8)

La sécrétion rythmique et pulsatile d'ocytocine est très sensible, elle peut facilement être altérée par des facteurs extérieurs telle que peut l'être une agression sexuelle. Son inhibition peut impacter les comportements de maternage, les sentiments nourriciers ou tout ce qu'on peut définir par le « prendre soin » (Lewis, 2012).

Les endorphines sont sécrétées par l'hypophyse et l'hypothalamus. Elles ont une capacité analgésique très puissante et procurent une sensation de bien-être. Leur sécrétion augmente en fin de grossesse ce qui altère l'état de conscience de la femme enceinte pour l'aider à s'immerger dans le processus de la naissance. Les endorphines activent la prolactine pour favoriser la rencontre et l'adaptation de la mère à son nouveau-né. Elles mettent la mère dans un état d'alerte, attentif et même euphorique pour prendre soin de son

nouveau-né. Lors de réactivations traumatiques de violences sexuelles, il y a une libération très forte d'endorphines pour faire face à ce haut niveau de stress. Or une trop forte sécrétion d'endorphines altère la sécrétion endogène d'ocytocine et peut alors ralentir les contractions.

La prolactine est l'hormone du maternage. Elle est métabolisée par les œstrogènes dont la concentration augmente de 20 fois du début jusqu'à la fin de grossesse. Elle permet l'adaptation de la mère à l'état de grossesse, à l'allaitement et à la maternité. Elle déclenche la synthèse du lait, inhibée jusqu'à la délivrance du placenta. Sa sécrétion est interdépendante des autres hormones. Une altération de la sécrétion hormonale par des antécédents de violences sexuelles peut abaisser la sécrétion de prolactine et troubler les processus de changement et d'adaptation de la femme enceinte.

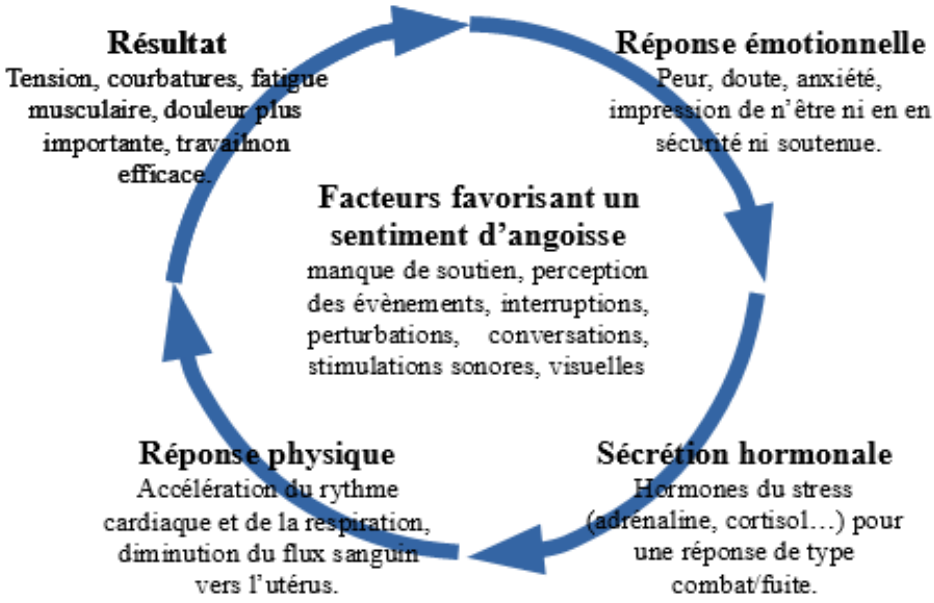
L'adrénaline est une hormone qui est sécrétée par les surrénales en réponse au stress et l'excitation. Elle est essentielle pour que la mère puisse maintenir son état de vigilance et se mette en travail dans des conditions favorables, par son action sur le système sympathique de type combat/fuite. Cependant, les antécédents de violences sexuelles peuvent agir en tant qu'agent de stress et augmenter la libération d'adrénaline.

1.2.2 Le cycle de la peur et le cycle de sécurité

Le dynamisme du fonctionnement hormonal doit se comprendre en lien avec l'environnement et les facteurs interpersonnels.

Les femmes qui ont des antécédents de violences sexuelles peuvent plus facilement stimuler le néocortex (la partie pensante du cerveau) lors de la mise en travail et de l'accouchement à cause de leur hypervigilance et de leur difficulté à lâcher prise et à faire confiance. Si la femme n'est pas soutenue pendant le travail (solitude, éclairage violent,

bruits forts, restrictions, absence d'encouragement, procédures gênantes, perturbations extérieures, altération de son état de conscience par des examens de routine, demandes d'examens administratifs) on rentre dans le **cercle vicieux de la peur.** J'ai découvert ces cycles en cours de préparation à la naissance avec Mme Sidonie Le Poul-Petit, sage-femme au Groupe Naissances.

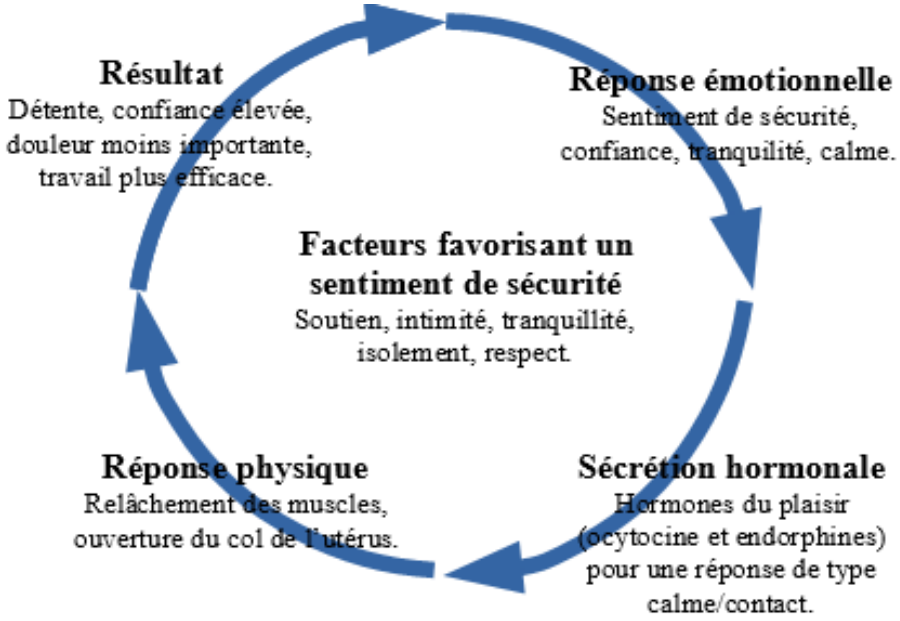


Une atmosphère non soutenante pendant le travail déclenche un sentiment d'angoisse et une réponse émotionnelle négative. Ce stress intense et la stimulation du néocortex parasitent la sécrétion hormonale du travail. Les hormones du stress, le cortisol et l'adrénaline, sont libérées en plus grande quantité et occupent les récepteurs à l'ocytocine.

La baisse de sécrétion d'ocytocine peut alors se traduire par une augmentation de la durée du travail, un ralentissement de la deuxième phase ou l'augmentation du risque d'hémorragie du post-partum. Sécrétée en trop grand quantité dans le sang maternel, l'adrénaline peut entraîner une détresse fœtale et des ralentissements à la suite de la réduction de la circulation du sang dans l'utérus et le placenta.

Résultat : panique maternelle, avec augmentation de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire, augmentation du sentiment douloureux et du risque de pose d'un diagnostic de dystocie, stagnation ou de césarienne.

A l'inverse, une atmosphère calme et soutenante, pendant le travail où la femme reçoit de l'encouragement, de la compassion et de l'empathie de la part des accompagnants, facilite le **cycle de sécurité** et diminue l'activité du néocortex. Buckley (2015) nous parle de l'importance d'un accouchement « non dérangé ». La réduction de l'activité dans la partie pensante du cerveau, stimule la zone cérébrale la plus primitive et permet à la femme en travail d'être libre de suivre ses instincts et les besoins de son corps. La libération hormonale se fait de façon libre et abondante.



Il existe une régulation naturelle endogène entre la production des endorphines et celle de l'ocytocine qui entraîne une réponse physique : le relâchement des muscles et

l'ouverture du col de l'utérus. Résultat, le travail est plus efficace, la femme en travail est détendue et en confiance et la douleur est perçue comme moins importante.

1.2.3 Respect de la temporalité

Il peut s'écouler du temps pour parler des violences sexuelles, du temps pour les comprendre, du temps pour cheminer vers la guérison.

Mais une temporalité inhabituelle est-elle nécessairement le signe d'une dystocie ? Schmid et Downe (2010) nous invitent à repenser le modèle de maturation de la grossesse. Ils proposent de cesser de concevoir la grossesse comme une progression linéaire, afin d'accorder la primauté à la biologie féminine qui fonctionne de manière cyclique et rythmique. Cette compréhension du rapport au temps signifie que des plateaux et des variations avec des phases actives et passives sont normaux. Cela nous pousse à fonctionner avec de l'incertitude et à tenir compte d'éléments qui ne se mesurent pas telles que les émotions, les attitudes et l'intuition. (8)

Si nous sommes conscient.e.s de cette notion de rythme, nous pouvons concevoir que chaque femme puisse avoir le sien sans qu'il y ait nécessairement de pathologie. Nous pourrions alors envisager d'accorder ce temps, et de le respecter par une réorganisation du temps institutionnel, en prenant en compte la singularité des besoins mère-enfant. (8)

1.2.4 Les compétences du bébé

Le nouveau-né possède des compétences physiologiques qui débutent dès sa vie fœtale. L'expression de ses capacités est unique à chaque bébé et dépendante de la qualité de son environnement et de ses états neurophysiologiques changeants. (9) Nous nous sommes basées sur des travaux de Golse et Alvarez en 2013 pour comprendre ces compétences.

Les compétences sensorielles.

Le nouveau-né possède des compétences sensorielles qui maturent par ordre chronologique pendant la vie fœtale. Ces capacités sensorielles sont augmentées par la production d'adrénaline fœtale pour faciliter son orientation vers le monde extérieur. (8)

Dès la 7ème semaine de gestation, les premiers récepteurs sensitifs sont présents au niveau de l'épiderme pour stimuler le tact. La précocité de leurs apparitions serait une des composantes majeures du vécu de l'expérience précoce. Les différents organes de la proprioception, abrités dans l'oreille interne, et les voies nerveuses vestibulaires se mettent en place entre la 7ème et la 9ème semaine de gestation. Lors de stimulations motrices tels que les mouvements de sa mère, celui d'un jumeau, la contractibilité utérine ou ses propres déplacements, le fœtus reçoit des stimuli vestibulaires, qui constituent un premier contact avec lui-même et les éléments extérieurs. (9)

Le système gustatif est fonctionnel à la 12ème semaine et l'épithélium olfactif se différencie autour de la 14ème semaine. Pendant sa vie fœtale, le bébé semble déjà sensible à certaines substances de la composition du liquide amniotique. En fonction de la perméabilité placentaire maternelle, des rythmes fœtaux et des apports de l'environnement, le fœtus se forge son propre répertoire d'une grande variabilité interindividuelle.

La cochlée de l'oreille interne est fonctionnelle entre 24 à 26 semaines. L'atmosphère sonore permanente dans laquelle le fœtus est plongé en permanence lui donne une rythmicité relativement constante, semblable à un bercement. Les sonorités sont composées

des sons et des vibrations d'origine endosomatique (bruits cardiaques, respiration, transit intestinal, bruits viscéraux) et d'un filtrage, par la paroi abdominale et le liquide amniotique, des bruits extérieurs. (9) La voix maternelle perçue à la fois comme un stimulus intra et extra-utérin permet d'offrir des repères sensoriels à la naissance et favorise l'attachement. A la naissance, le comportement moteur du bébé est modulé par la parole comme si elle initiait et synchronisait ses mouvements.

La vision est fonctionnelle au cours du 7ème mois de grossesse et deviendra la principale source de stimuli après l'accouchement.

La régulation hormonale.

Au cours de la grossesse, le fœtus produit comme sa mère de l'ocytocine jusqu'à l'accouchement. Il semblerait même qu'il produise de la prolactine, puisque des traces ont été retrouvées dans le liquide amniotique, probablement d'origine placentaire.

Au moment de la naissance et uniquement à ce moment-là, le fœtus produit des taux élevés d'adrénaline fœtale. Les taux d'adrénaline du fœtus sont 5 fois plus élevés que ceux d'un adulte. Durant la poussée, et la première heure après la naissance, ils augmentent encore de 15 à 20 fois et sont alors 10 fois plus élevés que ceux de la mère au même moment pour protéger le nouveau-né de l'hypoxie en le rendant bien plus résistant qu'un adulte. L'adrénaline fœtale aide à la respiration par la résorption du liquide pulmonaire et protège les organes nobles (cerveau, cœur et reins) pour faciliter l'adaptation à la vie extra-utérine. (8)

Le haut taux de prolactine et de cortisol de même que l'allaitement fréquent facilitent la formation de récepteurs de prolactine et la production de lait. Lors de l'allaitement, cette

hormone active la vigilance de la mère et l'aide à faire passer les besoins de son enfant en premier. La succion libère la prolactine en activant des récepteurs dans les mamelons autour d'eux, ce qui libère également l'ocytocine, qui aide au réflexe d'éjection du lait.

Les capacités motrices, sociales et cognitives.

A la naissance, le nouveau-né présente des capacités motrices potentielles. Son hypotonie et son immaturité neurologique lui confèrent une incoordination apparente. La contenance d'un adulte (par exemple par le maintien de la nuque) permet l'expression de ces performances motrices, grâce au phénomène de *motricité-facilité*.

Selon Brazelton, en 1997, le bébé humain oscille entre six états d'éveils, qui reflètent à la fois la vigilance du bébé, son niveau d'excitation motrice et la qualité de son vécu affectif. (9) « Ces états sont le reflet de la réalité neurophysiologique changeante du bébé et constituent en même temps de véritables messages à l'adresse des adultes qui se lancent dans leur interprétation et leur mise en sens . » (9) Ainsi, l'interprétation de ces états, permet aux adultes de jauger de la qualité de leurs soins et de la réaction avec leur enfant.

Le bébé communique avec l'adulte en imitant ses expressions du visage et en réagissant avec synchronie aux échanges. Il peut par exemple ouvrir ou fermer ses mains, sourire, crier… en réponse aux sollicitations d'un adulte. Cette relation est favorisée par la sécrétion d'endorphines et d'adrénaline qui donne un regard irrésistible au nouveau-né pour favoriser l'attachement. En fonction de la réponse à cette communication infra-verbale et de la qualité de l'attention qui est portée à l'enfant par les adultes, l'enfant va plus ou moins développer ces capacités sociales et cognitives. Cela signifie que si une femme est trop absorbée par les réminiscences de la violence, déprimée ou indisponible psychiquement, le bébé va le sentir et cela peut impacter l'interaction mère-enfant dans les suites post-natales.

Le travail psychique du bébé

Les compétences du nouveau-né ne lui permettent pas encore de survivre seul ni de comprendre le sens de la naissance. Il est dans la nécessité de se lier à un adulte pour que son vécu corporel des expériences qu'il vit s'organise. Cette activité motrice, reflet de ses compétence construit le travail psychique du bébé grâce à l'adulte. L'interaction, dépendante de l'adulte autant que du bébé, permet l'émergence d'un sentiment de continuité et de sécurité internes, la mise en sens des discontinuités, le repérage des invariants et de leur répétition, et l'investissement de nouvelles virtualités par des variations respectueuses des rythmes. (9)

Il existe donc une grande variabilité du bébé en fonction de ces états de vigilance mais aussi entre les différents nouveau-nés. Cette variabilité individuelle nous suggère qu'il existe des compétences et des aptitudes propres à chaque enfant et surtout qu'il est capable de développer des capacités d'adaptation et de régulation des différentes expériences corporelles et relationnelles qui composent son existence, par lui-même et dans l'interaction. (9)

Deuxième partie : Méthodologie de l'étude.

2.1 Les axes de recherche

2.1.1 La problématique

A travers les chiffres et les conséquences que nous avons présentés, on peut imaginer l'importance de la compréhension des spécificités de la violence sexuelle et de son influence sur la grossesse. Nous avons choisi d'étudier cette question du point de vue des femmes, en prenant leurs expériences comme expertise de recherche. En d'autres termes, nous nous sommes interrogées sur comment les femmes perçoivent l'impact de violences sexuelles antérieures sur la mise au monde et sur l'enjeu de devenir mère ?

2.1.2 Objectifs de recherche

Notre objectif principal était d'étudier l'impact d'antécédents de violences sexuelles sur la grossesse et le devenir mère d'après la parole des femmes rapportée lors des entretiens. Notre objectif secondaire était d'identifier des facteurs protecteurs à partir de leurs besoins pour améliorer la prise en charge.

2.1.3 Les hypothèses.

A partir d'un travail préliminaire de recherche bibliographique, de questionnements et de nombreux échanges, nous avons formulé plusieurs hypothèses qui ont été modulées et transformées au fur et à mesure de l'élaboration de ce mémoire. Nous avons souhaité tout particulièrement formuler nos hypothèses avec neutralité, afin que nos propres perceptions ne puissent induire sur le positionnement et le discours des femmes.

- Hypothèse 1 : L'impact des violences sur le devenir de la grossesse et de l'accouchement est variable suivant l'entourage, la persistance d'un lien avec l'agresseur, les soins et les soignants, et l'histoire de la violence.

- Hypothèse 2 : Les violences sexuelles peuvent impacter sur la projection en tant que mère pendant la grossesse.
- Hypothèse 3 : L'enfant à naître peut représenter un moyen de résilience, d'oubli, d'ennui ou de haine.

2.2 Présentation du lieu d'étude

2.2.1 La quête d'un terrain de recherche.

La recherche d'un lieu d'étude et d'un.e directeur.e de mémoire s'est heurtée à deux principales difficultés : la rareté de lieux réellement dédiés aux femmes enceintes victimes de violences sexuelles et à la disponibilité des professionnels de santé pour encadrer mon mémoire, débordés par leurs activités.

Mes recherches ont débuté à la Maison des femmes de Paris, en pleine affaire Weinstein après les dénonciations publiques d'actrices célèbres en octobre 2017. Les #BalanceTonPorc et #MoiAussi en France, permettaient comme ailleurs, une plus large libération de la parole des femmes entraînant une explosion du nombre de plaintes pour violences sexuelles. Une hausse estimée par le Ministère de l'intérieur à 30 % en octobre 2017 par rapport à octobre 2016 . (3) Là bas, j'ai rencontré des bénévoles qui organisaient des groupes de paroles pour les femmes victimes, des ateliers de reconstructions, de discussions et d'art-thérapie. Parmi les habituées des lieux, il y avait peu de femmes enceintes, ce qui limitait les possibilités de recrutement pour l'étude envisagée. J'ai donc ouvert un premier champ de vision vers des professionnels spécialisés, avec notamment la Dre. Muriel Salmona. Aussi, j'ai élargi ma demande aux sages-femmes libérales, et notamment celles qui avaient des diplômes universitaires spécifiques, des consultations spécialisées ou qui participaient en tant qu'intervenantes à diverses conférences sur les violences faites aux femmes.

Pour beaucoup, je n'ai pas eu de réponses, et celles qui m'ont répondu n'avait pas de disponibilités pour encadrer ma recherche. J'ai donc poursuivi mes investigations à la Maison des Femmes de Montreuil « Thérèse Clerc », alors en pleine effervescence pour la préparation de la Journée Mondiale des violences faites aux femmes du 25 novembre. A travers cet espace solidaire et militant, j'en ai appris davantage sur le rôle associatif dans l'accompagnement des victimes. Cependant, il ne correspondait pas tout à fait aux exigences universitaires attendues et à la nécessaire neutralité du chercheur.

Dès lors, j'ai orienté mes recherches vers d'autres professionnels tels que des psychotraumatologues ou psychologues, mais peu étaient spécialisés dans la périnatalité, ou géographiquement trop éloignés.

C'est finalement grâce au Dre. Ghada Hatem, la fondatrice de la Maison des Femmes de St-Denis, que mes recherches ont abouti. A la suite d'un entretien, elle a accepté que je fasse mon étude au sein de la structure et m'a guidé vers Mathilde Delespine, la sage-femme coordinatrice. Mme Delespine m'a orienté à son tour vers ma directrice de mémoire la docteure Emmanuelle Piet.

Mme Piet est active depuis 1974 dans la lutte contre les violences faites aux femmes et bénéficie d'une large expérience. Elle consulte à la Maison des femmes de St Denis à raison d'une fois par semaine, le lundi. Depuis 1992, elle est présidente du Collectif féministe contre le Viol qui anime la permanence téléphonique viols femmes informations 0800 095 05 05, dont les combats quotidiens permettent d'améliorer la prise en charge des victimes.

2.2.2 La Maison des femmes de St-Denis, en lien avec l'Hôpital Delafontaine

A proximité du Centre Hospitalier Delafontain0e, la maison colorée de St Denis, accueille depuis juin 2016 toutes les femmes et en particulier les personnes en situation de vulnérabilité. C'est un espace hybride et unique dont une partie de l'activité est dédiée aux soins spécifiques autour des mutilations sexuelles, du viol et des agressions sexuelles. Ce lieu soutenant et accueillant permet aux femmes victimes de trouver les informations et d'obtenir une réparation autant physique que psychique.

Le 8 mars 2019 a été inaugurée le projet d'extension financé par l'ARS d'Ile-de-France, qui va permettre d'offrir une permanence de police au sein de la structure pour accueillir les dépôts de plaintes. Les femmes vont pouvoir être entendues sur place dans un espace chaleureux et rassurant en toute confidentialité par des policiers formés. La salle pour les ateliers de thérapie va également être agrandie ; on y propose du karaté, de la danse, du théâtre, et des groupes de paroles comme thérapies de soins à la suite des violences. (10)

2.3 L'enquête

2.3.1 Le choix de la méthodologie qualitative

Afin de donner de la cohérence à notre postulat de départ et de répondre à nos axes de recherches, nous avons décidé de mener une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs.

Notre enquête s'est articulée autour de trois thèmes, qui ont guidé la construction de notre guide d'entretien **[Annexe II]** :

L'histoire de la violence

- Connaître les récits de la violence
- Connaître leurs liens avec les agresseurs
- Connaître leur degré actuel de sécurité
- Connaître leurs recours aux soins et aux soignants

- Connaître le degré de soutien par l'entourage

Les perceptions

- Sur la violence sexuelle
- Sur ses conséquences sur la grossesse et le devenir mère
- Sur la prise en charge par les soignants
- Sur leurs besoins

Les projections

- Sur le continuum de la grossesse, l'accouchement et de l'allaitement
- En tant que mère
- Sur l'enfant à naître

2.3.2 Étude de la population cible.

Critères d'inclusions.

Toute femme enceinte ayant vécu des violences sexuelles antérieures à la grossesse :

- Ces violences sexuelles peuvent avoir été subies pendant l'enfance ou à l'âge adulte.
- Prises en charge ou non.
- L'agresseur.se présumé.e des faits peut être adulte ou mineur.e, une femme ou un homme, un.e inconnu.e ou un.e connaissance, un.e conjoint.e.
- La violence peut être intra ou extra-familiale, unique ou répétée, terminée au moment de la grossesse ou encore subie.
- Nous avons choisi également d'inclure les mutilations sexuelles en tant que violences sexuelles.

Critères d'exclusions.

- Femmes enceintes n'ayant pas vécu des violences sexuelles.

- Femmes mineures ou ne parlant pas français par soucis d'implications éthiques, légales et de faisabilité.

2.3.3 Mode de recrutement

Mme Delespine est la sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes de St-Denis. Diplômée d'un Master 2 dans la « Prise en charge des victimes et auteurs d'agressions », elle multiplie les actions en matière de prévention et d'éducation auprès du réseau périnatal NEF et de formations initiales et continues d'étudiants et professionnels en santé.

Parmi ses activités, elle réalise des consultations spécifiques en semi-global pour des femmes enceintes victimes de violences à la Maison des femmes. Aussi, le mercredi matin, elle dispose d'un créneau de consultations à l'Hôpital Delafontaine pour les femmes enceintes victimes de violences qui souhaitent accoucher au sein de la maternité. A raison de 40 minutes par patiente, en lien avec tout un réseau pluridisciplinaire, elle assure une prise en charge orientée et bienveillante pour les femmes victimes.

Nous avons réalisé le recrutement des patientes pour notre étude à partir de ces consultations et de la guidance de Mme Delespine. Nous avions fixé pour objectifs :
- D'assister à la consultation avec Mme Delespine pour établir un premier contact avec la patiente.
- Évaluer son état du jour afin d'identifier sa disponibilité.
- Réaliser l'examen clinique avec son accord, dans l'hypothèse qu'un contact physique bienveillant favoriserait la confiance de la patiente.
- Relever si une différence d'attitude ou de positionnement s'observait entre la consultation et l'entretien.
- Annoter le langage non verbal au cours de la consultation.

A la fin de la consultation, un entretien basé sur le volontariat leur était proposé avec l'information de la thématique de notre recherche.

Les entretiens se sont déroulés sur une période de deux mois, entre juin et juillet 2018. Le guide d'entretien a été testé auprès d'une première patiente suivie à Delafontaine répondant aux critères d'inclusions. A l'issu de ce premier entretien-test, le guide d'entretien n'ayant pas nécessité de modifications majeures, cet entretien a donc été inclus dans l'analyse des données.

2.3.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés pendant six mercredis de juin à juillet 2018. Pour des contraintes organisationnelles, je n'ai pas pu assister finalement à quatre consultations des patientes interrogées en raison de leur concomitance avec d'autres entretiens. Une différence nette a été observée, surtout en début d'entretien entre les femmes que je rencontrais pour la première fois en entretien et celles pour lesquelles j'avais assisté à la consultation auparavant.

La durée des entretiens se situe entre 40 minutes à 1h en moyenne. Nous avons réussi à interroger seize patientes. Un des entretiens a été stoppé au bout d'une minute trente, en raison de la détresse de la patiente. Un des entretiens a été exclu, car la patiente n'avait finalement pas subi de violences sexuelles antérieures à la grossesse. Les entretiens ont tous été enregistrés, à l'aide d'un dictaphone, et intégralement retranscrits afin de respecter la véracité des propos.

A la fin de chaque entretien, nous avons demandé aux femmes si elles avaient des remarques à faire sur les modalités de l'entretien, ses thématiques ou des points à rajouter.

2.4.5 Stratégie d'analyse des entretiens

Nous avons procédé à une analyse qualitative verticale par thèmes et une analyse horizontale par histoires de la violence. Après relecture intégrale des entretiens, nous avons identifié plusieurs thématiques communes. Les propos des femmes ont d'abord été classés selon ces différentes thématiques. Nous les avons ensuite comparés pour en faire ressortir les points communs et les différences ce qui nous permis de nourrir notre analyse.

Nous nous sommes ensuite attachées à présenter nos axes de recherche et nos résultats dans le sens de la progression de pensée de notre recherche.

Les forces de cette étude se situent très certainement dans l'originalité de la thématique de recherche et dans son angle qui place le savoir des femmes en tant qu'expertise. Aussi la force de cette étude se situe dans le nombre de participantes alors qu'il s'agissait d'un sujet délicat et sensible.

Les limites du sujet sont liées principalement au terrain d'étude qui est finalement très spécifique et peu représentatif de la réalité générale (en terme de prise en charge, population, suivi).

2.4 Profil des participantes.

2.4.1 Histoire de la violence.

Histoire de la violence		
Une femme a subi des viols répétés par son ex-petit ami, alors qu'elle était sous emprise médicamenteuse ou qu'elle dormait.	**1**	**(1)**
Une femme a été victime de violences conjugales par son ex-mari et son conjoint actuel. Rapports sexuels non consentis, viols conjugaux.	**1**	**(2)**

Trois femmes ont été mariées de force avant l'âge 15 ans et excisées dans leurs pays d'origines. Elles ont fui et subi des violences sexuelles sur leurs parcours migratoires. Actuellement, elles sont enceintes d'un homme qui les héberge en France. (nature du lien peu précisé)	**3**	**(3), (5), (12)** Dont une femme a notamment été **vendue comme esclave** en Mauritanie.
Une femme a été violée par un inconnu en sortant de boîte de nuit, alors qu'elle était en état d'ivresse. Elle a également subi une tentative de viol par le copain d'un copain après une soirée.	**1**	**(4)**
Quatre femmes sont victimes de violences conjugales par leur mari, compagnon ou ex-compagnon. Rapports sexuels non consentis, viols conjugaux	**4**	**(6), (11), (13), (16)** Dont une femme a été maltraitée par sa mère pendant toute son enfance.
Une femme orpheline, a été violée par son père adoptif alors qu'elle était mineure et contrainte d'avorter en Côte d'Ivoire. Elle a été excisée par une marâtre. Elle a fuit son pays et a été violée pendant son parcours migratoire. Elle est enceinte d'un homme qu'elle a rencontré dans un squat en France.	**1**	**(8)**
Une femme a été violée par son cousin de 17 ans entre l'âge de 6 et 7 ans.	**1**	**(9)**
Une femme a été maltraitée enfant par son père, avec de grandes négligences. Son frère l'a violée alors qu'elle était encore mineure. Elle subi des violences conjugales par son mari. Chantage économique contre rapports sexuels. Il l'oblige à réaliser des actes sexuels très dégradants.	**1**	**(10)** Dont une hospitalisation enfant pour dénutrition sévère.
Une femme a été abandonnée par sa mère avec son frère et sa sœur, son père est décédé. Elle a alors été mariée de force à un homme de 50 ans à l'âge de 13 ans. Elle a alors fui son pays et subi des violences au cours de son parcours migratoire. Elle est enceinte de son deuxième enfant avec un homme mais ne sent pas prête à vivre avec un homme pour l'instant, elle le voit juste de temps en temps.	**1**	**(14)**

Une femme a été battue pendant toute son enfance par son père avec ses 10 frères et sœurs. Elle a subi des attouchements enfant par le maire du village. Elle a subi un viol collectif par trois inconnus qui l'ont coincée dans une cave. Elle est victime de violences conjugales par un homme avec qui elle vit en intermittence car il est marié à une autre femme en Tunisie.	**1**	**(15)**

Toutes les femmes interrogées ont connu plusieurs agresseurs ou plusieurs agressions par le même agresseur. *(70 % des victimes de violences sexuelles pendant l'enfance subiront au moins une autre agression à caractère sexuel au cours de leur vie* (1)*)*

Les femmes migrantes ne sont pas exposées uniquement aux violences sexuelles lors de leur passage par les pays de transit. Elles le sont aussi une fois arrivées dans le pays de destination, en raison des conditions précaires qui leur sont imposées, notamment en termes d'accès au titre de séjour, d'hébergement. *(Les femmes africaines vivant en Ile-de-France sont nombreuses à avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie. 18 % des femmes non infectées par le VIH et 24 % de celles qui ont été infectées par le VIH après leur arrivée en France ont été victimes de rapports sexuels forcés. (ANRS PARCOURS,2018))*

2.4.2 Situation sur le territoire français

Situation sur le territoire français		
Nationalité française	**6**	
Titre de séjour en France	**5**	*Dont un regroupement familial*
Nationalité Européenne	**1**	
Titre de séjour en Europe	**1**	
Demandeuse d'asile	**2**	

Le profil des participantes est lié à la spécificité du lieu d'étude. *(« L'insécurité administrative vis-à-vis du séjour (pas de titre de séjour établi ou de très courte durée), l'instabilité du logement (avoir à changer souvent de logement) et la situation d'hébergement par des proches, exposent aux violences sexuelles de façon directe (quel que soit le type de relations) et indirecte (lorsque la précarité s'accompagne de relations multiples, occasionnelles, parfois transactionnelles, c'est-à-dire acceptées contre de l'argent, un hébergement, des aides) » (ANRS PARCOURS,2018))*

2.4.3 L'âge des premières violences sexuelles.

Age de la victime au moment des premières violences		
Mineures	**9**	Dont 6 femmes < 15 ans
Majeures	**6**	

56 % des femmes interrogées ont subi les premières violences avant 18 ans. *(81% des violences sexuelles débutent avant 18 ans* (1)*)*

66 % des violences sexuelles débutées pendant l'enfance ont été commises avant 15 ans *(50 % avant 15 ans* (1)*)*

2.4.4 Lien avec l'auteur présumé des faits

Lien entre l'auteur présumé des faits et la victime		
Dans la famille	**4**	
Cousin	1	
Frère	1	
Père adoptif	1	
Beau-frère	1	
Dans le couple	**16**	
Petit ami, mari, conjoint	5	
Mariage forcé	4	
Ex-compagnon	2	
Ex compagnon et conjoint actuel	1	
Hébergeur en Europe	4	
En dehors de la famille	**11**	
Inconnu	2	Dont une femme a subi un viol collectif par 3 inconnus
Maire du village	1	
Copain d'un copain	1	
Personne qui pratique l'excision	3	
Personne rencontrée sur le parcours migratoire	4	

Tous les agresseurs étaient des hommes.

Parmi tous les agresseurs, ils étaient connus par la victime dans 94 % des cas. *(Dans 9 cas sur 10 la victime connaît l'agresseur* (3)*)*

2.4.5 Justice et mise en sécurité

Démarches judiciaires ou administratives

Jugement obtenu	**1**	Condamnation en cour d'assises
Affaire classée	**1**	Plainte refusée pour manque d'éléments, initiée par la grossesse
Procédure judiciaire en cours	**3**	Dont 2 procédures initiées par la grossesse au cours d'une démarche de divorce
Absence d'action en justice	**11**	
Serait prête à porter plainte si c'était à refaire	**2**	

33 % des femmes interrogées ont déposé plainte *(Seulement 9% des agressions sexuelles donnent lieu à des plaintes [ONDRP,2012-2017])*

Évaluation de la persistance du danger de la victime

Violences poursuivies pendant la grossesse	**8**	
Vit avec l'un.e des auteur.e.s présumé.e.s des faits	**5**	Dont 1 femme a en plus encore des contacts occasionnels avec d'autres auteurs présumés d'agressions.
Visites occasionnelles	**2**	
Femmes vivent chez un homme qui les hébergent en France (nature du lien peu précisé)	**5**	
Plus de contact	**3**	Dont 1 femme pour qui son mari est parti en cours de grossesse.

20 % n'ont plus de contact et sont mises à l'abri de leurs agresseur.e.s. *(L'enquête menée en 2015, montre que 83% des victimes n'ont jamais été protégées, ni reconnues. (IVSEA, 2015)*

Troisième partie : Résultats et Analyse

3.1 Comment les femmes perçoivent l'impact d'antécédents de violences sexuelles

3.1.1 Sur le déroulement de la grossesse.

A la question « Pensez-vous que les violences sexuelles que vous avez subies ont un impact sur le déroulement de la grossesse ? » Quatorze femmes sur quinze interrogées ont répondu positivement.

Nous nous attendions à une liste exhaustive de symptômes, à l'image des nombreuses conséquences établies dans les études françaises et internationales citées plus haut. En réalité, les principaux éléments décrits par les patientes symptomatiques correspondaient à la réactivation de la mémoire traumatique.

Elles ont mentionné des troubles du sommeil et des difficultés à l'endormissement :

- *« J'ai beaucoup de difficultés à dormir je pense qui sont dus à ça, je fais beaucoup de cauchemars, euh… le père qui revient, qui veut me voler mon enfant » [1]*
- *« La nuit je dors peut-être deux, trois heures, après je reste comme ça [elle s'assoit] jusqu'à le petit matin. » [8]*

Des réminiscences du passé, des flash-back à la suite de stimulations sensorielles :

- *«Il y a pas longtemps, je me suis fâchée avec mon conjoint, il voulait me forcer, bah je me suis fais rappelée que mon père faisait la même chose. J'ai eu un choc. Bah je lui ai dit, bah tu fais pareil que mon père. » [15].*

De profondes angoisses et de la peur :

- *« Par exemple moi j'étais trop fragile, dès les premiers mois j'étais trop fragile. Même là, il arrive des moments, je me sens faible, je me sens seule, je me sens… j'ai envie de pleurer. » [10]*
- *« Les premiers trois mois de grossesses ils étaient très durs pour moi parce que tout le temps ma grossesse c'est comme ça, je mange pas, je perds du poids, j'ai pas de moral, je pleure tout le temps. » [10].*

Une des raisons, qui guide certainement les femmes vers une telle association est l'existence d'un lien explicite entre ces réactivations et la grossesse. L'impression est parfois si forte, que la femme croit revivre à l'identique l'évènement traumatisant. (5) Comme l'observait Monique Bydlowski, ces réminiscences semblent se catalyser au moment de la grossesse du fait de la *transparence psychique.* (11) La future mère transpose son centre d'intérêt vers l'enfant qu'elle attend et abaisse alors ses propres barrières psychiques. L'abaissement de cette censure la rend plus vulnérable à des éléments de son passé et lui donne accès à de nouveaux aspects de son traumatisme. (12)

Plus tardivement dans les entretiens, nous les avons interrogées sur ce qu'elles ressentaient pendant cette grossesse. Elles ont décrit une série de conséquences qui aurait pu tout à fait être en lien avec les violences sexuelles subies. Cependant, il est important de souligner qu'on ne peut conclure à une telle association dans la mesure où les femmes ne le mentionnaient pas comme tel.

Seules les femmes qui présentaient une plus ample connaissance des mécanismes d'adaptation au traumatisme et des stratégies de l'agresseur. e, sont parvenues à associer

d'autres symptômes moins faciles à discerner tels que de la perte de confiance en soi, du dégoût envers soi-même ou des douleurs somatiques :

- *« J'ai toujours eu beaucoup de mal à prendre soin de moi, à me faire du bien, à être… à prendre du temps pour moi. » [4]*
- *« J'ai souvent des douleurs dans les jambes, dans mon corps, ça s'est exprimé en 2014 où moment où j'ai commencé à parler. » [4]*

Pour l'une d'entre elles, les violences sexuelles n'avaient pas de conséquences sur la grossesse : *« Non, non pas vraiment. Non pour l'instant tout se passe bien et moi-même ça va… Je vais bien » [3].* Cet entretien était d'ailleurs assez déroutant puisqu'elle décrivait le récit de son histoire comme si tout ce qu'elle avait pu vivre lui paraissait banal, pas si grave, sans conséquences. Il est possible que cette femme n'ai pas développé suite aux viols conjugaux de stress post-traumatique comme 20 % des victimes à l'âge adulte. Mais cette apparente « bonne réaction » est à prendre avec précautions. Elle peut aussi être le signe d'une anesthésie émotionnelle de survie au traumatisme. Il appartient aux intervenant.e.s de savoir différencier l'anesthésie émotionnelle traumatique de l'absence de souffrance ou l'indifférence. (4)

3.1.2 Des transformations corporelles de la grossesse.

Les femmes ont rapporté des inquiétudes qui portaient sur leur sexualité, leur corps, le désir, la féminité et les modifications de l'image de soi. Comme toutes les autres, les femmes victimes de violences sexuelles ont grandi dans une société d'injonctions sur le corps des femmes. L'image de la femme enceinte heureuse, équilibrée et épanouie continue d'être véhiculée. Selon Mona Chollet dans son livre *Beauté Fatale*, « l'obsession de la minceur trahit une condamnation persistante du féminin. […] L'omniprésence de modèles inatteignables enferme les femmes dans la haine d'elles-mêmes, dans des spirales ruineuses et destructrices, à ne pas savoir exister autrement que par la séduction ». (13)

- « Au début c'était compliqué puisque je faisais du 36. Je fais plus du 36. Donc c'était bizarre puisque j'ai l'habitude de faire très attention à moi, j'ai continué à faire attention à moi quand même mais… euh puisque j'ai voulu garder une sexualité quand même.[…] J'ai eu peur de ça parce que on dirait mon corps ne m'appartenait plus. Je décidais plus, parce que je ne mangeais pas tant que ça, plus qu'avant… donc ce côté là il était pas bon. Mais après avec le temps bon ça allait et puis je voyais que je pouvais rester jolie, que j'étais pas grosse, j'étais enceinte et ça c'est mon mari qui a fait que de me répéter « tu n'es pas grosse, tu es enceinte » [9]

- « Moi avant j'aime bien mon corps parce que [rires], bah sans rires, j'ai un corps bien ! Mais avec la grossesse, nous les femmes on sacrifie notre corps pour donner une vie. Et pour moi, ça me pose aucuns problèmes, je pense pas comme toutes les femmes, par exemple mes seins ils vont tomber, mon ventre… j'ai des vergetures, des seins qui ne sont pas comme avant. Mais ça pour donner une vie, même si tu quittes cette vie, il y a quelque chose de toi qui reste, donc pour moi il y a pas de soucis. » [10]

Ces transformations du corps peuvent alors être vécues difficilement, en écho à leurs histoires. Nous avons été marqués par l'intensité des conduites dissociatives décrites par les femmes pour anesthésier cette souffrance.

Si certaines employaient des méthodes douces sans danger pour la grossesse :

- « Pour oublier j'essaye de m'occuper, à la maison, bon j'aime bien écouter de la musique, ça m'aide vraiment à oublier, ouais je m'occupe. » [11]

- « Bah je regarde mes enfants. C'est le plus important ! En fait parce que déjà c'est pour eux que je fais ça. C'est pour eux. C'est en fait pour qu'ils ne grandissent pas dans ce milieu-là. Déjà j'essaye toujours de rester avec eux, j'oublie comme ça, hein. C'est avec mes enfants. » [16]

- « Quand le mal de douleur ça vient, je prends le chiffon, je mets dans l'eau et puis je le mets sur ma tête. C'est comme ça je fais. » [8]

D'autres présentaient des troubles dissociatifs plus sévères : addictions, dépendance aux psychotropes, troubles alimentaires, mises en danger, automutilation, conduites à risques, multi-partenariat. Pour beaucoup, ces conduites à risques étaient déjà bien installées avant la grossesse. Or, le bien-être de l'enfant nécessite d'arrêter subitement ces comportements à risques. Les femmes doivent alors apprendre à anesthésier leur symptômes psychotraumatiques par d'autres moyens plus sains et sans danger pour l'enfant à naître. Alors que la grossesse peut aggraver ces symptômes à cause des profonds remaniements physiques et psychiques qu'elle entraîne :

- *« Je me sentais sale. J'avais… j'ai toujours eu beaucoup de mal à prendre soin de moi, à me faire du bien, à être… à prendre du temps pour moi. J'ai surtout ressenti beaucoup de solitude à l'intérieur de tout ça. Et du coup j'ai pris beaucoup de drogues, je me suis beaucoup droguée pour trouver comme une sorte de légitimité. Comme si boire beaucoup, prendre beaucoup de drogues 'fin être dans cet état 'fin un peu comme ça là, un peu ailleurs ça me permettait d'oublier aussi ça pendant un certain temps. Ça m'anesthésiait bien sûre. » [4]*
- *« Il m'arrive des fois où je dis je n'ai plus besoin de rien. Je m'en fous de la vie. Et je suis obligée de prendre le traitement. C'est ma façon d'oublier... à quoi ça sert de vivre ? J'en ai rien à foutre !» [14]*

3.1.3 Du vécu des soins et des soignants

Lors de la rédaction de notre guide d'entretien, nous avons souhaité interroger les femmes sur leur suivi de grossesse au vu du caractère intime et intrusif que peut revêtir la consultation obstétricale.

Nous avons été surprises de constater le degré de confiance des femmes dans le corps médical et comment elles se sentaient rassurées par une médecine cadrante et experte. Elles distinguaient clairement les actes médicaux des actes de violences sexuelles :

- « C'est le travail, c'est pour voir si tout va bien, moi-même, ma propre santé. Puisqu'en Afrique même il y a des femmes qui meurent dans l'accouchement. Chez nous on dit que lorsqu'une femme est enceinte, elle est entre la vie et puis la mort. A l'accouchement, elle peut rester là-bas, le bébé aussi donc c'est pour te consulter, pour voir comment tu vas, le bébé va. Moi je vois pas de problèmes, ça moi, je trouve normal. » [5]

- « Quand c'est les médecins ça me fait rien. Moi ça me fait du bien parce que ça me rassure, qu'il est là, il respire, parce qu'on me fait écouter, il va bien. Ça me rassure beaucoup. Je les vois une fois par mois, ça va, ça me suffit. Et puis il bouge ça me rassure. » [16]

Certaines mêmes, avaient besoin d'une surveillance plus rapprochée qu'un suivi mensuel, et souhaitaient davantage d'examens pour se sentir rassurées : *« Si je pouvais faire une échographie tous les mois j'en serais ravie. Déjà d'entendre le cœur de mon bébé ça me change… ça a changé ma journée en fait ! J'ai besoin de ça. » [4]*

Les seules réticences décrites se rapportaient à l'examen gynécologique interne parfois nécessaire. Mais comparées aux réticences de la population générale (Laurence Guyard, 2002) celles-ci sont finalement assez semblables et légitimes, à savoir dépendantes du praticien (âge, sexe, position, degré de proximité), du déroulement de la consultation (temps accordé et écoute, respect de la pudeur, degré de liberté, information, recueil consentement, types de vêtements retirés, position de la patiente) et du lieu (cabinet ou hôpital, configuration de l'espace, respect de l'intimité).

Lors d'une consultation avec Mme Delespine, avant un entretien, je me souviens d'une patiente qui était alors à 34 semaines d'aménorrhée. Cette femme présentait un vaginisme et n'avait jamais eu d'examen gynécologique. Pour l'aider à appréhender les potentiels examens vaginaux de l'accouchement, Mme Delespine lui a proposé d'examiner son col en même temps qu'elle ferait le prélèvement vaginal de fin de grossesse à la recherche du streptocoque B. A la suite de l'entretien, nous avons recueilli le vécu de cet examen :

- *« Le temps, j'avais besoin de temps. Parce que au début entre les bouleversements, entre les hormones, entre le corps qui change, entre le fait de se dire on va avoir un enfant avec tout tout ce qui en train de se passer, ça faisait trop de choses pour qu'on vienne, qu'on rentre dans mon corps alors que personne n'est jamais venu m'ausculter. 'fin j'avais besoin de temps et j'avais besoin de gens qui… savent le prendre aussi quand je suis face à eux, qui comprennent. […] Donc et puis juste le fait de me dire c'est pas juste un toucher vaginal par exemple, la personne va voir elle va regarder, je vais écarter les jambes devant elle. C'est un truc que même mon conjoint n'a… 'fin je sais pas. c'est jamais arrivé de la vie tout court ça. Donc euh je pense que c'était le temps, le temps et le besoin d'être rassurée, donc ouais fallait prendre le temps. » [9]*

Il semble finalement que les demandes des femmes aillent bien au-delà de la qualité des soins et des compétences médicales des soignants. Selon le Dr Christian Hervé, « l'ensemble des gestes qui accompagnent les paroles, tout ce que le corps offre à voir, à palper et à sentir. Tout cela « parle », évoque un sens à celui qui sait le voir. ». La relation soignant-soigné est donc verbale et non verbale. Elle ne peut se limiter, aux actes, aux gestes aussi rationnels et technique possible. Mais elle doit signer une présence, une aide, une humanité qui accompagne.

Les femmes souhaitent une médecine qui donne des soins et qui prend soin d'elles. Une médecine à l'écoute de leur spécificité, bienveillante, qui les respecte sans paternalisme. Leurs antécédents ne sauraient se comprendre uniquement comme un facteur de risque mais doivent être pris en compte au sein de la globalité de la personne :

- *« Depuis que j'ai rencontré Mme Delespine et la PMI aussi de ma ville, ils m'ont vraiment aidé, ils m'ont vraiment soutenu, ils m'ont vraiment proposé des choses qui sont abordables, qui sont réalisables et qui pourraient me permettre d'aller mieux. Et donc là je me sens vraiment écoutée, soutenue, vraiment accompagnée mais parfaitement. Je peux le dire, c'est parfait. Je sais que si jamais j'ai le moindre besoin, je peux me retourner vers ces personnes-là. » [1]*

- « Chacun il joue un rôle. Parler par exemple, ça fait beaucoup pour moi. Je suis en train de vider mes douleurs, je suis en train de vous expliquer et vous êtes en train de m'écouter et de me comprendre aussi d'un côté, donc tout ça cela fait beaucoup pour moi. S'il y a quelqu'un vraiment qu'il va m'écouter, pour moi c'est beaucoup parce qu'on peut pas parler de ça partout, on peut pas raconter nos douleurs, partout et à tout moment à cause de notre société qui nous force à nous taire. » [2]

3.2 Comment les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles se projettent ?

3.2.1 En tant que mère

Selon le Dr Alvarez, l'expérience du corps de la grossesse s'impose progressivement au fonctionnement mental de la femme enceinte *« pour lui permettre d'investir l'autre inconnu qu'est le bébé, de l'affilier à sa lignée, se forger une identité de mère et s'engager dans l'épreuve de l'accouchement et dans la rencontre avec le nouveau-né. »* (11). Les projections de la future mère empreintes parfois d'ambivalences sont donc naturelles et souhaitables. Elles permettent à la femme enceinte de *« s'adapter à la réalité biologique et existentielle de la transmission de la vie, d'anticiper la naissance et la rencontre avec l'enfant, et de modifier son identité pour édifier la parentalité. […] Les doutes qu'elle suscite sont autant de questionnements pertinents qui devront trouver une issue avant la naissance. »* (11)

Certaines ont mentionné la grossesse comme un espoir, l'occasion de réparer leurs blessures et de tirer un trait sur les violences :

- « *Je vais essayer de vivre ma vie et de ne pas mettre la vie de l'enfant en danger. Laisser tout ça derrière moi. Je me dis demain je serais une mère donc je dois être forte pour lui, avoir mon enfant dans ma main…* » [5]

D'autres y voient l'opportunité d'accéder à des énergies nouvelles et de découvrir de nouvelles facettes sur elles-mêmes :

- « *En fait je me rends compte que c'est pas pourri, et que j'ai la possibilité de donner la vie et que c'est du coup très… Au début ça était un peu difficile, Mathilde a été beaucoup là. Et finalement, je prends de plus en plus de plaisir à me dire que je suis quelqu'un de bien, de respectée et de respectable. Que je peux faire du bien, et que je peux donner la vie en fait. C'était depuis longtemps ce dont j'avais envie mais que ne sentais pas forcément possible.* » [4]
- « *Je vais retourner travailler. Parce que je suis diplômée donc euh… Je peux trouver du taff facilement. Voilà je vais retourner travailler et prend sa responsabilité, jusqu'à ce qu'il devient grand voilà. Il va être bien éduqué une chose est sûre. Voilà il va pas passer par le même chemin que j'ai passé moi.* » [2]
- « *A travers cet enfant, si je peux donner aussi un très bon exemple à cet enfant et que moi-même je sois heureuse. Avec lui je vais me confier, oui. Mais avec les autres personnes, non.* » [3]

Pour d'autres en revanche les violences ont détruit leur confiance en elle. Elles se sentent démunies face à leurs futures responsabilités :

- « *Les violences jouent totalement sur ma confiance à devenir mère. Totalement, je me remets beaucoup en question. Je me demande si je vais être capable de gérer tout ça...* » [1]
- « *Je ne sais pas comment je vais faire quand il sera là...* » [14]

Ces bouleversements psychiques induits par la grossesse peuvent parfois devenir insupportables et faire basculer certaines femmes dans la souffrance. Il convient alors

d'orienter ces femmes vers des consultations spécialisées : psychologue de maternité, pédopsychiatre ou psychiatre de maternité pendant la grossesse :

- « En fait, je ne pense pas que je serais une bonne mère. Parce que je donne pas tout à mes enfants quoi, c'est pour ça. Je donne pas. En fait je suis tellement fatiguée que je ne peux même pas en fait sortir avec eux, je peux pas en fait lui ramener ce qu'ils veulent, je peux pas… je suis en fait tout le temps énervée, tout le temps « angoizée », je peux pas jouer avec eux, je peux pas… je suis pas une bonne maman, franchement. [larmes] » [16]

La réactualisation des violences par la grossesse peut aussi occuper pleinement le psychisme maternel sans laisser de place à la rêverie maternelle et à l'investissement de l'enfant. On observe alors une incapacité à se projeter en tant que mère et à anticiper la naissance :

- « Je sais pas, on verra, pour l'instant je ne suis pas mère, on verra quand il sera là. » [8]
- « Je suis fatiguée. Je sens rien. On dirait pas que je suis enceinte. Franchement on dirait même pas. Même lui on dirait il est triste, il ne bouge même pas ! Du tout, en fait il ne bouge même pas. » [16] (alors qu'on avait écouter les bruits du cœur en consultation juste avant)

Cette opacité psychique se retrouve chez les femmes lourdement traumatisées, qui ont un stress post-traumatique important. Privées de ces expériences maturatives, ces femmes sont plus à risques de complications dans la période post-natale.

De ce fait, sur le terrain, on ne peut pas établir de relation linéaire entre les formes de violences et son impact sur le devenir mère. Les violences sexuelles jouent sur la manière dont les femmes se projettent en tant que mères mais les manifestations restent spécifiques à chaque femme.

Aussi, nous avons pu constater qu'elles ne constituaient pas la première des préoccupations maternelles. En effet, en raison du contexte social de la Maison de Saint-

Denis, la très grande majorité des femmes associaient un ou plusieurs autres facteurs de vulnérabilité : statut de mère célibataire, l'isolement, la migration, la rupture familiale, la précarité, le chômage ou d'autres formes de violences (physiques, économiques, psychologiques, verbales).

- *« J'ai pas vécu que le viol j'ai vécu beaucoup, beaucoup d'autres épreuves difficiles. J'ai vécu ma mère en hôpital psychiatrique, j'ai vécu beaucoup de choses difficiles. Des violences avec un de mes grands-frères, 'fin qui était toxicomane euh… mon père qui a quitté ma mère pour se remarier… 'fin j'ai eu… il y a eu beaucoup de choses dans ma vie. » [9]*

D'autres violences peuvent impacter plus directement le quotidien des femmes par rapport aux violences sexuelles, plus invisibles et insidieuses :

- *« Quand je dis charges, je parle pas de charges financières, ça oui mais les charges de travail. Parfois quand j'ai des visiteurs qui viennent voir le bébé, parfois je peux laisser plus longtemps avec la petite et moi avoir un peu de temps pour moi. C'est bête, hein mais la dernière fois il a fallu qu'un ami vienne s'occuper de la maison pour que je puisse m'épiler les jambes par exemple. [rires] » [6]*
- *« Je trouve que c'est plus difficile parce que il faut déjà se préparer à accueillir un enfant seule, parce que je suis séparée […] là ça te met un coup et tu te dis je sais pas si tu es capable de faire les choses, je sais pas si ça en vaut la peine. » [1]*

Elles souffraient particulièrement de l'isolement. Soit parce que leur entourage n'était pas adapté, dans l'incapacité à comprendre leur situation :

- *« C'est très compliqué puisqu'autour de moi j'ai que ma meilleure amie qui accepte mon choix, qui ne le juge pas. » [1]*
- *« Personne. Franchement personne. En tout cas maintenant j'ai deux frères avec moi, pour l'instant mais après vous savez en fait c'est pas pareil, en fait nous les Algériens généralement en*

fait on a pas la même mentalité que vous, c'est-à-dire on est pas ouverts comme vous ou l'esprit ouvert comme vous, même en fait de chez moi quelqu'un qui tape sa femme c'est normal, vraiment normal. Si en fait ton mari il ne tape pas tu vas dire en fait mon mari c'est pas un homme peut-être. Vous voyez ? Moi même si je raconte ça à mon frère il va dire, normal. Et déjà en fait quand j'étais hospitalisée ici, mon frère il me dit, normal. Genre il est quoi le mal en fait, il est où le mal quoi c'est quoi le problème dans l'histoire ? En fait il comprend pas c'est quoi l'histoire.[…] Ça veut dire le jour où il va te tuer là il va comprendre, que voilà, c'est ça le mal, il a tué ma sœur. Mais taper ma sœur franchement c'est normal, d'ailleurs en fait il est resté avec lui pendant que j'étais hospitalisée et en sortant je l'ai trouvé à la maison. » [16]

- « J'avais des personnes avec qui j'en parlais mais qui ne comprenaient pas, qui pensaient que je cherchais à me justifier. Alors que non, ça j'ai toujours été jugée là-dessus. » [13]

Soit parce ce qu'elles étaient seules en France à la suite de migration, isolée par un conjoint violent, ou avec peu de vie sociale : *« Non, je ne fréquente pas les amis parce que j'ai beaucoup peur, donc je suis tout le temps dans mon coin. C'est comme ça. » [8]*

3.2.2 Sur l'accouchement

Les femmes qui commençaient à se projeter sur l'accouchement ont décrit la mise au monde comme un évènement anxiogène. Les sujets de leurs angoisses portaient sur la tokophobie (peur d'accoucher), la peur du passage du bébé, la peur de la douleur des contractions, la peur de réminiscences des violences sexuelles passées ou de réactivations d'histoires familiales :

- « L'accouchement c'est ce qui me fait peur en fait. Parce que c'est pendant l'accouchement que j'ai perdu ma mère donc je me dis que ça peut être pareil en fait. » [3]

- « J'ai peur de ne pas réussir à supporter la douleur… Depuis tout ça… j'ai plus la force... » [5]

- « Même un truc qui est tout bête, on a tous été dans le ventre de quelqu'un, je me dis que c'est bizarre… Il y a une tête qui va sortir par là… [Elle montre vers le bas]» [9]

Pour apaiser ces peurs, certaines multiplient les sources d'informations, auprès de livres, internet et des soignants : *« J'aimerais au moins plein des renseignements par rapport à ça, je me renseigne auprès de tout le monde, j'ai une amie qui a accouché naturellement aussi en fait. » [3].* D'autres gèrent ce stress en essayant de tout contrôler : *« Je ne souhaite pas prendre de péridurale pour garder le contrôle. »* [5]. D'autres femmes enfin, avaient abandonné et s'en remettaient entièrement au corps médical : *« Le jour de l'accouchement je vais accoucher et c'est bon en fait. Ça sert à rien en fait de faire… franchement c'est difficile. » [16]*

La question se pose également pour l'une d'entre elles sur la présence du partenaire au moment de la naissance :

- *« Je me suis demandé s'il voulait être là, si je voulais qu'il soit là, je pense oui mais est-ce qu'il y avait des trucs de mon intimité que j'avais pas envie forcément qu'il voit. » [4]*

Actuellement, l'organisation de la prise en charge ne permet pas de continuité au moment de l'accouchement par les intervenants de la Maison des femmes. La prise du relais par l'équipe de garde en salle de naissance, qui peut être plus ou moins sensibilisée à la problématique, peut être vécue comme une rupture angoissante pour les femmes :

- *« J'ai peur, il y a quelque chose dont j'ai peur c'est, évidemment j'ai une confiance folle en Mathilde, en Ghada, aux gens que je rencontre à chaque fois que je viens ici mais j'ai toujours peur de ne pas être bien prise en main au moment de l'accouchement. Qu'il se passe quelque chose que ça… je me dis je sais pas, qu'il y ait quelqu'un qui n'est pas dormi de la nuit et qu'il fasse… ça me fait un peu peur en fait. » [4]*

Ce besoin de continuité rapporté par les femmes en pré, per et post partum, nous invite à repenser notre organisation des soins autour de la naissance. Être suivie par le moins d'intervenants possible, semble renforcer le degré de sécurité et de confiance des

parturientes : « *Franchement parce que à chaque fois avec une nouvelle personne… C'est vrai que je me sens pas vraiment… des fois je me sens pas à l'aise. Si ça se passe avec la même personne il y a pas de soucis, mais si ça change de personne franchement je me sens pas à l'aise. A chaque fois il faut tout raconter... » [2]*

Il serait intéressant d'envisager le suivi global comme une véritable alternative pour l'accompagnement de ces femmes. En effet, ce suivi pourrait offrir aux femmes victimes un accompagnement personnalisé vers la mise au monde avec un.e seul.e praticien.ne référent.e. La relation en « un à un » instaure une relation privilégiée entre la patiente et le soignant, ce qui permet d'inscrire les violences sexuelles au sein de la globalité de la personne.

Ce suivi offre aussi un autre rapport au temps, plus ouvert aux variations, avec une meilleure disponibilité et des consultations plus longues ce qui permettent d'établir des perceptions plus fines de l'état physique et psychique de la femme enceinte. Tout ce qui peut faire obstacle au moment de la naissance peut être anticipé en amont pendant la grossesse et pris en charge avec d'autres professionnels si nécessaire.

3.2.3 Sur l'enfant à naître

De la même manière, les antécédents de violences sexuelles ont un impact variable sur la manière dont les femmes se projettent sur l'enfant à naître, indépendamment de la typologie de la violence.

Certaines ont décrit l'enfant à naître comme un moyen d'oublier les violences :

- « *Ça me fait vivre, ça me fait oublier certaines blessures, certaines rages, l'abandon que j'ai vécu. En tout cas il est là et il me fait vivre. Je suis une autre personne. C'est vrai c'est difficile de tourner*

la page, la blessure elle reste là, l'abandon j'arrive pas à tourner la page. Mais quand même il me fait vivre autre chose. [...] Je vais devenir maman à deux reprises. c'est extraordinaire. » [13]

- « [rires]… je suis même pressée qu'il arrive. Parce que je vais avoir un deuxième bébé, c'est comme si je rêvais en fait. Parce que en 2011, 2012, 2013… je m'attendez pas à ce truc. Et voilà en 2018 je vais devenir maman à nouveau, de deux petits garçons. c'est… c'est… c'est beaucoup pour moi. » [14]

Il peut représenter l'espoir d'une vie meilleure, loin des violences :

- « C'est comme si c'était le moyen pour moi de construire ma famille à moi, ma vie à moi, que je préserverais de tout ça. » [9]

« Je suis contente d'être enceinte. Parce que j'ai besoin de l'amour de mes enfants pour avancer dans ma vie. Vu que je l'ai pas eu, vu que mon conjoint il est jamais là. J'ai besoin de l'amour de mes enfants pour avancer dans ma vie. c'est pour ça. Quand on a été une enfant battue, ou avoir des traumatismes comme ça, on a besoin de l'amour de leur enfant, la joie, le rire. C'est grâce à eux qu'on vit, qu'on avance. » [15]

- « Ça représente tout. Ça représente vraiment des belles choses. Voilà même si j'ai une mauvaise expérience dans ma vie, mais je sais que ça pourra changer beaucoup de choses dans ma vie aussi. Je veux bien l'avoir et continuer ma vie. Et ça sera toute seule avec mon enfant. Et je ne veux personne d'autres. Je ne veux pas un autre homme dans ma vie. Je veux être toute seule et autonome, avec mon enfant. » [2]

L'enfant peut être vu comme un « médicament », sensé réparer les blessures et les failles familiales :

- « Une nouvelle vie, mon amour, tout ce que j'ai pas eu je pense quand moi j'étais petite. » [7]

- « Alors euh… moi ça représente tout, ça représente même ma vie je pourrais dire. Ça me donne envie de vivre, dans le sens où dans le l'éducation que j'ai eu, j'ai pas eu l'occasion de penser à moi. Je veux vivre pour elle. Je sais pas comment expliquer. C'est beaucoup de choses. » [13]

- « C'est pas lui qui demande de naître, ou bien… donc ça pour moi c'est mon fils, c'est pas son fils, donc je vais l'aimer, je vais le traiter comme un prince, parce que c'est mon fils en fait. Je l'aime trop et quand il est dans mon ventre, je sais qu'il est vivant, je sais qu'il va bien, il me dit je suis là. Quand je pleure des fois, il bouge et tout, c'est comme il me dit « maman, je suis là ». » [10]

Il peut aussi permettre de combler l'ennui :

- « Bon je suis contente. Donc je suis toute seule, je n'ai pas de famille, rien. J'ai dit je vais garder, au moins si le bébé il est là, peut-être ça peut me distraire un peu. Donc pour oublier beaucoup de choses aussi. Donc du coup, j'ai décidé de garder. » [8]

Une des femmes victime de violences conjugales nous a témoigné des sentiments de haine. En début de grossesse, son mari l'a forcé à avorter. Elle n'a pas voulu et a gardé la grossesse. Son mari est parti, abandonnant le domicile familial et ses deux autres enfants. Depuis, elle a demandé le divorce, et a dû témoigner des violences conjugales pour faire avancer son dossier sous les conseils de son avocate, ce qui a été très difficile pour elle. Pour elle, l'enfant qu'elle attend est responsable de cette situation. Elle le tient responsable du départ de son mari et de toutes les conséquences qui ont suivi :

- « Franchement en fait c'est dans les deux sens, entre guillemets c'est un cauchemar et en même temps c'est mon enfant. Je le sens pas comme ses frères en tous cas, des fois je dis il va vraiment être malheureux parce qu'en fait j'ai pas de sentiments du tout. Franchement j'ai pas de sentiments du tout envers lui. C'est vraiment difficile. Mes deux grossesses en fait vraiment vers le quatrième cinquième mois, j'achète des habits, je sais pas… mais là en fait je le sens même pas en fait. [larmes] je ne le sens même pas… Lui il va pas savoir, moi je vais lui dire c'est à cause de toi c'est pas à cause de lui mais tu as été en fait un moyen de séparer en fait tes frères de leur papa quoi. Mon mari il me dit en fait que c'est à cause de cette grossesse que je fais tout ça. Et je sais pas si dès sa naissance son papa il va l'accepter ou pas » [16]

La question du sexe de l'enfant à naître peut aussi avoir son importance pour les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles :

Les femmes ont formulé des préférences par rapport à un lien avec l'agresseur. e :

- « Oui, je voulais une petite fille pour ne pas qu'elle ressemble au papa. Parce que si j'aurai eu un petit garçon ma plus grosse peur, c'était qu'il ressemble au papa et je sais pas que j'ai reprod… 'fin que mes sentiments pour le père en viennent sur l'enfant et que je sois malheureusement parce que j'ai un enfant… un garçon, que je lui fasse en gros la misère parce qu'il ressemble au papa, je voulais pas. Et donc je suis soulagée, c'est une petite fille.» [1]
- « Après je suis heureuse d'avoir une fille, un deuxième enfant ça me donne encore plus de force. Même pour lui tenir tête. » [6]

Elles ont décrit des préférences pour le sexe de l'enfant par rapport à l'histoire de la violence et l'histoire familiale :

- « Ouais j'avais une préférence pour les garçons. Je pense que c'est lié à… franchement je pense, c'est la première fois que je vais le dire mais je pense c'est en partie lié à ce que j'ai vécu. (Cette femme a été victime de viols répétés par son cousin pendant l'enfance). Ce que j'ai vécu m'a poussé à avoir un besoin de protection et je le trouvais qu'auprès des hommes qui m'entourent » [9]
- « Là je voudrasi avoir une fille, bah… [rires] c'est pas moi qui choisit ! c'est ma façon de remplacer ma famille, ma famille c'est-à-dire mon frère et ma sœur, dans ma tête c'est comme ça, c'est ma façon de remplacer les gens que j'ai perdus, les gens qui est chers, parce que c'est comme si que je les ais perdus, ça fait longtemps, je les vois pas. Parfois on parle au téléphone, mais je les touche pas, je les vois pas donc c'est mes enfants qui les remplacent, remplacent ma famille. » [14]
- « Peut-être si c'est un garçon, s'il veut il peut partir mais moi je vais pas retourner chez moi quoi. Ça c'est fini, même si j'y retourne, parce que je viens d'une famille qui pratique beaucoup, qui sont Musulmans et chez nous, quand une fille n'est pas mariée tu dois pas faire enfants hors mariage, on appelle ça chez nous des enfants bâtards. Donc du coup j'ai peur si je vais avec lui, on peut nous

lapider à mort, on peut tout faire ça, ils sont capables. Soit si c'est une fille je vais, ils vont la faire l'excision, ça c'est sûr. Donc c'est un peu compliqué. »

- « Oui c'était comme si il était là mon frère, elle était là ma sœur. » [14]

Même si les mutilations sexuelles sont interdites en France et punies par le code pénal, certaines femmes craignent des agressions sexuelles dans leurs pays d'origine :

- « Si l'enfant il est fille, je peux pas rentrer avec elle dans mon pays. Ça, je peux jamais le faire. » [8]

Ainsi, les femmes qui ont des antécédents de violences sexuelles ne constituent pas un groupe homogène. Cependant, dans leur diversité, elles s'accordent dans une inquiétude commune autour de la reproduction la violence. On peut voir se développer une crainte d'auto-agressivité :

« [long silence] euh sur moi-même oui. Je l'ai beaucoup reproduite cette violence après avoir été violée quand j'ai rencontré des hommes, je recherchais la violence que j'avais vécu pendant mon viol, je la recherchais ailleurs. Je demandais à ce qu'on soit méchant avec moi, qu'on soit pas respectée. Je voulais pas forcément qu'on me respecte. Parce que ça me paraissait normal en fait. En fait comme j'avais fait ça une fois et que pour moi c'était une faute. Bah du coup je me punissais un peu comme ça. » [4]

Certaines femmes ont mentionné la peur de ne pas avoir conscience de reproduire ces violences :

« J'ai peur... Surtout si je m'en rends pas compte… oui j'ai peur de reproduire mais je ferai toujours attention à ce niveau-là. Parce que je sais que par rapport à moi et la violence que j'ai vécue, je voudrais éviter qu'elle vive la même chose. Mais c'est toujours une crainte… » [13]

Imaginer devoir s'occuper d'un nouveau-né peut être assez angoissant pour ces futures mères. Alors qu'il est nu, qu'il faut le laver, le changer, des pensées et des images de violences passées peuvent revenir à la conscience. Ces réminiscences concourent à faire véhiculer aux femmes la crainte de passer à l'acte sur leurs enfants :

- *« Après pour le changer et tout ça quand j'étais plus jeune, j'avais peur de ça. Je me disais mais ça va être bizarre de toucher les parties intimes d'un bébé mais en fait non parce qu'après j'ai eu pleins de neveux et nièces et après j'ai pris l'habitude. Mais moi j'ai un rapport assez bizarre avec tout ça. Et j'ai peur de ce truc là j'ai peur pour mon bébé de cette histoire. » [9]*

Cette peur abyssale, décrite en psychiatrie comme phobie d'impulsion, n'est pas toujours révélée par crainte de jugements, honte ou culpabilité. Il est donc nécessaire d'offrir aux femmes la possibilité de la verbaliser, dans un cadre psychothérapeutique contenant et rassurant. (11) Il s'agit de faire déculpabiliser les femmes, en les rassurant sur le fait que ce ne sont que des pulsions et qu'elles ne vont pas passer à l'acte. Le simple fait d'en avoir conscience est déjà la preuve qu'elles se soucient du bien-être de l'enfant à venir. (14)

3.3 Facteurs protecteurs de l'impact des violences sexuelles sur la grossesse et le devenir mère

Ainsi les femmes, avec confiance, nous ont livré leurs émotions, leurs projections et leurs attentes. Ces témoignages nous ont permis en filigrane, d'établir des facteurs protecteurs qui semblent diminuer l'impact des violences sexuelles sur la mise au monde.

3.3.1 Des facteurs exogènes

Les relations

Pour faire face aux conséquences des violences, l'entourage peut constituer un véritable appui lorsque celui-ci est adapté et bienveillant. C'est l'un des premiers espaces de discussion pour révéler et évoquer les violences :

Madame F nous a raconté comment à sept ans, elle a révélé à ses parents que son cousin la violait depuis plus d'un an :

- *« J'ai été voir mes parents qui étaient en train de dormir dans la chambre d'à côté et je leur ai parlé. Dès le lendemain matin mes parents sont partis porter plainte, ils m'ont emmené. Mon père, il m'a cru tout de suite. Ma mère, elle s'est levée, elle est partie dans la salle de bain, elle répétait une phrase du genre « j'arrive pas à y croire » et moi je croyais qu'elle me croyait pas. En fait elle avait pas envie d'y croire. Donc je me rappelle que j'avais été très blessée par ça et mon père qui est de nature très calme, il m'a tiré vers lui il m'a mis sur ses genoux il m'a dit explique moi ce qu'il se passe et donc dès le lendemain matin on a été à Nanterre puisqu'on vivait dans le 92 donc on a été là-bas. [...] Sur le champ, mon cousin a quitté la maison. […] Mes parents ils ont été très… ils ont fait beaucoup de démarches pour ça, ils se sont beaucoup battus pour ça ils ont vraiment été très près de moi et très présents. » [9]*

Après le traumatisme des violences, les voix, les visages familiers, le contact physique des êtres aimés ont leur importance. « Les liens d'attachement sont la plus grande protection contre la menace. » (6) L'entourage va avoir un rôle essentiel de soutien dans l'accompagnement au quotidien des conséquences de la violence, lorsqu'elles sont présentes. Il peut aussi servir de guide pour entamer des démarches de soin, administratives et judiciaires :

- *« Il a une amie qui est avocate, et qui connaît très bien la Maison des femmes. Et donc ça été mon avocate, je l'ai rencontré, c'est elle qui m'a aidé à déposer plainte à faire tout le cheminement. Et elle m'a conseillé d'aller à la Maison des femmes. Et euh… elle a eu raison [rires] » [4]*

- « Faut en parler, pas rester toutes seules, faut pas se mettre de côté en se disant que c'est normal, qu'on va se relever, qu'on est fort. Parce qu'être fort tout seul c'est bien beau mais en fait c'est pas faisable. Faut forcément être accompagnée par quelqu'un pour réussir à cheminer dans le bon sens, et pas justement compenser avec des conduites addictives comme la plupart on a toutes tendance à faire. Et voilà faut en parler et faut pas tout garder pour soi. » [1]

Un ou une partenaire amoureux.se peut être particulièrement déterminant pour les victimes. Grâce à son regard et son attitude, la victime peut se sentir capable de donner la vie et retrouver espoir : (14)

- « Et puis quand j'ai rencontré Pierre, il y a eu quelque chose qui est devenu plus sain dans mon corps. C'est quelqu'un d'incroyable, qui m'a beaucoup apaisé. C'est en autre grâce à lui que j'arrive à être mieux aujourd'hui. Et un jour j'ai eu cette envie de déposer plainte. Je sais pas… un truc qui s'est passé, c'est sûrement ma rencontre avec Pierre aussi, j'ai envie de classer quelque chose aussi peut-être. » [4]

Les soins et les soignants.

Lorsque les soins sont adaptés et que les intervenant.e.s sont bien formé.e.s, leur rôle apparaît déterminant dans la protection des victimes. La psychiatre Muriel Salmona a beaucoup travaillé sur la prise en charge des victimes psychotraumatisées par les soignants. Dans son rapport sur *L'impact des violences sexuelles de l'enfant à l'âge adulte*, elle a formulé des pistes de réflexions pour une bonne pratique clinique**.** Elles sont disponibles dans leur intégralité en annexe III de notre écrit.

La docteure M. Salmona souhaite que les intervenants qui prennent en charge les victimes de violences sexuelles pendant la grossesse soient formés à la problématique, à la réalité des violences et des dernières données de la recherche. Qu'ils pratiquent le dépistage en systématique des violences. Qu'ils connaissent ses conséquences sur la vie des victimes

et les mécanismes d'adaptations et de stratégies de l'agresseur.se. Dans ce sens, qu'ils soient capables d'envisager les symptômes, les troubles de conduites et de comportements comme des conséquences du psychotraumatisme.

Elle aimerait que les intervenants soient les garants d'une prise en charge dans un espace accueillant, sécuritaire, solidaire et bienveillant. Qu'ils prennent en compte la parole de la victime, en respectant sa temporalité et ce qu'elle ressent. Qu'ils tiennent compte de l'expertise de la patiente concernant sa situation, et sachent l'éclairer sur les systèmes d'emprises de la part de.s l'agresseur.se.s. Elle préconise de favoriser les démarches administratives et judiciaires par l'information des victimes sur leurs droits, les possibilités de dépôts de plaintes.

Elle recommande que les intervenants soient à même d'identifier la gravité des violences sexuelles en attribuant des mots sur la réalité des faits et en protégeant les victimes de nouvelles violences. Qu'ils aident la victime à comprendre ses réactions, ses émotions et comportements mêmes paradoxaux et les assimilent à des conséquences normales et universelles des violences. Qu'ils soient informés sur les possibilités de soins et sur toutes les ressources disponibles de prises en charges où les personnes les plus vulnérables sont au cœur de l'investissement.

Enfin, elle souhaite que les intervenants se constituent un réseau de soins pluridisciplinaires pour bien orienter les victimes et s'assurer qu'elles puissent avoir des informations de qualité et des soins spécialisés avec du personnel formé.

La Maison des femmes de St-Denis autant dans le lieu, que dans la qualité de formation des intervenants et du réseau de soins tend vers cet idéal de prise en charge. Nombreuses sont les femmes à nous avoir rapportées leur satisfaction :

- « En fait la Maison des femmes c'est un endroit pour moi qui est magique dans le sens où moi au début je me sentais pas forcément légitime d'être là-bas, quand on voit toutes les femmes qui sont là-bas j'ai l'impression d'être à mille lieux de tout ça et de me dire mais qu'est-ce que tu fais là ? Tu prends la place de quelqu'un qui en a vraiment besoin. Et puis… Mathilde m'a beaucoup aidé là dessus, le docteur Piet également, que j'ai vu un petit peu. Et je me sens légitime, quand je parle avec Mathilde je me sens légitime de mes peurs, je me sens très écoutée, qu'elle comprend et qu'elle peut me guider. » [4]

- « A la maison des femmes, je dirai pas c'est les meilleurs mais ils se donnent à fond. L'accueil déjà, quand vous n'êtes pas là, ils veulent savoir pourquoi vous n'êtes pas là, en tout cas c'est pas dire vous n'êtes pas là, on s'en fout, c'est des humains en fait. Ils considèrent beaucoup la personne. » [14]

La sécurité

Une femme enceinte en sécurité par rapport à l'agresseur semble avoir moins de risques de développer des conséquences sur sa grossesse.

La sécurité de la victime passe d'abord par l'évolution dans un espace sécurisant. L'agresseur doit être physiquement éloigné, la victime ne doit pas risquer de le ou la recroiser :

- « Il habite dans une tour d'immeuble près de chez moi. Une fois je l'ai recroisé... » [4]

La sécurité passe aussi par la rupture des liens avec l'agresseur.se qui assure le maintien d'une sécurité émotionnelle. La victime ne doit pas avoir de ses nouvelles, subir des rappels, des menaces ou des excuses pour pouvoir se reconstruire :

- « Et je lui avais dit si tu veux savoir, rappelle-moi ce jour-là. Pourtant on était séparés, d'un côté j'espérais quand même, il l'a voulu autant que moi donc… euh qu'il allait l'accepter. Et finalement

il m'a appelé ce jour-là, pour me dire qu'il avait une nouvelle femme, que ça faisait longtemps qu'il me trompait dans tous les cas donc euh c'était facile pour lui de se remettre directement avec la personne mais il m'a jamais posé de questions pour l'enfant. Donc là je me suis vraiment remise en question, je me suis demandé si c'était positif ou pas. » [1]

- « Il y a pas longtemps pendant la grossesse [son beau-frère] m'avait appelé pour me faire des menaces, faut que je couche avec toi et moi je lui ai dit laisse-moi tranquille. Donc j'ai eu peur, encore qu'il allait refaire. » [15]

Enfin la sécurité passe par la justice, qui permet au nom du code pénal français de redonner aux victimes une part de légitimité. Lorsqu'une plainte aboutit et que la victime obtient réparation, le jugement rétablit avec rationalité les actes et permet aux victimes de poser des conséquences sur les actes :

- A la police quand j'ai porté plainte, ils m'ont tout de suite cru, y a pas eu de soucis là-dessus. En fait ce que je racontais ne pouvais pas être… c'était pas possible. Tous ces détails, ces moments-là c'est une chose qu'un enfant ne peut pas com… c'était impossible de connaître.

Dans mon entourage à ce moment tout le monde a cru dans la mesure où tout simplement c'était pas possible d'inventer physiquement les faits. […] A ce moment-là moi je suis rentrée dans un mutisme. Mais c'est plus tard que j'ai été contente de l'avoir fait. » [9]

3.3.2 Des facteurs endogènes

La pleine conscience est à la base de la guérison. « Elle aide à toucher la nature transitoire des sentiments et des perceptions » (6)

Le degré de perception de la violence sexuelle

Toutes les femmes incluses dans notre étude étaient victimes de violences sexuelles. Cependant, lorsque nous leur avons posé la question en entretien, seules 9 des 15

participantes ont répondu clairement positivement. Deux femmes ont montré des hésitations mais ont finalement confirmé et précisé qu'elles avaient mis du temps pour le comprendre et l'intégrer. Ces deux femmes avaient subi des violences dans l'enfance. Les quatre femmes qui ont répondu négativement à la question, étaient victimes de violences conjugales.

- *« [Est-ce qu'il y a eu aussi des violences sexuelles ?] Non, du tout. [Est-ce qu'il arrivait qu'il vous demande des choses dans votre sexualité que vous n'avez pas envie de faire ? qu'il vous force la main quand lui il avait envie et pas vous ?] Oui... parfois il voulait, pas moi et comme il insistait je le laissais faire. Il voulait aussi que je porte des trucs genre très sexy qui moi me plaisait pas trop, des talons hauts, des strings tout ça… mais sinon ça allait, moi je disais normal. » [16]*

Ces résultats soulignent l'invisibilité des violences sexuelles par les victimes elles-mêmes. La non-conscientisation des violences sexuelles par les femmes semble liée à la spécificité de cette violence : la jeunesse de la victime au moment des violences, les stratégies d'emprises et d'intimidation, la persistance d'un lien avec l'agresseur.se, la méconnaissance des mécanismes, des conséquences et des stratégies de l'agresseur.se. Ces obstacles à la clairvoyance des femmes étaient sans doute d'autant plus marqués du fait de la population de notre étude. Les femmes avaient peut-être moins de possibilités d'élaborer et de se questionner sur les violences et elles étaient aussi pour la plupart prises par d'autres violences intersectionnelles :

- *« Avant l'année dernière quand je suis allée à la Maison des femmes, j'avais jamais parlé de tout ça. » [4]*
- *« Le problème c'est que j'ai été très éduquée sur la culpabilité judéo-chrétienne, c'était très… tout ce pourquoi je me suis renfermée en fait. Parce que j'avais honte de ce que j'étais. J'en parlais pas à mes parents, il fallait que tout soit bien et beau dans cette famille, qu'il n'y ait pas de tâche en fait. Ce qui est très problématique je pense. » [4]*

Il semble donc important de poursuivre le travail d'éducation et d'informations sur les violences, pour lutter contre ces obstacles qui impactent la mise au monde.

Si la violence n'est pas conscientisée, les femmes perdent alors leur privilège épistémique au moment de la mise au monde, à savoir la connaissance de leur propre corps. Selon Fricket en 2007, « lorsque la femme n'a plus ce privilège, cela conduit à une injustice, le professionnel « sait » mieux que la femme enceinte ce qui se passe dans son propre corps, à elle. Son statut de connaisseuse est de ce fait diminué. » (8)

Dès lors, le savoir des femmes ne serait pas acquis mais potentiel. Pour bien comprendre ce processus à l'œuvre, on peut utiliser le concept de *la puissance et de l'acte* d'Aristote. (Physique, Livre II). Toute femme enceinte ayant été victime de violences sexuelles est en puissance experte sur son corps, puisque c'est elle qui va accoucher. Ce n'est pas encore réalisé, ce n'est qu'une virtualité. Seules les femmes qui ont appris à renouer avec leur histoire et leur schéma corporel possèdent cette capacité en acte. Et elles n'en sont les locutrices que lorsqu'elles la mettent en œuvre au moment de la mise au monde.

L'histoire de la violence.

Les caractéristiques de l'histoire de la violence, qu'elle soit unique ou répétée, initiée pendant l'enfance ou à l'âge adulte, sa durée, le nombre d'agresseur.se.s, la nature du lien avec l'agresseur.se, la mise en sécurité des victimes et la présence de circonstances aggravantes impactent sur le degré de conscientisation des violences sexuelles par les femmes et leurs conséquences.

L'intensité des récits rapportés par les femmes nous ont permis d'en mesurer la gravité :

- « Bah à dix-huit ans, j'étais en boîte à Paris avec mes copines, et euh… […] Et depuis quelques temps quand j'allais dans cette boite de nuit il y avait un mec qui me tournait un peu autour et qui était super moche, 'fin qui était vraiment… puis très vieux enfin… Et ce soir-là j'étais très très ivre, au point qu'on m'a viré en fait de la boite de nuit, euh… on m'a viré de la boite de nuit et je me suis retrouvée sur le trottoir là où tout le monde fume 'fin sur le devant de la boite de nuit. J'étais assise par terre, j'étais très très très ivre surtout pour qu'on vire… et là ce mec il est sorti, en fait on m'avait viré sans mon manteau, et j'ai commencé à être en boucle sur mon manteau. C'était un manteau qu'en plus ma mère m'avait offert pour mes dix-huit ans, c'était encore un peu l'hiver, il faisait froid. Et j'étais un peu en boucle sur ce manteau et on me disait bah non vous ne le récupérerez pas. En fait ce mec est sorti avec mon manteau, me l'a donné et m'a amené avec lui dans sa voiture. Euh… et après m'a emmené chez lui où il y avait un autre mec dans le lit déjà. C'était un appartement assez vide, il y avait pas grand-chose. Et le matin je me suis réveillée, sachant pas très bien ce qu'il se passait. J'ai pris mes affaires, je suis partie, j'étais en dehors de Paris, je suis rentrée chez moi et j'ai arrêté d'y penser. J'en ai parlé à personne. » [4]

- « L'année dernière j'étais dehors, j'allais donner un coup de main à ma belle sœur à la boulangerie et un jeune homme m'a demandé un briquet. Je lui ai dit que j'avais pas de briquet donc il m'a traînée jusqu'à la cave et il m'a tapée, il m'a baissée mon pantalon, tripotée et ils m'ont tripotée à trois. Ils m'ont attachée sur un tuyau, donc voilà… il y a eu… PENETRATION. » [15]

A cause du lien avec l'agresseur.se ou des stratégies d'intimidation, il est parfois difficile pour les victimes de dire non.

- « Oui. Il m'a forcé. A chaque fois il me force à avoir des rapports sexuels. A chaque fois, même je ne veux pas il me force même je ne veux pas vraiment. Et après le lendemain, je me retrouve… avec des vomissements toute la journée. » [2]

- « Les soirs où je disais non pour avoir des relations, et bah je prenais mes comprimés d'Atarax et souvent je me réveillais bah… il était à l'intérieur de moi. Au-dessus de moi et… et voilà. La relation

était déjà commencée et il me disait non mais… quand tu prends ton comprimé tu te rends pas compte mais t'es presque somnambule et tu me montres que t'as envie donc euh… t 'es réceptive à mes gestes. T'es voilà bah… moi je… comment résister à ça quoi.. » [1]

- « On était six donc maman elle a pris trois et mon père il a pris trois, donc j'étais allée avec lui. Et euh son beau-frère… c'est le frère de sa femme, donc il m'a violée quand j'étais petite, pas mal de fois. Donc quand je parle et tout… il me dit « si tu le dis à quelqu'un je vais te tuer ». et il m'a cassé le bras là [elle me montre], quand j'étais petite et après il m'enfermait à la terrasse de la maison sans manger sans rien. Tout le temps il vient il me fait des claques, j'étais maltraitée. C'était la période la plus dure dans ma vie. [en larmes] C'est cette période qui m'a gâchée la vie, franchement. » [10]

- « Des fois il me fait du chantage, il me dit « si tu veux que je te donne l'argent, il faut que tu couches avec moi ». Parce qu'il sait que je travaille pas, j'ai un autre bouche à nourrir ailleurs donc j'ai pas le choix. Donc je fais ça. Donc j'étais obligée de faire ça. Mais malgré que j'accepte ça, c'est comme une pierre, il y a pas de sentiments, il y a pas… tu te sens comme… tu es en train de faire l'amour ça c'est pas faire l'amour pour moi. C'est comme en train… c'est un monstre. C'est juste que tu attends juste qu'il se mette debout et qu'il vide ses couilles, voilà et ça c'est trop dur d'accepter ça jusqu'à que tu arrives à un moment, où tu sens rien du tout. C'est bon tu sens que tes sentiments, ils sont morts, y a rien et ça c'est dur. Il aime trop tenir par les cheveux, fait des claques et tout moi j'aime pas ça, donc euh… et pendant le rapport il essaye de dire des mots pas bien, il faut que tu t'habilles sexy genre talons, des vêtements sexy et tout. Moi j'accepte pas ça mais quand il me dit il me fait du chantage je me dis il faut que le fasse pour mes enfants. » [10]

Pour les femmes comme pour ceux qui reçoivent ce récit, personne n'a envie de se souvenir du traumatisme. « Pour comprendre le traumatisme, il faut surmonter la répugnance naturelle à affronter cette réalité. » (6)

- « *Vous savez je suis rentrée dans une phase, un moment où j'avais l'impression que pour les gens c'était plus dur d'entendre cette histoire que pour moi de la raconter. Parce que c'était difficile pour eux de s'imaginer ce genre de choses.* » [9]

La résilience

La **résilience** en psychologie consiste pour un individu affecté par un traumatisme à prendre acte de l'évènement traumatique pour ne plus ou ne pas avoir à vivre dans le malheur et se reconstruire.

Certaines patientes victimes de violences sexuelles pourront parfois paraître adaptées et bien s'en sortir. Une partie de ces femmes n'ont en fait pas développé de mémoire traumatique. Soit parce qu'elles ont réussi à moduler ou éteindre leur réponse émotionnelle au moment du traumatisme. Soit parce qu'au moment où une disjonction s'est produite, une prise en charge spécialisée et immédiate a été mise en place, avant que des conséquences psycho-traumatiques apparaissent : (5)

- « *J'ai tout de suite été prise en charge. Au-delà de cela il y avait les preuves physiques parce que quand je me suis faite examinée je parlais pas d'un viol qui datait de trois ans avant. Donc je racontais un truc qui s'est passé la veille et qui m'a fait mal physiquement. Du coup j'ai été examinée directement et le médecin a pu constater… 'fin le pénis d'un adulte… ça n'a rien à voir avec le vagin d'une petite fille donc euh… il a vu physiquement qu'il y avait eu oui effectivement des pénétrations et tout ça…* » [9]

D'autres patientes, sous couvert de réussites sociales, professionnelles ou affectives peuvent être considérées à tort comme résilientes. Ces femmes, donnent l'illusion de se présenter comme indemnes au prix d'efforts d'adaptations. Mais elles ne sont pas exemptées des conséquences psycho-traumatiques ni de conduites dissociantes qui souvent restent cachées et potentiellement encore plus à risque pour la grossesse. (5)

Je me souviens notamment d'une patiente en consultation avec Mme Delespine. Elle était jeune, blonde, souriante, étudiante infirmière, elle paraissait tout à fait adaptée. Elle parlait librement de son couple et me semblait lucide sur sa situation et sur l'emprise de son compagnon violent.

En réalité pendant l'entretien, en formulant précisément la question sur les addictions je me suis aperçue que cette patiente de 19 ans présentait des conduites addictives dissociatives très importantes :

- « Bon ça c'était plus juste en début de la grossesse, mais euh je buvais, tous les soirs, je savais pas encore que j'étais enceinte. Minimum deux à trois verres, maximum ça pouvait monter jusqu'à dix. Et euh ça me permettait de me soulager. Dès que je rentrais chez moi c'était mon verre de whisky. Après j'ai arrêté quand j'ai su, d'ailleurs c'est ce qui est dur d'arrêter, pendant la grossesse parce que je fais ça depuis… très longtemps en fait. Mais ouais, l'alcool ça m'a vraiment permis même de m'endormir plus paisiblement, de… en fait tu penses plus aux choses. Ça inhibe pleins de choses et du coup c'est super. Et ça, ça me manque tellement. J'ai augmenté ma consommation de cigarettes du coup. » [1]

Les seules patientes que l'on peut qualifier de résilientes sont celles qui ayant développé une mémoire traumatique arrivent au prix d'un travail psychique personnel à la moduler et à l'éteindre à chaque fois qu'elle se déclenche. (5)

Les travaux de Van der Kolk et son équipe ont montré qu'un premier travail de soins avec des techniques corporelles telles que la respiration, la relaxation, l'art, la littérature, le yoga… peut être intéressant pour « désamorcer les effets dissociatifs de la mémoire traumatique» (15).

- « Je me fonds moi beaucoup dans la lecture, c'est ce qui m'aide à comprendre un comportement. Et euh… je trouve une ligne directive, voilà, et à travers beaucoup le yoga, vraiment ça m'aide

vraiment. En fait j'aurai jamais pensé, je suis allée à un cours de Yoga à côté de chez moi, j'ai rencontré une prof qui m'a inspirée. J'avais fait beaucoup de yoga quand j'étais comédienne, et là c'est comme si c'était une évidence qu'il fallait que j'y aille. J'ai l'impression d'avoir un moment pour moi et pour mon bébé, c'est vraiment un moment important et voilà j'essaye d'être plus à l'écoute de moi quoi. » [4]

Lorsque la femme parvient à mieux gérer ses émotions, elle peut se tourner vers des thérapies basées sur la parole pour apprendre à gérer la mémoire traumatique. Ce travail permet d'aider les victimes à repérer les mécanismes psycho-traumatiques, identifier les violences et réintroduire des représentations mentales lorsque la mémoire traumatique se réactive. Avec l'aide d'un psychiatre et si nécessaire par un traitement médicamenteux, la victime va revisiter le vécu des violences dans un climat de sécurité psychique pour donner un sens à cette mémoire traumatique émotionnelle et la transformer en mémoire consciente et contrôlable afin d'éviter les conduites dissociantes. (6)

Selon Van der Kolk, « la guérison du traumatisme passe par le rétablissement des fonctions exécutives et de la capacité d'action, ce qui restaure la confiance en soi et les capacités ludiques et créatives. » ce qui semble avoir une résonnance particulière dans le processus de la mise au monde.

La résilience des femmes face aux violences sexuelles permet alors à un certain nombre de mères de développer des comportements adaptés envers l'enfant à naître. Elle transforme des affects pénibles en comportements et affects adéquats. Cette capacité serait due à une fonction de réflexion sur soi décrite par les travaux de Fonagy que certaines mères traumatisées seraient capables de développer. Ces mères peuvent transmettre un attachement sûr grâce à la compréhension de l'enfant comme une entité distincte d'elles, possédant des émotions, des désirs et des intentions. (16)

Perspectives et conclusion

Nous avons souhaité explorer les perceptions des femmes enceintes ayant vécu des violences sexuelles antérieures sur la mise au monde et l'enjeu de devenir mère.

Au regard des entretiens, il semble que les femmes perçoivent principalement comme conséquences des violences sexuelles sur la mise au monde l'expression de la mémoire traumatique. Nous avons constaté que ces symptômes, pouvaient être parfois très lourds et pousser certaines femmes vers des conduites addictives et dissociantes et ainsi mettre en danger leur santé et celle de l'enfant à naître.

Notre analyse n'a pas retrouvé dans le discours des femmes d'influence sur l'équilibre hormonal ou mentionner des mécanismes d'adaptations et de régulations comme ce qui est décrit dans la littérature. Mais ces résultats sont à requestionner puisque les femmes que nous avons interrogées avaient peut-être moins de possibilités d'élaborer sur les violences du fait de la spécificité de notre lieu d'étude et du fait qu'elles étaient aussi prises pour la plupart par d'autres violences intersectionnelles. Aussi, nous avons constaté une invisibilité de ces violences par les victimes elles-mêmes à cause de la spécificité de cette violence : précocité de son apparition, stratégies d'emprise et d'intimidation, persistance d'un lien avec l'agresseur.se, rapports hiérarchiques, affectifs ou religieux, méconnaissance par les victimes et les accompagnants des mécanismes, des conséquences et des stratégies de l'agresseur.se. Seules 9 des 15 participantes ont répondu clairement positivement à la question sur les violences sexuelles alors qu'elles en avaient toutes subies.

Devenir mère semble pour certaines femmes un moyen de réparation et de résilience où l'enfant à naître est vecteur d'espoir et de réparation. Pour d'autres en revanche l'enfant est synonyme de souffrance, un moyen de combler l'ennui et le vide de l'existence voir de haine, en raison de l'omniprésence des violences et de ses conséquences qui laissent les futures mères dans une incapacité à se projeter et/ou en difficulté pour assumer la responsabilité d'un enfant.

Il semble alors que les violences sexuelles aient finalement un impact variable sur la mise au monde et sur l'enjeu de devenir mère. Ces différences observées en termes de perceptions et de projections nous invitent à penser qu'il n'existe pas de relation linéaire entre la forme de la violence et ses conséquences. La violence doit être comprise dans son contexte, au sein de la globalité de la personne. Dans ce sens, nos trois hypothèses formulées sont validées et nous invitent à tendre vers une médecine qui considère la personne unique, en train de vivre un moment de transformation majeur.

Pour l'accompagnement à la naissance, les femmes ont exprimé le besoin d'une médecine qualifiée, cadrante et rassurante mais qui ne saurait se limiter aux soins. Le temps accordé compte. L'environnement compte. Les êtres humains en présence comptent. Le lieu où se déroule l'accouchement compte. Être présent est essentiel pour instaurer « le prendre soin » et non seulement le « donner des soins ». (8) Il serait dès lors intéressant d'envisager l'orientation de ces femmes vers le suivi global. En attendant qu'un jour, la Maison des femmes de St-Denis, ouvre sa Maison de Naissances…

Nous avions formulé comme postulat de départ, l'expertise des femmes dans la compréhension de l'impact de la violence dans les processus de mise au monde. Or nous avons constaté qu'il existait des freins à cette expertise liés à la spécificité de cette violence, qui font obstacles à la connaissance des femmes de leur propre corps. Si la violence et ses conséquences ne sont pas conscientisées, les femmes perdent alors leur privilège

épistémique au moment de la naissance. Le professionnel « sait » alors mieux que la femme enceinte ce qui se passe dans son propre corps à elle.

Parler d'expertise spécifique des femmes victimes de violences ne semble dès lors pas adapté. En revanche, on peut estimer, que les femmes ont des compétences potentielles qu'elles peuvent développer. (8) Et elles ne sont pas seules, leurs bébés les accompagnent aussi dans une dynamique d'interaction. « Ces compétences permettent une adaptation instinctive, active et flexible des rythmes biologiques et émotifs du fœtus et de la mère qu'ils se renvoient l'un et l'autre ». (8)

Pour favoriser ce processus, l'existence d'un contexte favorable est primordiale. Nous avons pu établir l'existence de facteurs protecteurs : soit exogènes et liés à l'environnement tel que l'entourage, les soins, les soignants, la sécurité et l'amour. Soit endogènes et dépendants des capacités maternelles, de sa perception de la violence, de l'histoire de la violence et de la résilience. Ce contexte physique et humain permet à la mère et à son bébé de développer des capacités adaptatives qui peuvent réguler les conséquences des violences sexuelles au moment de la mise au monde.

Dans son livre sur la mise au monde, la sage-femme Québécoise Céline Lemay propose un modèle conceptuel de l'accouchement physiologique, « pour donner l'image d'un processus de transformation et d'émergence ». Ce modèle relève d'une « perspective écologique et organique plutôt que linéaire et mécanique » de la naissance. (8) Nous avons repris les éléments de ce modèle en y intégrant les violences sexuelles, afin d'illustrer leurs impacts sur la globalité de la personne au moment de la mise au monde. Explications.

La femme appartient à un contexte : une famille, une histoire, une société, une culture. Ce cadre va influencer plus ou moins directement la perception des violences sexuelles : déni, tabou, silence, connaissance, droits, recours à la justice.

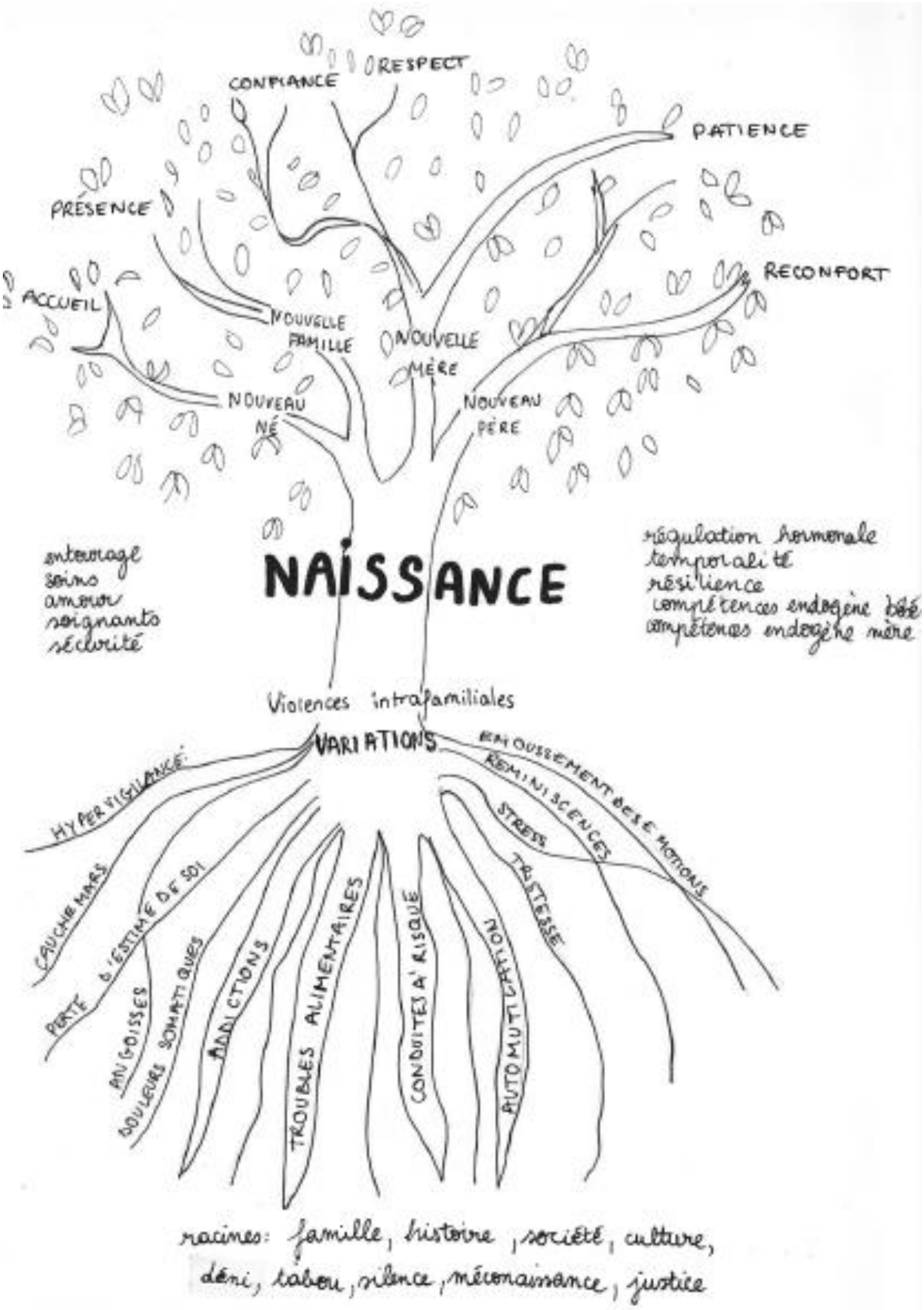
Les racines enfouies dans la terre représentent les conséquences des violences sexuelles et les conduites dissociatives, variables et potentielles. Elles ne sont pas toujours visibles. Elles apparaissent à celui ou celle qui sait les percevoir et les rechercher.

La femme qui enfante va accomplir un processus en accouchant. Un enfant va naître. Une nouvelle mère, un nouveau père, une nouvelle famille. La réécriture de ces liens familiaux contribue à aménager la place que l'enfant pourra occuper au sein de ses lignées parentales, où les violences sexuelles intrafamiliales lorsqu'elles sont présentes, sont au cœur de cette maturation.

La future mère et son bébé ont des compétences innées dans la mise au monde où l'alternance de phases actives et passives sont à comprendre comme phénomènes biologiques normaux. Face aux conséquences des violences sexuelles, l'enfant à naître et la future mère ont des capacités adaptatives de régulation qui s'expriment pleinement lorsque l'entour de la naissance est favorable.

Ce contexte physique et humain est soutenu par l'environnement : l'entourage, les soins, l'amour, la sécurité et les soignants qui participent à l'expérience des femmes. Le respect, la présence, la confiance, la patience, le réconfort, la bienveillance et l'accueil sont autant d'attitudes qui favorisent cette mise au monde.

Ce modèle conceptuel a la vertu d'illustrer la place des soignant.e.s au moment de la naissance. Ils ont un rôle médical essentiel, un rôle de guide et d'accompagnement et participent à la naissance : mais c'est la femme qui est au cœur de ce processus.


CONFIANCE
RESPECT
PATIENCE
PRÉSENCE
RECONFORT
ACCUEIL
NOUVELLE FAMILLE
NOUVELLE MÈRE
NOUVEAU NÉ
NOUVEAU PÈRE
entourage
soins
amour
soignants
sécurité
NAISSANCE
régulation hormonale
temporalité
résilience
compétences endogène bébé
compétences endogène mère
Violences intrafamiliales
VARIATIONS
HYPERVIGILANCE
CAUCHEMARS
PERTE D'ESTIME DE SOI
ANGOISSES
DOULEURS SOMATIQUES
ADDICTIONS
TROUBLES ALIMENTAIRES
CONDUITES A RISQUE
AUTOMUTILATION
TRISTESSE
STRESS
REMINISCENCES
REMOUSSEMENTS ÉMOTIONS
racines: famille, histoire, société, culture,
déni, tabou, silence, méconnaissance, justice

Bibliographie

Lectures citées au sein de mon écrit

1. Salmona M. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. 2015.

2. Ministère des affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Elisa ». 2015.

3. le Conseil économique, social et environnemental (CESE), la Fondation des femmes, le onds pour les femmes en Méditerranée (FFMED), le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) et Women's Worldwide web (W4). Où est l'argent contre les violences faites aux femmes 2018 nov.

4. Salmona M. L'impact des violences sexuelles et conjugales sur la grossesse. 2018.

5. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles [Texte imprimé]. Paris : Dunod. DL 2013, cop. 2013.; 2013.

6. Van der Kolk BA, Weill A. Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Albin Michel; 2018.

7. Salmona M. Violences sexuelles: les 40 questions-réponses incontournables. Paris: Dunod; 2016.

8. Lemay C. La mise au monde : revisiter les savoirs. Les Presses de l'Université de Montréal; 2017.

9. Alvarez L pédopsychiatre, Golse B. La psychiatrie du bébé. 2e édition mise à jour. Presses universitaires de France; 2013. (Que sais-je ?: 3810).

10. La maison des femmes de St Denis [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.lamaisondesfemmes.fr/

11. Alvarez L pédopsychiatre, Cayol V. Psychologie et psychiatrie de la grossesse : de la femme à la mère. O. Jacob; 2015.

12. Monique Bydlowski, Bernard Golse. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY. 2001;(3):30.

13. Chollet M. Beauté fatale : les nouveaux visages d'une aliénation féminine. la Découverte; 2015. (La Découverte-Poche: 425).

14. Aubry I, Apers S, Association internationale des victimes de l'inceste. Etre parent après l'inceste: [l'inceste, quand les victimes en parlent! Paris: J. Lyon; 2009.

15. Pauline B. Repérage et accompagnement des victimes de violences sexuelles: la place du psychiatre traitant. :114.

16. Dugravier R, Guedeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère–enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 1 janv 2009;57(6):482-6.

17. Collectif Féministe contre le viol. Viols, Agressions sexuelles Faire valoir vos droits. 2018 Edition.

18. Observatoire régional des violences faites aux femmes (ORVF) CHA. Cyberviolences conjugales - Recherche-Action menée auprès des femmes victimes de violences conjugales et des professionnel-le-s les accompagnant. 2018 p. 144.

Lectures qui ont nourri ma réflexion :

19. Delespine, M. *Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités*. Santé En Action. 2016, (438):27-8.

20. Dugnat, M. Devenir père, devenir mère. Erès; 1999.

21. Damiani, C, Vaillant C. Colloque « Enfants victimes de violences sexuelles: quel devenir? », éditeurs. Enfants victimes de violences sexuelles: quel devenir? Revigny-sur-Ornain: Hommes et perspectives; 2000.

22. Bydlowski, M. Je rêve un enfant l'expérience intérieure de la maternité. Paris: O. Jacob; 2010.

23. Odent, M. Le bébé est un mammifère [Texte imprimé]. [Nouvelle édition]. Éd. l'Instant présent; 2011.

24. Badinter, É. Le conflit : la femme et la mère. Librairie générale française; 2011. (Le Livre

de poche: 32062).

25. Chu, JA, Frey, LM, Ganzel, BL, Mattews, JA. Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. American Journal of Psychiatry. 1999;156(5):749–755.

26. Lavillonnière J, Clementz E. Naître tout simplement [Texte imprimé] : Témoignages et réflexions autour de la naissance. L'Harmattan; 2001. (Au-delà du témoignage).

27. Lemay C. Oser un « autre » progrès. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 août 2009;31(8):701-701.

28. Leboyer F, Fitzgerald Y. Pour une naissance sans violence. Édition augmentée d'une préface. Seuil; 2008. (Points).

29. Alvarez L pédopsychiatre, Cayol V. Psychologie et psychiatrie de la grossesse : de la femme à la mère. O. Jacob; 2015.

30. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Internet]. 2013 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510/document

31. Rainelli C, Orliaguet M-H, Villars M-L. Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. juill 2012;60(5):356-61.

32. Felitti VJ. The Relationship of Adverse Child Experiences to Adult Health: Turning gold into lead.

33. Ambroise A. Victimes d'inceste en maternité. État des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes [Internet]. 2013 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873980/document

34. Collectif Féministe contre le viol. Viols, Agressions sexuelles Faire valoir vos droits. 2018 Edition.

35. Blouet, P. *Repérage et accompagnement des victimes de violences sexuelles : la place du psychiatre traitant.* Diplôme d'état de docteur en médecine, Université Angers, Soutenue le 20 février 2018, 114 pages.

36.Vincent, C. *Quel est le positionnement des professionnels de santé face aux violences faites aux femmes durant la grossesse ? Etude prospective, multicentrique descriptive et quantitative menée dans différentes maternités et réseau libéral de la métropole Lilloise.* Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Université Catholique de Lille, soutenue en 2017, 55 pages.

37. Montaclair, E. *Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victime de violence sexuelle dans leur passé.* Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Université de Caen, soutenue en 2013, 76 pages.

38. Lavillonnière, J, Clementz, E. *Naître tout simplement. Témoignages et réflexions autour de la naissance.*

39. Winckler, M. *L'école des soignantes*. P.O.L, 2019, 560 pages.

40. Marzano, M. *Eloge de la confiance*. Paris : Fayard, 2012.

41. Rogers, W. *Evidence-based medicine and women: do the principles and practice of EBM further women's health?* Bioethics, 2004, 18(1): 50-71.

42. Uvnäs-Moberg, K. *The Oxytocin factor. Tapping the hormone of calm, love, and healing*. Cambridge, 2003.

43. Girard, L. *De la première rencontre à la première tétée : Observer l'intimité.* Les Dossiers de l'Obstétrique, 2011, 409 pages.

44. Kennedy, H., Leap, N. et Anderson, T. *Midwifery presence: philosophy, science, and art*. Londres, 2010.

45. Dixon, L., Skinner, J et Foureur, M. *Women's perceptions of the stages and phases of labour*. Midwifery, 2013, 29:10-17.

46. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris, 1969.

47. Rousseau N. *Les Sages-Femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état d'école de sage-femme, 2008, Toulouse.

48. Delespine M – Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités. La santé en action, N° 438, Décembre 2016

49. Eicher C, Rozès V. *Le dépistage systématique des violences conjugales : quelles compétences à développer dans la pratique sage-femme ?* – Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, 2014, 129 pages.

50. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Hamel C. *Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. Popul Sociétés. novembre 2016, 538 pages.

Annexes

[ANNEXE I] *Le tableau suivant rassemble les textes applicables aux différentes formes de violences sexuelles en liens avec les peines encourues. Nous avons également décrits les circonstances aggravantes ainsi que les délais de prescriptions.* (17)

	DÉFINITION	TEXTES APPLICABLES
Le viol est un crime [3]		
LE VIOL	Acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit (buccale, vaginale, anale, par le sexe, par le doigt, par un objet) commis sur la personne d'autrui **ou sur la personne de l'auteur** par violence, contrainte, menace ou surprise. (loi du 3 août 2018)	Crime définit par le Code pénal par les articles 222-23 à 222-26. **Passible de 15 ans de prison dont la juridiction compétente est la Cour d'Assise.** **La victime peut demander le huis clos.**
Les autres agressions sexuelles sont des délits *« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »*		
CONTRAINDRE UNE PERSONNE A SUBIR UNE ATTEINTE SEXUELLE	Le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers. Lorsque le fait est commis par un majeur sur un mineur de moins de quinze ans, sans violence, menace ni surprise, il s'agit d'un délit d'atteinte sexuelle. Entre 15 et 18 ans, le délit d'atteinte sexuelle n'est constitué que lorsqu'il est commis par un ascendant, une personne ayant autorité ou abusant de l'autorité que lui confère ses fonctions.	Délit définit par l'article 222-22-2 du Code pénal. **Passible de 5 ans de prison, 75 000 € d'amende dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.** **Le délit d'atteinte sexuelle** est définit par l'article 227-25 du Code pénal. La juridiction compétente est le tribunal Correctionnel.
L'EXHIBITION SEXUELLE	Le fait d'imposer à la vue d'autrui, sans consentement, dans un lieu accessible aux regards du public.	Délit défini par l'article 222-32 du Code Pénal. **Passible d'un an de prison, 15 000 € d'amende** dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.

	DÉFINITION	TEXTES APPLICABLES
HARCÈLEMENT SEXUEL	Fait d'imposer à une personne **de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle** qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Est assimilé au harcèlement sexuel, **le fait même non répété**, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle.	Délit définit par l'article 222-33 du Code Pénal. **Passible de 2 ans de prison et 30 000 € d'amende d**ont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
EXPOSITION A LA PORNOGRAPHIE	Ou tentative d'exposition à la pornographie. Quand elle met en scène ou est susceptible d'être vue par des mineurs ; le fait de consulter des sites, d'acquérir ou de détenir des images représentant un.e mineur.e et présentant un caractère pornographique.	**Délit** définit par l'article 227-23 et 25 du Code pénal dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
LA CORRUPTION DE MINEUR.E	Le fait par toute personne de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un.e mineur.e	**Délit** définit par l'article 227-22 du Code pénal dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
PROSTITUTION DE MINEUR.ES OU DE PERSONNES VULNÉRABLES	Recours à la prostitution de mineur.es ou de personnes vulnérables.	Article 225-12-1 du Code pénal dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
PROXÉNÉTISME	Le fait d'aider, d'encourager, de tirer profit de la prostitution d'autrui.	Article 225-5 du Code pénal dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
BIZUTAGE	Le fait d'amener autrui, contre son gré ou non, à subir ou à commettre des actes humiliants	Article 225-16-1 du Code pénal dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.

	DÉFINITION	TEXTES APPLICABLES
	ou dégradants, notamment à connotation sexuelle, lors de manifestations ou de réunions liées au milieu scolaire et socio-éducatif.	
MUTILATIONS SEXUELLES	Violences ayant entraîné des mutilations ou une infirmité chez la victime. Sont visées toutes les mutilations y compris les mutilations sexuelles. **Levée du secret professionnel est prévue par l'article 226-14 du Code pénal.**	Délit définit par l'article 222-9 du Code Pénal. **Passible de 10 ans de prison et 150 000 € d'amende** dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
CYBERVIOLENCES (18)		
PROPOSITIONS SEXUELLES A UN.E MINEUR.E DE MOINS DE 15 ANS	Le fait pour un.e majeur.e de faire des propositions sexuelles à un.e mineur.e de moins de 15 ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant Internet ou un moyen de communication électronique similaire.	**Délit** définit par l'article 227-22 du Code pénal. La juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
CYBER HARCELEMENT	SMS avec connotation sexuelle ou sexiste	Harcèlement sexuel définit par l'article 222-33 du Code pénal. **Passible 2 ans et 30 000 € d'amende** dont la juridiction compétente est le Tribunal Correctionnel.
CYBERVIOLENCE SEXUELLE	Conserver ou diffuser des images intimes sans consentement	Délit d'atteinte à la vie privée définit par l'article 226-2-1. **2 ans de prison et 60 000 € d'amende.**
	Menace de diffusion d'images intimes	Menace de commettre un délit définit par l'article 222-17. **2 ans de prison et 30 000€ d'amende.**
	Être forcée à filmer des actes sexuels	Agressions sexuelles définit par l'article 222-28. **7 ans de prison et 100 000 € d'amende.**
		Viol définit par l'article 222-23. **20 ans de prison.**

CIRCONSTANCES AGGRAVANTES	* S'il est commis sur une personne vulnérable (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, état de grossesse, victime en état d'ivresse ou sous emprise de stupéfiants contre son gré). * En raison de l'orientation sexuelle de la victime. * Lorsque l'acte est commis par une un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou toute autre personne ayant autorité de droit ou de fait, une personne qui abuse de l'autorité que lui confère ses fonctions. * Lorsqu'il est commis par le conjoint, concubin ou partenaire pacsé ou par l'ancien conjoint, concubin ou partenaire. * Si l'acte est collectif, ou en concours avec plusieurs autres violences. * Si la victime a été mise au contact avec l'auteur des faits par internet. * Si sous la menace ou usage d'une arme ou agresseur.e sous emprise d'alcool ou de stupéfiant. * Lorsque l'agression est accompagnée de séquestration, de tortures, d'actes de barbarie ou de mort. * S'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.
DÉLAIS DE PRESCRIPTIONS	*C'est le délai pendant lequel une victime est recevable à porter plainte et à engager des poursuites.* La prescription en ce qui concerne **les victimes majeures** Depuis la **loi 2017-242 du 27 février 2017**, les victimes majeures, pour porter plainte, ont : - Pour le viol qui est un crime 20 ans à compter de la date des faits. - Pour les autres agressions sexuelles : 6 ans, à compter de la date des faits. La prescription en ce qui concerne les **victimes mineures** - **Pour les viols et les agressions sexuelles avec circonstances aggravantes 30 ans après la majorité (jusqu'à 48 ans)** - **Pour les autres agressions sexuelles** : 20 ans après la majorité (jusqu'à 38 ans)

[Annexe II]

Questionnaire de recherche.

L'histoire de la violence

- Connaître les récits de la violence (âge du début, typologie de.s agression.s, nombre d'agresseur.e.s)

- Connaître leurs liens avec les agresseurs

- Connaître leur degré actuel de sécurité

- Connaître leurs recours aux soins et aux soignants

- Connaître le degré de soutien par l'entourage

1. Racontez moi votre histoire et les violences que vous avez vécues.
2. Avez-vous subies des violences sexuelles ? *(Déterminer l'âge des premières violences, et le lien avec l'agresseur.e)*
3. Avez-vous eu des conséquences des violences sexuelles ?
4. Si oui, comment faites vous pour y remédier ?
5. Avez-vous eu recours à des soins à la suite de ces violences ?
6. Êtes-vous toujours en contact avec le ou les agresseurs ?
7. Avez-vous déjà parler de ces violences sexuelles ?
8. Avez-vous eu recours à la justice par rapport aux violences sexuelles ?
9. Y a-t-il autour de vous des personnes qui sont au courant de ces violences sexuelles et qui vous comprennent ?

Les perceptions

- Sur la violence sexuelle
- Sur ses conséquences sur la grossesse et le devenir mère
- Sur la prise en charge par les soignants
- Sur leurs besoins

1. Comment se passe votre grossesse ?
2. Pensez-vous que les violences sexuelles que vous avez subies aient un impact sur le déroulement de la grossesse ?
3. Les violences sexuelles se poursuivent-elles pendant votre grossesse ?
4. Est-ce que des souvenirs de violences sexuelles passées vous sont revenues pendant votre grossesse ?
5. Comment vivez-vous les transformations physiques de votre corps ?
6. Comment se passent les examens cliniques nécessaires au suivi médical de la grossesse ?
7. Comment se passe l'accompagnement de votre grossesse par les soignants ?

8. Pensez-vous que le fait d'avoir subies des violences sexuelles rend la grossesse plus difficile ?

9. Avez-vous des besoins particuliers par rapport à la grossesse et l'enfant à naître ?

10. Quelles auraient été les mesures de protection dont vous auriez eu le plus besoin pour cette grossesse par rapport à vos antécédents de violences sexuelles ?

Les projections

- Sur le continuum de la grossesse, l'accouchement et de l'allaitement
- En tant que mère
- Sur l'enfant à naître

1. Comment vous projetez-vous en tant que mère ?
2. Pensez-vous que les violences sexuelles aient un impact sur le devenir mère ?
3. Comment vous projetez-vous sur l'accouchement ?
4. Pensez-vous que les violences sexuelles puissent impacter sur l'accouchement ?
5. Comment appréhendez-vous la responsabilité d'un enfant ?
6. Avez-vous peur de reproduire la violence que vous avez subi ?
7. Comment vous projetez-vous sur l'allaitement ? A t-il un lien avec vos antécédents de violences sexuelles ?
8. Que représente pour vous cet enfant ?
9. Le sexe de l'enfant a-t-il une importance ?

[ANNEXE III] Recommandation de bonnes pratiques clinique par Muriel Salmona (1)

1. L'intervenant-e doit être soutenu-e par une politique globale de santé publique et d'action sociale qui met en place un plan de lutte efficace contre les violences, et contre l'impunité des agresseurs, qui s'engage à tout faire pour protéger et accompagner les victimes, pour qu'elles obtiennent justice et réparations, et qu'elles puissent accéder rapidement à des soins sans frais par des professionnels formés dans des centres dédiés sur tout le territoire et les DOM-COM.

2. L'intervenant-e doit être formé-e, il ou elle doit connaître la réalité des violences et de leurs conséquences sur la vie et la santé des victimes, ainsi que les mécanismes psychotraumatiques à l'œuvre, savoir les repérer, les rechercher et les identifier. Il ou elle doit être capable de se référer à la loi.

3. L'intervenant-e doit être engagé-e dans la lutte contre toutes les violences, contre toutes les discriminations et les inégalités de droits. Il ou elle doit se positionner contre le système agresseur quel qu'il soit (en prenant garde de ne pas être contaminé-e par les idées fausses), contre la loi du silence et pour un monde juste et cohérent.

4. L'intervenant-e garantit que l'espace de prise en charge est accueillant, sécurisant, solidaire, bienveillant, et qu'il ou elle respecte tous les droits humains de la victime, particulièrement le droit à la sécurité, à ne pas subir de nouvelles violences, à la santé, à la justice, au respect de sa dignité et de son intégrité, et à la confidentialité.

5. L'intervenant-e doit être le « témoin éclairé » des violences commises à l'encontre de la victime, il ou elle doit les rechercher (dépistage universel), en être à l'écoute et en reconnaître la réalité et la gravité en les nommant précisément. Il ou elle doit rappeler que rien de ce qu'a fait la victime ne justifie la violence, et attribuer la responsabilité de la violence à l'agresseur.

6. L'intervenant-e prend en compte la parole de la victime, ce qu'elle ressent, son expertise concernant sa situation, et tout ce qu'elle a déjà mis en place, tout en lui donnant tous les outils dont elle a besoin pour éclairer son jugement et se libérer de l'emprise et de tous les mensonges et des incohérences du système agresseur. Il ou elle doit respecter le temps de la victime, et lui apporter soutien, aide dans toutes ses démarches, y compris judiciaires.

7. L'intervenant-e doit savoir reconnaître le niveau de souffrance et de détresse de la victime et évaluer le danger et les risques qu'elle court. Il ou elle doit prendre garde à ne pas les sous-estimer, ni à considérer que la victime les sur-évalue. Il ou elle doit être attentif-ive à ne pas générer de souffrance par des comportements, des propos ou un vocabulaire inadaptés.

8. L'intervenant-e s'assure de la sécurité de la victime, et doit mettre en place tout ce qui est nécessaire pour la protéger de nouvelles violences. Il ou elle doit être particulièrement attentif-ive à la protection des plus vulnérables (enfants, personnes handicapées, âgées,

malades, en situation d'exclusion, femmes enceintes…) qui peuvent nécessiter des signalements aux autorités.

9. L'intervenant-e a un devoir d'information de la victime sur ses droits, la possibilité de porter plainte, sur les mécanismes de la violence, les connaissances actuelles sur le psychotraumatisme et ses conséquences sur la santé, sur les possibilités de soins et sur toutes les ressources disponibles.

10. L'intervenant-e doit, en concertation avec la victime, informer tous les proches susceptibles de lui offrir un soutien.

11. L'intervenant-e doit travailler en réseau avec tou-te-s les autres professionnel-le-s concerné-e-s, être en capacité de bien orienter la victime, et de s'assurer qu'elle puisse avoir accès à des informations fiables et à des soins spécialisés par des thérapeutes formé-e-s.

12. L'intervenant-e s'interdit le désaveu et la culpabilisation de la victime, mais aussi la banalisation, la minimisation et la dépénalisation des faits. Il ou elle ne se fait pas le relais des stéréotypes et des idées fausses sur les violences, les victimes et les agresseurs. Il ou elle n'est pas en position de juger la véracité des faits rapportés par la victime, ni d'enquêter, ce n'est pas son rôle.

13. L'intervenant-e ne réduit pas la personne à ses troubles des conduites et du comportements, ni à ses symptômes, ni ne considère qu'elle est l'artisane de son propre malheur. Il ou elle doit toujours faire l'effort de les comprendre à la lumière des violences subies comme des conséquences traumatiques et des stratégies de survie.

14. L'intervenant-e doit aider la victime à comprendre ses réactions, ses émotions et ses comportements même les plus paradoxaux comme des conséquences normales et universelles des violences et de la volonté destructrice de l'agresseur dues à des mécanismes psychotraumatiques (sidération, dissociation, mémoire traumatique, conduites d'évitement et de contrôle, conduites dissociantes).

15. L'intervenant-e doit aider la victime à repérer et à dénoncer le discours mystificateur et les mises en scène de l'agresseur et de ses complices qui organisent sa culpabilité, sa honte, son humiliation, son indignité et son absence de valeur, de droits et de légitimité, pour l'en décoloniser. De même l'intervenant-e se garde de toute contamination par ces mêmes discours.

16. L'intervenant-e doit être conscient-e et tenir compte des troubles de la mémoire, de la confusion et du sentiment d'irréalité dus aux processus dissociatifs induits par le pouvoir sidérant des violences, sur la victime et sur lui-même ou elle-même. Il ou elle ne doit pas confondre anesthésie émotionnelle traumatique, amnésie dissociative et absence de souffrance ou indifférence. Le travail thérapeutique consiste justement à sortir la victime de son état de sidération et à désamorcer puis déminer la mémoire traumatique des violences.

17. L'intervenant-e doit être également conscient-e des effets sur la victime des stratégies de survie qu'elle doit mettre en place pour éviter les violences et leur réactualisation par la

mémoire traumatique (conduites d'évitement, contrôle émotionnel, hyper-adaptation, conduites dissociantes), stratégies qui peuvent donner le change et cacher une grande souffrance, ou paraître paradoxales.

18. L'intervenant-e se garde de confondre l'engagement relationnel et émotionnel dans lequel se retrouve piégée la victime de violences (par emprise, loyauté obligée, menaces au sein de la famille, du couple, de l'institution, du travail…) avec une coresponsabilité de la victime.

19. L'intervenant-e s'assure que son positionnement contre toutes les violences reste cohérent et prend donc en compte la situation des enfants, et de l'entourage de la victime. Il s'interdit toute position de domination, toute discrimination et toute violence (qu'elle soit psychologique, physique ou sexuelle). Et il ou elle se positionne contre toutes les violences quel qu'en soit l'auteur (y compris les autres intervenant-e-s et la victime elle-même).

20. L'intervenant-e se considère lui-même ou elle-même comme un « sauveteur », et un soutien éclairé et non comme un « sauveur ». De même, il ou elle n'est pas là pour faire l'éducation de la victime, ni pour lui faire des leçons de morale, ni pour la juger. Il ou elle n'hésite pas à se faire aider quand il ou elle est en difficulté.

DROITS DE REPRODUCTION :

Les mémoires des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.