



HAL
open science

Leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête qualitative menée auprès de sages-femmes grenobloises

Justine Cazenavette

► **To cite this version:**

Justine Cazenavette. Leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête qualitative menée auprès de sages-femmes grenobloises. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02985927

HAL Id: dumas-02985927

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02985927v1>

Submitted on 2 Nov 2020

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**LEVIERS A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES
VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES**

Enquête qualitative menée auprès de sages-femmes grenobloises

Par : CAZENAVETTE Justine

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 17 Juin 2020

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

Année 2019-2020

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

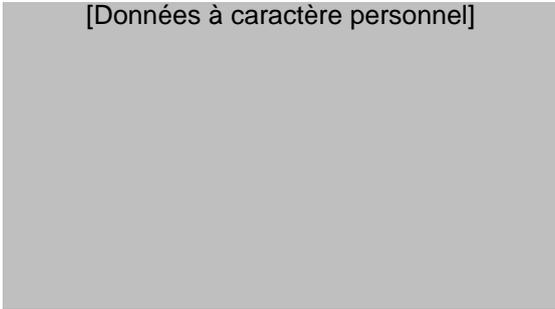
LEVIERS A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Enquête qualitative menée auprès de sages-femmes grenobloises

Par : CAZENAVETTE – Justine

[Données à caractère personnel]



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

Année 2019-2020

RESUME

Objectif : Identifier les leviers à la prise en charge par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs auprès de 20 sages-femmes du bassin grenoblois, exerçant en libéral et en maternité. La participation des sages-femmes fut basée sur le volontariat. Nous étions deux étudiantes sages-femmes à réaliser notre mémoire sur le même thème mais nous n'avions pas le même objectif. Une trame commune à chaque entretien a été réalisée en amont et nous avons défini trois grands axes pour répondre à l'objectif de ce mémoire.

Résultats : 16 sages-femmes ont déjà été confrontées à des patientes victimes de violences conjugales. Leurs connaissances sur ces violences permettent de mieux les appréhender. 15 sages-femmes estiment avoir un rôle à jouer dans cette prise en charge. Etablir une relation de confiance auprès de ces patientes est essentiel. Les réseaux, formations, outils juridiques et actions menées par le Gouvernement sont des ressources nécessaires dans la prise en charge de ces femmes.

Conclusion : Les connaissances des sages-femmes sur les violences conjugales, leurs implications professionnelles et leurs ressources, constituent des leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Mots clés : violences conjugales, leviers, prise en charge, sages-femmes

ABSTRACT

Objective : Identify the levers for the care by midwives of women victims of domestic violence.

Methods : This is a qualitative study conducted by semi-structured interviews with 20 midwives from the Grenoble basin, practicing in liberal and maternity. The midwives' participation was based on volunteering. We were two students midwives doing our thesis on the same theme but we didn't have the same objective. A common framework for each interview was carried out upstream and we defined three main axes to meet the objective of this thesis.

Results : 16 midwives have already been confronted with patients who are victims of domestic violence. Their knowledge of this violence allows them to be better comprehend. 15 midwives reckon they have a role to play in this care. Establish a relationship of trust with these patients is essential. The networks, training, legal tools and actions carried out by the Government are necessary resources in the care of these women.

Conclusion : The midwives' knowledge of domestic violence, their professional implications and their resources are the levers for the care of women victims of domestic violence.

Keywords : domestic violence, levers, care, midwives

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

- Mme SAVOY Delphine, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Présidente du Jury ;

- Dr BARO Patrice, Psychiatre, Praticien Hospitalier CHU Grenoble-Alpes, Co-président du jury ;

- Mme WEISS Stéphanie, Sage-Femme coordinatrice au CH de Chambéry, Sage-Femme invitée du jury ;

- Dr Annie POIZAT, Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

- Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-Directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

- Dr Annie POIZAT, Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, ses connaissances sur les violences conjugales, sa disponibilité, ses conseils et sa bienveillance ;

- Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-Directrice de ce mémoire ;

Pour avoir accepté de co-diriger ce mémoire, sa disponibilité, ses connaissances en méthodologie qualitative et ses encouragements tout au long de ce travail et plus particulièrement durant ces 4 années ;

- Lucile ;

Pour son implication dans notre recueil de données commun, sa bonne humeur et son écoute bienveillante ;

- Les sages-femmes du bassin grenoblois ;

Pour avoir accepté de participer à ce mémoire, sans quoi ce travail n'aurait pas abouti ;

- Ma famille et mes amis ;

Pour leur écoute et leur soutien quotidien.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	8
I. INTRODUCTION	9
II. MATERIEL ET METHODES	11
1. But et type d'étude.....	11
2. Site et durée de l'étude	11
3. Population de l'étude	11
4. L'enquête	12
4.1. Recueil de données.....	12
4.2. L'analyse.....	13
III. RESULTATS ET DISCUSSION	14
1. Population et durée des entretiens obtenus.....	14
2. Limites et biais.....	14
3. Diverses connaissances des violences conjugales selon les sages-femmes.....	15
3.1. Représentations professionnelles des violences.....	15
3.2. Représentations des violences conjugales.....	17
3.2.1. Femmes (enceintes) et violences conjugales.....	17
3.2.2. Différentes formes	18
3.2.3. Mécanisme.....	20
4. Implications des sages-femmes : rôles et attitudes	21
4.1. Sage-femme : un rôle à part entière	21
4.1.1. Dépistage	22
4.1.2. Prise en charge.....	23

4.2. Relation de confiance patiente/sage-femme.....	24
4.2.1. Qualité du suivi.....	24
4.2.2. Ecoute et empathie	25
4.3. Une distance émotionnelle nécessaire.....	26
5. Ressources dans la prise en charge.....	28
5.1. Réseau et travail en collaboration	28
5.1.1. Structures et unité d'accompagnement.....	29
5.1.2. Autres acteurs dans cette prise en charge	31
5.2. Outils juridiques et droits des sages-femmes	32
5.2.1. Signalement et information préoccupante	32
5.2.2. Certificat médical	33
5.3. Formations.....	34
5.4. Un sujet de société	36
IV. CONCLUSION.....	38
V. BIBLIOGRAPHIE.....	40
VI. ANNEXES.....	43

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la traite des êtres humains

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

HCE : Hôpital Couple Enfant

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

HAS : Haute Autorité de Santé

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

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

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

I. INTRODUCTION

Les violences conjugales ont longtemps relevé du domaine du privé et la question de la protection de la femme occupait peu d'importance. C'est au milieu du XXe siècle que le problème des violences conjugales a commencé à être entendu. Et ce grâce à la médiatisation des premiers mouvements féministes en 1970, s'unissant pour dénoncer les violences faites aux femmes et en particulier les violences conjugales [1]. Les lois successives, et notamment la loi du 4 Août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes, ont participé aux actions publiques de lutte et de répression des violences conjugales.

Ces violences touchent toutes les sociétés et cultures. Elles se définissent selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » [2]. En France, une femme sur 10 est victime de violences conjugales [3] et en moyenne, une décède tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint [4].

De nombreuses études montrent que dans 40% des cas, les violences conjugales ont débuté pendant la grossesse, et si déjà présentes, pouvaient s'aggraver durant cette période [5]. La grossesse, mais également le post-partum sont donc des moments privilégiés où la femme peut se confier auprès de la sage-femme. En effet, selon une enquête nationale menée auprès de sages-femmes en 2014 [6], 98% estimaient avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patientes.

Les violences conjugales peuvent revêtir différentes formes, allant des violences physiques, sexuelles ou verbales, à des violences plus insidieuses, telles que des violences psychologiques, économiques et/ou administratives. Elles peuvent être exercées de façon isolée ou répétée. Cependant, ces violences ne sont pas perçues de la même façon au sein de la profession de sage-femme, car elles n'en ont pas toutes la même représentation [7].

Dans son rapport d'activités 2013-2017, la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la traite des êtres humains) [8] déclare que les professionnels (notamment les sages-femmes), doivent être formés sur les violences conjugales, et met également en avant la nécessité de leur apporter des outils, dans le but d'assurer un dépistage mais également une prise en charge adaptée. Ces perspectives laissent alors place à la question de la prise en charge de ces patientes, par les sages-femmes.

Le sujet des violences conjugales est aujourd'hui un problème de santé publique majeur. Lors d'échanges avec d'autres étudiantes sages-femmes ou/et des sages-femmes diplômées, ayant été confrontées à des patientes victimes de violences conjugales, nous nous rendons compte que les facilités liées à la prise en charge de ces patientes, sont différentes d'une sage-femme à une autre.

C'est pourquoi l'objectif de ce mémoire sera d'identifier les leviers à la prise en charge par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales.

II. MATERIEL ET METHODES

1. But et type d'étude

Cette étude a eu pour objectif d'identifier les leviers à la prise en charge, par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales. Pour cela, nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-directifs.

2. Site et durée de l'étude

L'enquête s'est déroulée du 7 Octobre au 10 Décembre 2019, auprès de sages-femmes exerçant dans le bassin grenoblois.

3. Population de l'étude

Nous avons inclus dans notre étude les sages-femmes libérales exerçant dans le bassin grenoblois en milieu rural et urbain, les sages-femmes de consultations, grossesses pathologiques, suites de couches, salle d'accouchement et d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) exerçant au sein d'une maternité de niveau 3 faisant partie du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble. Ont également été inclus(es), les sages-femmes exerçant dans les services de consultations, salle d'accouchement et suites de couches au sein de deux maternités (cliniques) à Grenoble, dont une de niveau 1 et une de niveau 2.

Le choix de ces critères d'inclusion s'est porté sur le fait que nous voulions obtenir différents profils de sages-femmes, ayant des modes d'exercice, des âges et des niveaux d'expérience différents. Cela dans le but d'avoir une population la plus représentative possible.

Nous voulions interroger des sages-femmes, pour lesquelles les violences conjugales n'étaient pas en lien direct avec leur mode d'exercice et qui n'avaient pas de niveau

d'expertise supérieur à la moyenne sur ce sujet. C'est pourquoi les sages-femmes exerçant en PMI (Protection Maternelle et Infantile) et les sages-femmes de l'UTAP (Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal) au sein de la maternité de niveau 3 à Grenoble, n'ont pas été inclus(es).

4. L'enquête

4.1. Recueil de données

La participation des sages-femmes fut basée sur le volontariat. Nous avons fait part de notre enquête aux sages-femmes exerçant à l'hôpital et en clinique à l'aide d'un courrier type (Annexe 1) par l'intermédiaire des cadres des services, que nous avons contacté début Octobre. Nous avons contacté les sages-femmes libérales par appel téléphonique afin de leur expliquer notre enquête et de leur proposer d'en faire partie si elles le souhaitaient.

Nous étions deux étudiantes sages-femmes à réaliser notre mémoire sur le thème de la prise en charge par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales. Cependant, nous avons deux objectifs distincts. Pour l'une l'objectif était d'identifier les leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les sages-femmes et l'autre d'identifier les difficultés auxquelles étaient confrontées les sages-femmes lors de cette prise en charge. Ces deux versants bien que différents, restaient complémentaires et nous permettaient la réalisation d'un recueil de données commun.

Afin d'obtenir des données suffisantes nous avons interrogé une dizaine de sage-femme chacune, jusqu'à saturation des données. L'objectif de notre collaboration était d'avoir un nombre plus important d'entretiens, pour pouvoir ensuite les mettre en commun. En effet, nous avons la même trame d'entretien mais nos résultats ont été analysés de façon indépendante, dans le but de répondre à nos objectifs mutuels.

Une fois les accords des sages-femmes obtenus et les disponibilités posées, nous avons enregistré les entretiens à l'aide d'un dictaphone. Au préalable nous avons rédigé un guide d'entretien (Annexe 2) afin de maintenir une trame commune, tout au long de la discussion.

4.2. L'analyse

Après avoir enregistré les entretiens, nous les avons retranscrits mot à mot à l'aide d'un traitement de texte (Microsoft Word).

Nous avons ensuite classé les verbatims afin de pouvoir construire un plan de discussion permettant de répondre à l'objectif de ce mémoire, selon 3 grands axes principaux :

- I. Diverses connaissances des violences conjugales selon les sages-femmes
- II. Implication des sages-femmes : rôles et attitudes
- III. Ressources dans la prise en charge

III. RESULTATS ET DISCUSSION

1. Population et durée des entretiens obtenus

Au total, 20 sages-femmes ont accepté de participer à cette étude et il s'est avéré que parmi elles quatre exerçaient en CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) quelques heures par semaine, parallèlement à leur activité principale. Pour les sages-femmes des maternités de niveau 1 et 2, elles ont été contactées par l'intermédiaire des cadres des services. De ce fait, nous ne savons pas combien exactement ont été informées et contactées quant à une potentielle participation à notre étude. C'est pour cela, que l'effectif de ces sages-femmes est noté « n = ? » dans notre diagramme de population d'inclusion (Annexe 3).

Toutes les sages-femmes interrogées étaient des femmes avec un nombre d'année d'expérience allant de 6 mois à 37 ans. L'entretien le plus court a duré 17 minutes et le plus long 60 minutes (Annexe 4).

2. Limites et biais

Le premier biais rencontré est le biais de recrutement. En effet, lorsque nous avons contacté les sages-femmes pour leur demander si elles souhaitaient participer à notre étude, nous leur avons dit que nous réalisions un mémoire sur les violences, sans préciser qu'il s'agissait de violences conjugales. De ce fait, les sages-femmes ayant accepté de participer à nos entretiens, étaient intéressées pour discuter de cette thématique.

Le but de cette étude était de pouvoir identifier quels étaient les leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, auprès d'un large panel de sages-femmes exerçant dans le bassin grenoblois. Cependant, volontairement, nous avons décidé de ne pas inclure les sages-femmes exerçant en PMI ainsi que les sages-femmes de l'UTAP, afin de ne pas biaiser les résultats quant aux leviers à la prise en charge, du fait de leurs

connaissances et niveaux d'expertise supérieurs sur le sujet. De ce fait, en voulant supprimer ce biais, un autre est apparu, qui est un biais de représentativité. Les sages-femmes libérales étant plus disponibles à ce moment-là, ont été plus nombreuses à participer à notre étude, entraînant donc une plus grande proportion de sages-femmes exerçant en libéral qu'en maternité. De plus, nous n'avons pas eu d'hommes sages-femmes qui ont participé à notre étude. Nous ne pouvons donc pas conclure que les éléments évoqués dans cette étude, sont représentatifs de l'ensemble des sages-femmes exerçant dans le bassin grenoblois.

Le troisième biais auquel nous avons été confrontées réside dans le fait que les entretiens étaient semi-directifs et que nous étions deux pour les réaliser. De ce fait, malgré une trame commune à chaque entretien, nous n'avons pas évoqué avec les sages-femmes les éléments de la même façon. Parfois certains éléments sont manquants d'un entretien à un autre ou plus approfondis.

La discussion de ce mémoire a été réalisée durant la période de confinement liée au Covid-19. De ce fait, nous n'avons pas pu avoir accès à certaines références bibliographiques, uniquement consultables à la Bibliothèque Universitaire.

3. Diverses connaissances des violences conjugales selon les sages-femmes

3.1. Représentations professionnelles des violences

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes ce que leur évoquait le mot « violence », 14 ont pensé spontanément aux violences conjugales : « *Bah en étant sage-femme c'est vraiment les violences euh les violences conjugales envers la femme ou l'homme* » (SF 5) ; « *Bah violence euh ... Violence la première chose qui me vient, c'est violences conjugales* » (SF 17). Six sages-femmes ont évoqué spontanément les violences

faites aux femmes de façon plus large, représentant « *toute situation d'asymétrie, c'est-à-dire les violences ressenties par la femme* » (SF 8).

Les sages-femmes sont présentes auprès des femmes, tout au long de leur vie, que ce soit durant la grossesse, l'accouchement, durant la période postnatale ou encore, depuis la loi HSPT du 21 Juillet 2009, dans le suivi gynécologique de prévention et de contraception [9]. Cela peut alors justifier, le fait que les sages-femmes pensent aux violences faites aux femmes et notamment aux violences conjugales, car elles sont en contact quotidiennement avec des femmes, dans le cadre de leur travail : « *Et bien comme mon métier c'est un métier de sage-femme, moi je pense aux violences faites aux femmes que ce soit euh [...] violence du conjoint envers sa compagne* » (SF 6) ; « *Violence c'est, bah tout d'abord les violences faites aux femmes parce qu'on en rencontre beaucoup* » (SF 7).

Parmi les 14 sages-femmes ayant évoqué les violences conjugales, 11 ont déjà été confrontées au cours de leur activité professionnelle à une ou des femmes victimes de ces violences. Pour les sages-femmes ayant évoqué les violences faites aux femmes de façon large, cinq d'entre elles ont été confrontées au cours de leur activité professionnelle à une ou des femmes victimes de violences conjugales. Les sages-femmes sont donc fortement confrontées aux femmes victimes de violences conjugales, comme l'a également montré une étude nationale française menée auprès de 1474 sages-femmes en 2014, où 80% d'entre elles ont été confrontées à des patientes victimes de violences conjugales, durant l'année précédent l'enquête [6].

Cela peut alors expliquer en partie, pourquoi les sages-femmes se représentent facilement les violences faites aux femmes et plus particulièrement les violences conjugales, lorsque nous leur demandons ce que représentent pour elles les violences. En effet, en étant

confronté.e à des patientes victimes de violences conjugales, cela permet d'avoir conscience de l'existence de ces violences et donc d'y être un peu plus sensibilisé.e.

3.2. Représentations des violences conjugales

Les sages-femmes se représentent les violences conjugales de façon multidimensionnelle. En effet, trois dimensions ont été évoquées lors de nos entretiens : les victimes de ces violences, les différentes formes de violences conjugales ainsi que leur mécanisme.

3.2.1. Femmes (enceintes) et violences conjugales

Pour toutes les sages-femmes de notre étude, la femme est la plupart du temps la victime de ces violences « *alors en général on dit que c'est les femmes* » (SF 4) et l'homme leur auteur : « *Bah on dit souvent que ce sont des hommes, plutôt des hommes dans les violences conjugales [...] qui vont dominer la femme de manière à ce qu'elle ne soit pas apte à prendre des décisions* » (SF 7). En effet, selon les derniers indicateurs nationaux (2018), pour les faits déclarés de violences conjugales, dans 88% des cas la victime est une femme [4]. La femme est la principale victime de ces violences, mais qu'en est-il durant les périodes de grossesse ?

Selon les études internationales, les femmes enceintes seraient entre 6 et 20% à subir des violences pendant la grossesse [5] et les sages-femmes interrogées ont bien conscience que l'état de grossesse n'épargne pas les femmes de ces violences. Tout d'abord, pour 16 d'entre elles « *la grossesse c'est un facteur déclenchant de violence* » (SF 4) avec « *un gros pourcentage de violences qui démarrent avec la grossesse* » (SF 3). En effet, la grossesse peut être dans 40% des cas, un facteur déclenchant de ces violences [5]. De plus, pour neuf sages-

femmes, les violences s'aggravent et se renforcent pendant la grossesse : « *mais contrairement à ce qu'on peut penser ça n'améliore pas la situation le fait que la femme soit enceinte* » (SF 9) ; « *Les violences s'aggravent pendant la grossesse* » (SF 18). Cette hypothèse est en accord, avec celle évoquée par le Dr Salmona dans l'un de ses articles, où elle explique que la grossesse peut être un facteur aggravant, si les violences conjugales sont déjà présentes [5].

Il n'est pas rare d'entendre que les femmes enceintes sont plus vulnérables et plus fragiles sur le plan psychique et émotionnel. Dans notre étude neuf sages-femmes ont évoqué cette vulnérabilité/fragilité pouvant exister durant la grossesse, « *parce que la phase de grossesse est un moment où il y a un chamboulement hormonal déjà où du coup au niveau moral, de son état d'esprit ça peut engendrer une fragilité* » (SF 17). En effet, dans les textes de loi, notamment dans l'article 222-8 du Code pénal, les femmes enceintes sont considérées comme des personnes dites « *vulnérables* » [10]. De ce fait, l'homme violent profiterait de cette vulnérabilité, pour exercer sa violence, comme le pensent quatre sages-femmes : « *Si tu es enceinte bah tu es plus vulnérable et la personne elle a envie de prendre le pouvoir un petit peu plus* » (SF 11) ; « *la vulnérabilité de la femme, donc euh une possibilité d'affirmer une euh pour celui qui est violent [...] un moyen de pression je dirais* » (SF 6).

La grossesse est donc une période à risque, et le fait d'en avoir conscience permet d'y être plus attentif, afin de mieux dépister/prendre en charge les femmes qui sont victimes de ces violences [11].

3.2.2. Différentes formes

Tout d'abord, les sages-femmes interrogées ont été unanimes quant au lien entre violence conjugale et violence physique « *quelque que soit les types de coups, que ce soit des baffes, tirer les cheveux, enfin frapper* » (SF 15) ; « *des traces avec des bleus, avec des*

marques de strangulation » (SF 1). Selon un article publié dans la Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique, « *parler des violences revient souvent à convoquer l'image des violences physiques et de leurs marques « objectives »* » [12]. Cela venant alors expliquer, pourquoi les violences conjugales sont le plus souvent assimilées aux violences physiques.

Pour respectivement 14 et 12 sages-femmes, les violences verbales avec un « *dénigrement de la personne, insultes, le fait de rabaisser* » (SF 9), « *d'insulter, de mal parler* » (SF 12) et les violences psychologiques « *sous forme aussi de violence morale* » (SF 3) avec « *l'humiliation, le fait qu'elles se sentent inférieures* » (SF 18), ont été évoquées. Mais les violences conjugales c'est aussi des violences sexuelles « *parce que la violence peut être aussi dans la contrainte sexuelle* » (SF 10) avec des « *rapports sexuels non consentis* » (SF 1), des violences administratives avec « *le fait de confisquer euh ... les papiers, des choses comme ça* » (SF 2) et également des violences financières parce « *qu'elle dépend de lui financièrement tout simplement* » (SF 13).

Les violences conjugales représentent en partie, pour les sages-femmes de notre étude, les différentes formes qu'elles peuvent prendre. Douze sages-femmes ont évoqué au moins trois des six formes de violences conjugales existantes, montrant alors leurs connaissances. Selon une sage-femme avoir ces connaissances permet de faciliter la prise en charge, et notamment le dépistage : « *Je lui ai dit « est-ce que vous avez été victime de violence dans votre vie actuelle ou votre vie passée ? » elle me dit « non » et là j'ai énuméré violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles et là elle m'a dit « oui »* » (SF 18). En effet, selon les recommandations 2019 de l'HAS, ces connaissances sont nécessaires afin de pouvoir expliquer aux femmes victimes de violences conjugales les différentes formes sous lesquelles elles peuvent se manifester [11].

3.2.3. Mécanisme

La notion d'emprise a été évoquée par 10 sages-femmes lors de nos entretiens : « *mais quelques fois elle est dans l'emprise* » (SF 8) ; « *Ca évoque euh l'emprise que peut avoir l'homme sur une femme* » (SF 6). Pour une sage-femme, cette emprise est illustrée comme un emprisonnement « *elle est emprisonnée je dirais* » (SF 13), tandis qu'une autre en donne une définition plus claire : « *c'est le fait que le dominant, l'homme soit, euh ... Prenne le contrôle de la femme et prenne le contrôle de sa vie, de son parcours [...] il l'isole. Et du coup il arrive à mettre directement l'emprise sur elle, pour qu'elle dépende de lui seul* » (SF 18). Le Dr Salmona dans l'un de ses articles, décrit l'emprise comme « *une véritable colonisation des processus psychiques et émotionnels par des violences répétées le plus souvent sur de nombreuses années* » [13]. En exerçant des violences qui se répètent dans le temps, le conjoint violent garde un contrôle permanent sur la femme qui en est victime. De ce fait, elle est sous son contrôle en permanence, entraînant alors le phénomène d'emprise.

Selon le Dr P. Malhanche, savoir définir et reconnaître l'emprise, fait parti de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales [14]. L'importance de la compréhension de ce mécanisme prend alors tout son sens, car « *quand on comprend mieux, on est censé mieux prendre en charge.* » (SF 16).

Onze sages-femmes ont évoqué la présence d'un cycle de la violence. En effet, certaines le décrivent comme un cercle se répétant continuellement « *Il y a ce fameux cercle où voilà ça va être un cercle, ça va arriver à une lune de miel puis repartir sur une nouvelle situation de violence* » (SF 8), avec une aggravation de ces violences : « *ça devient un engrenage et ça s'arrête pas et après les choses deviennent peut être plus violentes plus fortes* » (SF 5). En effet, ce fameux cycle, s'illustre sous forme de cercle se composant de 4

phases, avec des épisodes de violences de plus en plus intenses et fréquents dans le temps [11].

Un mécanisme un peu plus progressif peut également se manifester avec « *petit à petit de l'emprisonnement, de la soumission, avec d'abord des interdits, de la violence verbale, puis de la violence physique* » (SF 12). Cette chronologie évoquée, fait écho à l'ouvrage « Penser les violences conjugales comme un problème de société ». En effet, celui-ci explique que l'homme passe aux violences physiques, lorsque les violences psychologiques mais aussi verbales ne sont plus suffisantes pour maintenir la femme dans un état de domination [15]. Mais il fait également référence à la première et deuxième phase du cycle de la violence, entraînant par la suite une minimisation et une phase dite de « *lune de miel* » (SF 5).

Selon une sage-femme : « *la petite histoire du cercle de violence, qui permet de mieux la comprendre et de mieux comprendre l'attitude des femmes dans ce cas là* » (SF 16). Cette connaissance permet donc aux sages-femmes d'expliquer aux patientes les mécanismes de ces violences.

4. Implications des sages-femmes : rôles et attitudes

4.1. Sage-femme : un rôle à part entière

Pour six sages-femmes de notre étude, leur rôle en tant que sage-femme vient s'imbriquer tout naturellement dans celui qu'elles peuvent avoir auprès des femmes victimes de violences conjugales. En effet, l'une d'entre elles estime avoir un devoir de protection envers les femmes de façon générale « *Sage-femme aussi c'était plutôt pour protéger les femmes enceintes ou pas, quand on fait le suivi gynéco on s'occupe aussi des femmes* » (SF 18), tandis qu'une autre évoque l'avantage de pouvoir s'adapter à tous types de situation, en tant que sage-femme « *en fait ça fait partie de notre boulot de sage-femme de s'adapter à chaque situation, et ça c'est un de nos avantages* » (SF 14). Le CNOSF (Conseil National de

l'Ordre des Sages-Femmes) met en avant cette notion en évoquant que « *dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes* » [16], notamment dans les situations à risque, telles que les violences conjugales.

En effet, 16 sages-femmes estiment qu'elles ont un rôle à jouer, à différents degrés, auprès des femmes victimes de violences conjugales : « *Je crois aussi beaucoup au rôle des sages-femmes* » (SF 1) ; « *on peut beaucoup aider les dames* » (SF 18). Mais de quel(s) rôle(s) parle-t-on exactement ?

4.1.1. Dépistage

Seulement un quart des sages-femmes de notre étude évoque leur rôle dans le dépistage : « *à la limite moi effectivement je suis là pour dépister* » (SF 1) ; « *oh je dirais surtout le dépistage* » (SF 9). Ce qui est paradoxale, car en pratique ce rôle est beaucoup plus mis à contribution qu'elles ne le pensent. En effet, 15 des sages-femmes interrogées dépistent ces violences que ce soit par un dépistage systématique et/ou sur signes d'appel : « *C'est vrai que quand j'ouvre un dossier je demande toujours si elles ont été victimes de violences* » (SF 14) ; « *honnêtement moi je le fais que sur points d'appel quand je vois qu'il y a quelque chose qui me semble anormal pour X raisons* » (SF 5).

L'HAS dans ses dernières recommandations, souligne que les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans ce dépistage, de part la réalisation d'un dépistage sur signes d'appel ou systématique [11]. De plus, le rapport d'activités 2013-2017 de la MIPROF va également dans ce sens, en évoquant que les sages-femmes ont un rôle essentiel dans le repérage des femmes victimes de violences conjugales [8].

Le dépistage est la première étape de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, et quand il est fait « *on peut être l'élément déclencheur en posant la*

question. C'est aussi notre rôle à nous » (SF 18). En effet, lorsqu'il est réalisé, cela permet à la sage-femme de prendre place dans la prise en charge, comme l'évoque Mathilde Delespine dans l'un de ses articles « *Le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que sa patiente ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider* » [17].

4.1.2. Prise en charge

Les trois quarts des sages-femmes estiment avoir un rôle à jouer dans la prise en charge à proprement dite de ces patientes. Cela fait écho aux résultats d'une enquête nationale menée par la MIPROF auprès de sages-femmes où 98% d'entre elles estimaient avoir un rôle à jouer dans cette prise en charge [6].

Pour huit sages-femmes interrogées, ce rôle est plus un rôle d'intermédiaire : « *Un rôle de lien, par rapport aux autres professionnels qui sont faits pour* » (SF 15) ; « *pouvoir adresser aux personnes compétentes, ça c'est le minimum que je puisse faire* » (SF 2). Sept sages-femmes estiment en revanche avoir un rôle plus central et notamment d'accompagnement : « *Donc on essaie de donner confiance, d'accompagner, d'écouter, de comprendre et de proposer des solutions* » (SF 6) ; « *Et du coup de les guider petit à petit, parce que ça se fait pas du jour au lendemain, de les amener dans cette démarche d'émancipation et d'autonomie* » (SF 12).

Alors que la MIPROF et l'HAS se rejoignent sur le rôle des sages-femmes dans le dépistage, il y a une disparité concernant le rôle des sages-femmes dans la prise en charge. En effet, la MIPROF évoque un rôle des sages-femmes dans l'accompagnement et l'orientation des patientes qui sont victimes de violences conjugales [8]. Cependant, l'HAS mentionne uniquement un rôle d'information et d'orientation [11]. Néanmoins, elle a publié en 2019 le témoignage du Dr P. Malhanche médecin généraliste, où celle-ci évoque que les professionnels de santé doivent également accompagner les patientes victimes [14].

Les sages-femmes ont donc toute leur place dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et en ont bien conscience. Le fait qu'elles estiment avoir un rôle à jouer auprès de ces patientes, permet de les impliquer d'avantage dans cette prise en charge.

4.2. Relation de confiance patiente/sage-femme

Douze sages-femmes ont évoqué qu'une relation de confiance avec la patiente, était primordiale, afin d'en faciliter la prise en charge. Cette notion est discutée dans un article de revue publié en 2009, où il est cité que « *C'est à travers l'instauration d'un climat de confiance que ces femmes pourront nous autoriser à les aider à progresser dans leur réflexion* » [18]. A travers nos entretiens, nous retrouvons un lien entre relation de confiance, qualité du suivi et écoute attentive de la sage-femme apportée aux patientes victimes de violences conjugales.

4.2.1. Qualité du suivi

La qualité du suivi de part un suivi long des patientes par les sages-femmes, est souvent revenue lors de nos entretiens.

Tout d'abord, huit sages-femmes ont évoqué qu'exercer en libéral permettait d'instaurer une relation de confiance avec les patientes car « *c'est vrai qu'on a souvent en libéral des liens assez privilégiés avec les mamans* » (SF 3). En effet, en étant en libéral, les sages-femmes voient les femmes durant une longue période, entraînant une certaine qualité et continuité du suivi. Le fait de voir régulièrement la patiente favorise donc la mise en place d'une relation de confiance : « *Je trouverai des excuses pour avoir des rendez-vous assez rapprochés, pour la voir plus régulièrement et pour que le climat de confiance puisse s'établir* » (SF 10). De plus, elles peuvent guider ces patientes petit à petit vers une prise en

charge et ont plusieurs moments pour pouvoir la mettre en place, comme l'évoque une sage-femme : « *Les sages-femmes qui suivent une maman jusqu'au début de sa grossesse, puis à sa sortie et même le rendez-vous postnatal après, elles ont quand même un certain nombre de mois pour réagir et faire progresser la maman vers une éventuelle prise en charge* » (SF 16).

En effet, les sages-femmes suivent les patientes durant toute la grossesse et de ce fait la relation de confiance qui s'installe permet aux patientes de se livrer d'avantage [11]. Ce suivi permet également aux sages-femmes d'apporter une prise en charge appropriée, que la patiente serait plus encline à recevoir si elle connaît la sage-femme.

Cette notion de qualité du suivi a également été relevée par deux des sages-femmes exerçant en maternité : « *Donc ça me permet pendant tout le temps du suivi de grossesse, d'avoir euh ... D'acquérir un peu la confiance des femmes* » (SF 6) ; « *Notamment en grossesse à haut risque quand elles sont hospitalisées un peu longtemps euh ... et qu'on crée un climat de confiance, elles peuvent nous, parfois nous parler un peu plus facilement* » (SF 9). Comme nous pouvons le voir, le fait d'exercer en maternité dans des services où la sage-femme est amenée à revoir la patiente de part un suivi plus ou moins long, peut permettre également d'instaurer une relation de confiance.

4.2.2. Ecoute et empathie

Tout d'abord, pour 10 sages-femmes il est nécessaire de se montrer à l'écoute et disponible auprès de ces patientes. Selon une sage-femme, prendre le temps auprès des patientes qui sont victimes de violences conjugales, entraîne un moment de partage et d'échange important, ouvrant des portes sur une potentielle prise en charge : « *j'ai vraiment pris le temps de m'asseoir à côté de cette dame, de me dire « je suis disponible que pour vous à ce moment là, on discute », en tout cas elle m'a vraiment raconté énormément de choses et*

puis moi j'ai fait mon boulot de planter des petites graines en disant « bah ce serait peut-être bien de faire ça », enfin de l'orienter de la guider, de la rassurer sur certaines choses » (SF 5). En effet, il est important de créer autour des femmes, un climat leur permettant de se sentir à l'aise pour pouvoir discuter librement [18].

De plus, deux sages-femmes ont cité le mot empathie. En effet, une d'entre elles l'a évoqué en parlant d'une patiente qu'elle avait prise en charge *« Mais je pense qu'elle a senti en moi beaucoup d'empathie »* (SF 1). Tandis que pour une autre, se montrer empathique c'est se montrer disponible *« Je pense que j'essaierai, alors déjà je serais dans l'empathie pour montrer que je suis disponible »* (SF 16). Dans un article de revue sur la relation de soin, l'empathie est décrite comme *« une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance »* [19].

Cette notion fait écho à une étude menée sur l'empathie en 2012, qui évoque que lorsque le soignant exclu le côté purement médical, il se met alors à la portée de son patient, en ayant une attitude empathique. De ce fait, *« le patient se sent écouté et la prise en charge s'en trouve améliorée »* [20]. L'écoute est donc la base de l'empathie, de ce fait il existe un lien non réductible entre les deux, même si les sages-femmes de notre étude ne l'ont pas clairement évoqué.

4.3. Une distance émotionnelle nécessaire

Dans la relation de soin et notamment dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, trois sages-femmes ont évoqué la nécessité de ne pas s'impliquer émotionnellement. *« Alors il ne faut pas se laisser envahir »* (SF 1), explique une sage-femme en parlant des émotions qu'elle peut ressentir lorsqu'elle est face à une patiente victime de violences conjugales. Pour une autre il faut garder une certaine distance professionnelle,

comme dans toute situation à laquelle peut être confrontée la sage-femme : « *Par exemple quand tu fais un accouchement et que cet accouchement concerne un enfant qui va pas bien, ou un accouchement qui ne se passe pas bien. Le fait d'être professionnelle c'est d'avoir suffisamment de distance pour faire les gestes qui faut tout en euh ... Tout en prenant en compte l'urgence et tout en ne s'impliquant pas en compte personnellement* » (SF 6).

Rester à sa place de soignant permet aux patientes qui en ont besoin d'être mieux prises en charge. En effet, il est nécessaire de garder une certaine distance avec ces patientes, selon un article de revue publié sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales [18]. Distance ne veut pas dire manque d'empathie et d'écoute.

Cependant, garder une juste distance émotionnelle est subjectif et ne se maîtrise pas aussi facilement qu'une distance physique. En effet, à travers nos entretiens nous avons observé que les sages-femmes pouvaient rapidement avoir, à l'égard d'une patiente victime de violences conjugales un ressenti en étant « *triste pour la patiente parce que c'est une maman chouette* » (SF 3) ou encore « *déstabilisée, à certains moments perdue, à d'autres inquiète* » (SF 8). De plus, être confronté.e à des patientes victimes de violences conjugales peut renvoyer à un vécu personnel de violences : « *Et puis la violence c'est quand même quelque chose qui renvoie quelque chose de très fort. [...] la violence nous ramène à des choses violentes à nous* » (SF 16).

Selon un étude menée sur la distance professionnelle que nous pouvons assimiler à la distance émotionnelle, le contexte dans lequel s'inscrit la relation de soin ainsi que le vécu personnel et professionnel du soignant influence la capacité à mettre en place cette distance [21]. Une étude nationale menée auprès de sages-femmes en 2014, montre qu'elles seraient 19% à avoir été victimes de violences conjugales au cours de leur vie [6]. Nous pouvons alors

bien comprendre que le vécu personnel peut avoir un impact sur le ressenti des sages-femmes face à ces patientes.

Pour réussir à détecter ses émotions lors de situations difficiles rencontrées et ainsi à maintenir une certaine distance émotionnelle, il est nécessaire de se connaître soi-même. Cette connaissance peut se développer par exemple, au cours de l'expérience professionnelle qui permet au soignant d'analyser et de prendre conscience de ses émotions face à des situations difficiles [22]. Se connaître soi-même est alors un travail constant. « *Mais déjà aussi pour enlever ce poids. Parce que moi j'y pense tous les soirs à ces patientes* » (SF 20) évoque une sage-femme concernant l'intérêt de pouvoir échanger avec d'autres professionnels sur des ressentis particuliers ou des difficultés rencontrées, auprès de femmes victimes de violences conjugales.

5. Ressources dans la prise en charge

5.1. Réseau et travail en collaboration

Dix sages-femmes de notre étude, qu'elles travaillent en libéral ou en maternité, ont souligné l'intérêt non négligeable d'avoir un réseau pluridisciplinaire pour permettre une prise en charge adaptée des femmes victimes de violences conjugales et pour pouvoir les orienter vers les bons professionnels. Cela permettant ainsi de favoriser la prise en charge apportée par les sages-femmes : « *Et puis au fur et à mesure on se fait un carnet d'adresse [...] On a telle personne qui connaît telle personne qui fait ça qui gère super bien ça [...] donc c'est plus facile pour prendre en charge* » (SF 18). « *C'est important pour les mettre en confiance d'avoir un réseau* » (SF 12).

De plus, les réunions d'équipe, notamment au sein des maternités permettent de pouvoir prendre des décisions collégiales vis-à-vis de la prise en charge d'une patiente

victime de violences conjugales. En effet, « *quand on sent des situations floues on en discute en équipe* » (SF 9) et cela permet d'apporter « *des prises en charge collectives* » (SF 7).

Il est donc primordial de travailler en collaboration et d'établir un réseau avec les autres professionnels pouvant agir en parallèle. En effet, le site internet gouvernemental à destination des victimes de violences ainsi qu'aux professionnels concernés par leur prise en charge, met en avant que « *seul cet accompagnement pluridisciplinaire permettra à la victime de sortir du cycle de la violence et de se reconstruire* » [23]. Mais quels sont ces réseaux/professionnels ?

5.1.1. Structures et unité d'accompagnement

Pour 16 sages-femmes, il est important de pouvoir s'entourer d'associations d'aide aux victimes telles que les associations pour les femmes victimes de violences (conjugales) : « *Ces structures là elles vont aussi leur donner des clés [...] ces structures là peuvent leur offrir un logement provisoire [...] donc ça c'est vraiment le bon outil* » (SF 7). Comme notamment l'association Solidarité Femmes Miléna à Grenoble citée par cinq sages-femmes : « *Je l'ai mise en relation avec différentes associations notamment Miléna à Grenoble* » (SF 15) ; « *Elle a été voir l'association Miléna qui l'a prise en charge* » (SF 2). Cette association regroupe au sein de son établissement divers professionnels, entre autre des travailleurs sociaux, et propose des temps d'accueil, d'écoute, d'orientation, d'hébergement, de mise en sécurité et d'accompagnement [24].

Deuxième structure évoquée par 13 sages-femmes : la PMI. Elle est composée d'acteurs médicaux et/ou sociaux. De part sa dénomination Protection Maternelle et Infantile, elle touche un large public comme notamment les femmes enceintes (victimes de violences conjugales) ou en période postnatale ainsi que leurs enfants par exemple. En effet, dans « *la majorité du temps on commence tranquillement avec la PMI* » (SF 9), et celle-ci peut être une

vraie aide à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales car « *la PMI c'est vraiment le réseau avec lequel tu fonctionnes bien. [...] Sinon ouais je me suis sentie soutenue par la PMI, c'était une bonne béquille* » (SF 17). Ces notions viennent être appuyées par celles de Viviane Larman (sages-femmes exerçant en PMI), qui évoque que lorsque des professionnel.le.s suspectent ou connaissent des faits de violences conjugales chez une femme enceinte ou ayant accouché, ils proposent facilement un lien avec la PMI [25].

Ces deux structures sont évoquées dans les dernières recommandations 2019 de l'HAS. Tout d'abord les associations d'aides aux victimes telles que la FNSF (Fédération Nationale Solidarité Femmes) dont fait partie l'association Solidarité Femmes Miléna à Grenoble, sont à prendre en considération dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, notamment dans le cadre d'un travail en réseau. Il est également important d'inclure et de travailler avec la PMI dans cette prise en charge, faisant partie des réseaux médicaux-sociaux [11].

Pour neuf sages-femmes interrogées, l'UTAP au sein de l'HCE (Hôpital Couple Enfant) (maternité de niveau 3 à Grenoble) est une réelle ressource, que ce soit pour des sages-femmes exerçant dans la même maternité ou en libéral. En effet, pour les cinq sages-femmes de notre étude exerçant dans la même maternité, toutes ont évoqué l'UTAP : « *Je sais qu'on a de la chance d'avoir un service d'unité d'accompagnement* » (SF 5) car « *elles les accompagnent et leur proposent des prises en charge plus adaptées que ce que moi je peux leur proposer en salle d'accouchement* » (SF 14). Quatre sages-femmes libérales de notre étude l'ont également évoqué. Cette unité transversale d'accompagnement périnatal est spécifique du réseau grenoblois. Elle permet entre autre d'accompagner les femmes durant la maternité mais également pendant la première année suivant leur accouchement et se compose de psychiatres ainsi que de sages-femmes.

5.1.2. Autres acteurs dans cette prise en charge

D'autres professionnels indépendamment des structures précédentes, ont été évoqués au cours de nos entretiens.

Tout d'abord les professionnels de santé. Pour neuf sages-femmes il « *est important d'en parler avec le médecin traitant qui suit la patiente* » (SF 2) voire même avec le gynécologue-obstétricien qui suit/a suivi la patiente. Six sages-femmes ont évoqué qu'elles se tournent facilement vers leurs collègues sages-femmes pour discuter d'une prise en charge : « *Effectivement comme j'ai mes collègues, je vois un peu avec elles* » (SF 13). Enfin, quatre ont évoqué les psychiatres comme professionnels vers qui orienter ces patientes : « *Donc ça peut être très bien [...] un psychiatre par exemple* » (SF 4).

Les professionnels sociaux ont également été évoqués. Tout d'abord, 15 sages-femmes orientent/orienteraient une patiente victime de violences conjugales vers « *l'assistance sociale ça peut arriver aussi* » (SF6). Mais aussi vers des psychologues parce que « *ça peut être bien d'être épaulée par une psychologue avec qui on a l'habitude de travailler* » (SF 18) ou encore des conseillères conjugales : « *Bah là qui me vient à l'esprit des conseillères conjugales* » (SF 12).

Sept sages-femmes ont exposé l'aspect juridique avec les professionnels travaillant en gendarmerie pour « *faire une main courante* » (SF 11) ainsi que « *tout ce qui est avocat, juriste, juge voilà tous les magistrats. Ouais pour l'aspect juridique* » (SF 18).

Tous ces acteurs évoqués, font partis du réseau pluridisciplinaire à organiser autour des patientes victimes de violences conjugales et de ce fait travaillent en collaboration avec les sages-femmes. Les résultats de notre étude sont à l'image des dernières recommandations de l'HAS, où il est souligné que ce réseau pluridisciplinaire se construit de part un réseau de soins notamment avec des professionnels de santé, un réseau médico-social ainsi qu'un réseau

judiciaire [11]. La MIPROF va également dans ce sens dans son dernier rapport d'activités 2013-2017, avec la mise en avant de former en outre les médecins, sages-femmes, forces de sécurité, magistrats, avocats et travailleurs sociaux « *afin de constituer un socle de connaissances et de références communes sur les violences faites aux femmes* » [8].

5.2. Outils juridiques et droits des sages-femmes

5.2.1. Signalement et information préoccupante

Six sages-femmes de notre étude ont évoqué la possibilité de faire un signalement et/ou une information préoccupante en cas de patientes victimes de violences conjugales. Une a évoqué que pour pouvoir faire ce signalement, la patiente devait être enceinte : « *parce que je sais que légalement on peut le faire parce qu'elle est considérée comme une personne à risque, c'est comme un enfant, mais c'est mieux d'avoir son accord* » (SF 4). Tandis qu'une autre s'interroge sur le principe de signaler à la justice sans le consentement de la patiente : « *Mais sans son consentement est-ce que j'ai le droit de faire intervenir, euh ...La justice ?* » (SF 20). Lors de nos entretiens nous avons pu remarquer que la frontière entre signalement et information préoccupante était mince, car selon une sage-femme « *je peux faire des situations de signalements* » (SF 8), tandis que pour une autre « *sur des situations compliquées on peut être amené à faire non pas des signalements mais des informations préoccupantes* » (SF 9).

Faire un signalement et faire une information préoccupante sont deux actions bien différentes. Tout d'abord, lorsque la sage-femme constate un danger pour des enfants du foyer ou à naître lié à des faits de violences conjugales sur leur mère, elle peut réaliser une information préoccupante auprès de la CRIP (Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes) [11]. De plus, le Code de déontologie des sages-femmes (Article R.4127-316 du code de la santé publique) définit un devoir de protection envers les femmes et

leurs enfants : « *Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* » [26].

Mais la sage-femme peut se délier de son secret professionnel notamment lorsque l'une de ses patientes est victime de violences conjugales. En effet, elle peut réaliser des signalements auprès du « *procureur de la République* » (SF 18). Ce signalement peut être fait sans l'accord de la patiente lorsque celle-ci est enceinte. En revanche cet accord doit être recherché hors période de grossesse [11].

Signalement et information préoccupante, font bien partis de la prise en charge que peut apporter une sage-femme à une femme victime de violences conjugales, même si 14 sages-femmes de notre étude ne l'ont pas évoqué.

5.2.2. Certificat médical

Il est possible de rédiger un certificat médical pour les femmes victimes de violences conjugales, selon cinq sages-femmes interrogées. En effet, selon une : « *on peut faire des certificats [...] où on va observer qu'elles ont eu des violences physiques, on peut dire bah voilà j'ai vu Mme voilà qui porte vraiment de manière très objective des lésions [...] mais voilà de manière très objective je vois ça, je vois ça* » (SF 7). Tandis que pour un autre il faut rester neutre et juste faire une constatation : « *Bah oui comme j'ai dit tout à l'heure on peut faire des certificats de constatations des bleus, griffures. En restant assez neutre et juste. On constate juste* » (SF 15).

Selon l'article R.4127-333 du code de la santé publique, la sage-femme peut établir « *conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents* » [26]. En effet, le CNOSF a établi une fiche pour la réalisation de certificats médicaux de constatation témoignant de violences. Dans cette fiche il est évoqué que la sage-

femme doit se contenter de décrire uniquement les lésions observées lors de l'examen clinique et « *ne peut présenter comme fait avéré des agressions sur la seule foi de déclarations* » [27]. De ce fait, la sage-femme ne doit exprimer aucun jugement ni aucune interprétation.

Ces certificats médicaux permettant par la suite à la patiente d'entreprendre des démarches judiciaires notamment dans le but d'une protection, comme l'évoque une sage-femme de notre étude : « *On constate des violences et qu'il y a donc un certificat médical établi et que la dame va porter plainte et là il y a toute une procédure qui va se mettre en route* » (SF 6). En effet, il est utilisé pour faire valoir les droits des victimes de violences conjugales et notamment pour pouvoir entreprendre des mesures de protection [11].

5.3. Formations

Lors de nos entretiens avec les sages-femmes nous leur avons demandé si elles avaient eu des formations sur les violences conjugales. Au total, 11 sages-femmes ont reçu une formation à ce sujet.

Six sages-femmes de notre étude disent avoir bénéficié d'une formation initiale sur les violences conjugales lors de leur cursus en maïeutique. Parmi ces six sages-femmes, toutes étaient diplômées depuis 5 ans ou moins. En effet, depuis 2013 le diplôme d'Etat de sage-femme intègre la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes, au sein de la formation en « *santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation* » [28]. Ce qui peut expliquer pourquoi plus de jeunes sages-femmes diplômées ont eu des cours à ce sujet contrairement à celles ayant un plus grand nombre d'année d'expérience.

Dix sages-femmes de notre étude ont pu bénéficier d'une formation continue sur la base du volontariat et pour huit d'entre elles ces formations ont été jugées intéressantes et nécessaires. Pour une sage-femme ces formations permettent d'apporter une certaine aisance à

la prise en charge de ces patientes : « *oui je pense que plus on en parle et plus on se forme, plus on agit plus on est déjà à l'aise d'en parler. Et puis à l'aise pour agir après* » (SF 12). Mais elles peuvent également être des moments de rencontres bénéfiques avec d'autres acteurs de la prise en charge de ces femmes : « *Mais utile de débattre avec d'autres, de voir comment enfin, comment font d'autres aussi* » (SF 1). Ces formations peuvent se dérouler sous forme de « *conférences sur les violences faites aux femmes* » (SF 3) ou encore sous forme d'« *ateliers qui sont faits, où on va rappeler les chiffres sur les violences faites aux femmes, des manières aussi de ... De les dépister, de les prendre en charge* » (SF 7).

Depuis le 4^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2014-2016) des progrès ont pu être observés dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales [29]. Cela peut être lié à la création de formations continues, avec la mise à disposition par la MIPROF d'outils, se déclinant en kits pédagogiques à destination des professionnel.le.s (de santé) [3]. Parmi ces kits, nous pouvons retrouver le Kit Anna constitué d'un court-métrage ainsi que d'un livret d'accompagnement. Il permet d'informer les professionnels de santé et notamment les sages-femmes sur les mécanismes des violences conjugales, le repérage et la prise en charge des patientes qui en sont victimes [8].

Cependant, même si ces formations sont jugées nécessaires, « *quand on met pas en pratique on oublie assez rapidement, mais ça revient vite* » (SF 5). Pour deux sages-femmes il serait alors intéressant de pouvoir être formé.e.s plus régulièrement à propos des violences conjugales, qu'une formation en amont ait été réalisée ou non : « *Parce que je pense qu'on a besoin de piqûres de rappel* » (SF 20) ; « *qu'on en entende très régulièrement parler en formation. Je crois que c'est important d'avoir des piqûres de rappel qui soient professionnelles* » (SF 16).

De plus, malgré la mise en place de plans de formation, huit sages-femmes de notre étude n'ont bénéficié ni de formation initiale, ni de formation continue sur le sujet des violences faites aux femmes. Néanmoins six d'entre elles aimeraient en réaliser une car elles trouvent que ça pourrait être utile : « *Ca peut être une bonne chose je pense, ça peut être utile* » (SF 17). Selon une sage-femme elles sont jugées nécessaires car « *ça permet par contre de diffuser et de sensibiliser beaucoup plus de gens* » (SF 2). « *Mais je sais que j'y pense* » (SF 19) évoque une sage-femme concernant sa participation à une potentielle formation sur ce sujet.

5.4. Un sujet de société

Le quart des sages-femmes de notre étude a évoqué une évolution de la prise en considération des violences conjugales au sein de la société. Pour une sage-femme « *il y a un virage actuel particulièrement cette année, bah avec le Grenelle [...] Il faut qu'on fasse quelque chose. Cette année particulièrement et pourquoi sans doute parce que, parce qu'il y a les médias, parce qu'on en parle différemment, euh c'est un vrai sujet de société* » (SF 1). Tandis que pour une autre c'est « *un domaine assez vaste qu'on entend de plus en plus parler depuis ces derniers mois, années peut être aussi* » (SF 18).

Premier tournant dans l'information et la sensibilisation de la société française sur les violences conjugales, avec la publication en 2000 de l'ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France), et ses données épidémiologiques soulevant la prévalence importante de femmes victimes de violences conjugales (une femme sur 10) [1]. Par la suite, l'année 2019 fut marquée par le premier Grenelle contre les violences conjugales lancé par le Gouvernement, le 3 Septembre 2019. Il a eu pour objectif de « *prendre des engagements concrets et collectifs visant à lutter toujours plus efficacement contre les violences conjugales* » [30].

En amont, le 3919 apporte depuis 2014 une écoute téléphonique anonyme et gratuite ainsi qu'une orientation des femmes victimes de violences. Ce numéro national est géré par la FNSF et comptabilise en moyenne 50 000 appels par an [29]. Le 3919 a été évoqué par cinq sages-femmes de notre étude, qu'elles ont cité comme ressource dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ce numéro figure également sur des affiches de campagne de prévention diffusées par le site gouvernemental dédié à l'information des victimes de violences mais également aux professionnel.le.s les prenant en charge [31]. Des affiches que l'on peut remarquer « *dans les toilettes des femmes en consultation, derrière les portes* » (SF 5) en maternité par exemple, ou encore en salle d'attente de cabinet de sages-femmes libérales : « *On a affiché un panneau en salle d'attente. Il parle des violences conjugales, et du coup je pense qu'il y a un numéro de téléphone là-dessus [...] en mettant aussi qu'est-ce que c'est ça pouvait être comme types de violences* » (SF 13) ; « *Dans la salle d'attente il y a une affiche avec le 3919* » (SF 18).

Toutes ces informations et actions menées ont permis « *une libération un peu de parole déjà. Et puis je pense aussi de la part des professionnels de santé à être plus vigilants sur la question* » (SF 10). Cette sensibilisation progressive de part différents supports, permet à ce que les « *femmes soient informées, les femmes se disent bah finalement je suis pas seule* » (SF 3).

IV. CONCLUSION

Les violences conjugales sont très fréquentes, avec une prévalence de 10% des femmes qui en sont victimes. L'état de grossesse n'épargne pas les femmes de ces violences. En effet, les femmes enceintes seraient entre 6 et 20% à subir des violences conjugales pendant la grossesse. Actuellement ces violences sont un problème de santé publique, auquel les professionnels de santé et notamment les sages-femmes, se retrouvent confrontés dans l'exercice de leur profession.

En effet, les sages-femmes sont en contact quotidien avec les femmes. Notre étude a observé que sur 20 sages-femmes 16 avaient déjà rencontré au cours de leur activité professionnelle au moins une patiente victime de violences conjugales. Leurs connaissances spécifiques sur les différentes formes de violences ainsi que leurs mécanismes, leur permettent de mieux appréhender les patientes qui en sont victimes et la prise en charge s'en trouve améliorée.

Nos résultats quant au rôle qu'estiment avoir les sages-femmes auprès de ces patientes et plus particulièrement dans leur prise en charge, vont dans le sens des études nationales. Leur prise en charge passe par une attitude favorisant la mise en place d'une relation de confiance tout en essayant de garder une certaine distance émotionnelle. Ces éléments sont la clé pour permettre un accompagnement de façon juste et adaptée.

Il est nécessaire pour mieux prendre en charge ces patientes, de s'entourer d'un réseau pluriprofessionnel dans le but d'un travail collaboratif mais aussi de pouvoir entreprendre des

actions juridiques à visée protectrice ou encore d'être formé.e et ce régulièrement sur les violences conjugales.

En parallèle, le Gouvernement s'est emparé en 2019 de cette problématique en lançant le premier Grenelle sur les violences conjugales. En effet depuis plusieurs années, il multiplie les actions dans le but d'une sensibilisation collective à travers différents supports. Cela permet une libération de parole et une prise de conscience favorisant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de ces violences.

Cette étude est la première réalisée dans le bassin grenoblois à mettre en lumière les leviers à la prise en charge par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales. Cependant, elle n'est pas représentative de l'ensemble de la population de sages-femmes. Cela laisse alors place à la réalisation de futures études de plus grande envergure, afin de pouvoir diffuser de façon large les leviers à la prise en charge de ces patientes, dans une société où les sages-femmes sont plus que jamais mobilisées auprès des femmes victimes de violences conjugales.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil supérieur du travail social. La lutte contre les violences faites aux femmes. Rennes: Presses de l'ehesp; 2010.
2. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Ministère des droits des femmes. Le 4ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
4. MIPROF. Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n°14 - Novembre 2019 [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/ONVF%20n%C2%B014-Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf
5. Salmona M, Coutanceau R. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales [Internet]. 2016 [cité 19 avr 2019]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse_et_violences_conjugales.pdf
6. MIPROF. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2015. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf
7. Breysse C. Violences conjugales et dépistage : enquête qualitative auprès de 13 sages-femmes chambériennes. Diplôme d'Etat de Sage-femme: Université Grenoble Alpes; 2017.
8. MIPROF. Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2019] p. 82. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf
9. CNOSF. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
10. Legifrance. Article 222-8 du Code pénal, modifié par la Loi n°2010-930 du 9 août 2010 - art. 4 [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022686361&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100811>
11. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Recommandations [Internet]. 2019 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

12. Escard E, Torreggiani C, Jaquier Erard V. Les représentations des professionnels de santé par rapport aux violences et leur impact sur les patients. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 2015;68:180-95.
13. Salmona M, Coutanceau R. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/2016-Comprendre-lemprise-pour-mieux-protoger-les-victimes-de-violences-conjugales-Muriel-Salmona.pdf>
14. HAS. [Témoignage] Violences conjugales : le soignant, un acteur majeur qui s'ignore [Internet]. 2019 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3108030/fr/-temoignage-violences-conjugales-le-soignant-un-acteur-majeur-qui-s-ignore
15. Ndiaye M. Approches nationales - Religion et traditions utilisées aux fins de justification des violences conjugales : exemple du Sénégal. In: Vasseur-Lambry F. *Penser les violences conjugales comme un problème de société*. Arras: Artois Presses Université; 2018. p. 130-43.
16. CNOSF. Les compétences des sages-femmes [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
17. Delespine M. Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique [Internet]. 2018 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/004626-role-sages-femmes-aupres-dune-femme-victime-violences-quelques-pistes>
18. Debats F, Debats M, Geurts M, Prestat C. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. *Empan*. 2009;1(73):57-69.
19. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;2(89):33-42.
20. Taverne Moreau C. L'empathie : une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière. *Certificat de Capacité d'Orthophonie: Université Lille 2 Droit et Santé*; 2012.
21. Barthel F. La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné à domicile. *Institut de Formation en Soins Infirmiers de Villeneuve-Saint-Georges*; 2012.
22. Chatellier-Rombaut F. Influence des affects sur la `` juste `` distance dans la relation de soin en phase palliative: réflexion à partir de l'accompagnement d'un `` enfant de la lune `` majeur. *Diplôme Universitaire Accompagnement et fin de vie: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6*; 2018.
23. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les principaux acteurs et le dispositif partenarial [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-principaux-acteurs-et-le.html>

24. Solidarité Femmes Miléna. Solidarité Femmes Miléna – Accueil [Internet]. 2020 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfm.fondation-boissel.fr/>
25. Larman V. La sage-femme PMI actrice clé de la prévention et de la protection des femmes enceintes victimes de violences conjugales. Diplôme Universitaire Violences faites aux femmes: Université Paris VIII; 2018.
26. CNOSF. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2012 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
27. CNOSF. Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences [Internet]. 2015 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/notice_certificat_sages-femmes_-_2015.pdf
28. Legifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. 2013 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
29. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. 2017 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
30. Gouvernement. Un Grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales>
31. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Affiches, vidéos et campagnes d'information [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/affiches-videos-et-campagnes-d.html>

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Courrier type à destination des sages-femmes

Objet : Mémoire de fin d'études étudiantes sages-femmes

Bonjour,

Actuellement étudiantes sages-femmes en 5^e année à l'école de Grenoble, nous réalisons chacune notre mémoire de fin d'étude sur le thème suivant : les violences.

Nos études seront réalisées par l'intermédiaire d'entretiens individuels réalisés avec l'une d'entre nous, qui seront enregistrés et anonymisés puis détruits après analyse.

Le but de notre collaboration est de mettre en commun nos données et d'en extraire ce qui est nécessaire pour répondre à nos objectifs mutuels. En effet, nous avons établi une trame d'entretien commune, mais nous n'analyserons pas les résultats de la même façon.

Nos entretiens se dérouleraient d'Octobre à Décembre 2019.

Si vous êtes intéressé(e) pour participer à ces études vous pouvez nous contacter par téléphone ou par mail :

- Blanchard Lucile : [Données à caractère personnel]

- Cazenavette Justine : [Données à caractère personnel]

En vous remerciant par avance pour votre participation et pour l'aide apportée dans la réalisation de notre travail.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements supplémentaires.

Cordialement,

Cazenavette Justine et Blanchard Lucile
Etudiantes sages-femmes en 4^e année à Grenoble

Annexe 2 : Guide d'entretien

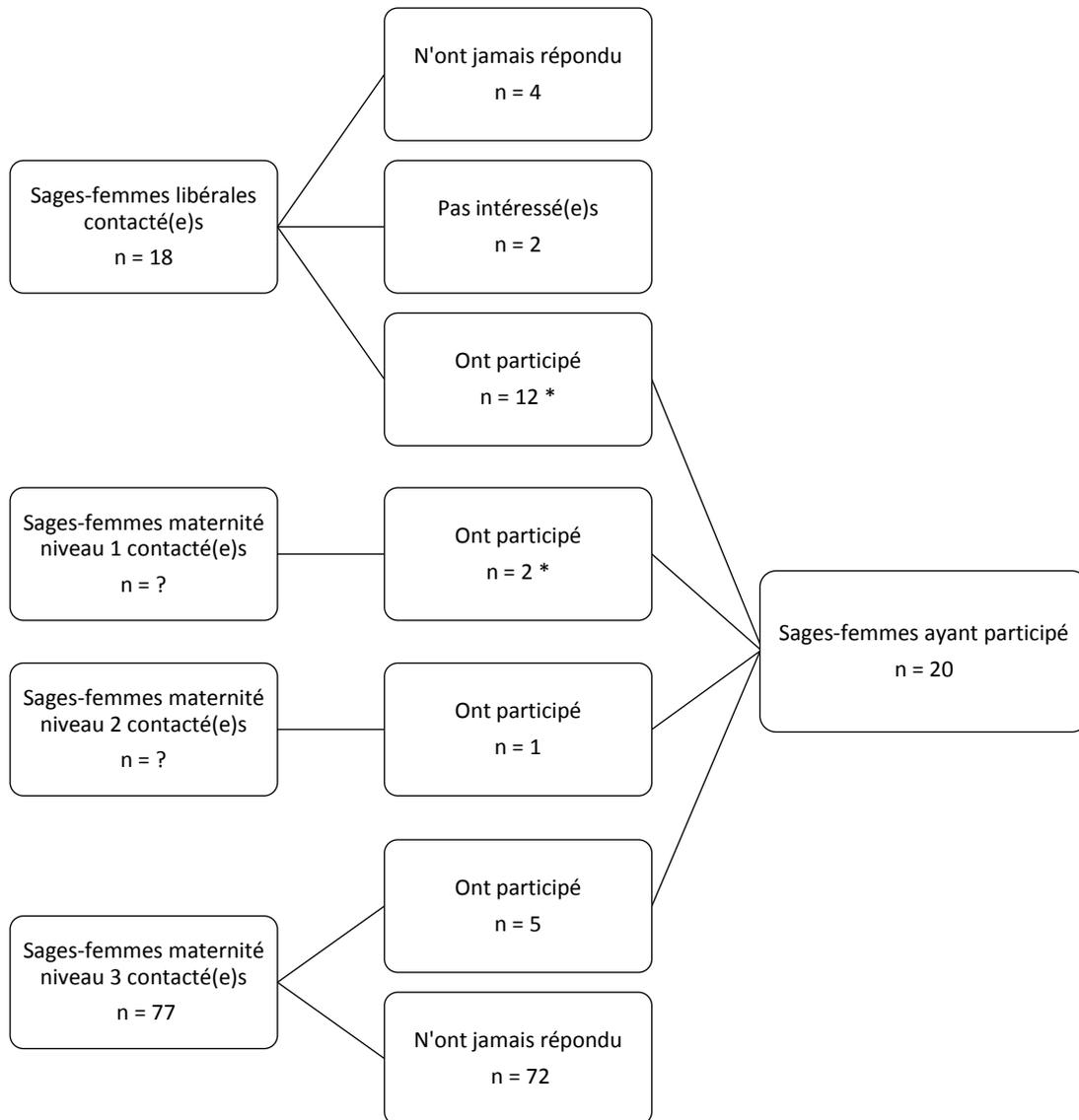
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Cet entretien sera intégré à mon mémoire de fin d'étude portant sur le thème des violences.

Cet entretien est strictement anonyme et sera enregistré si vous n'y voyez pas d'inconvénients.

Avant de commencer avez-vous des questions ?

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
CONSIGNE : En tant que professionnel(le) qu'est-ce que vous évoque le mot « violence » ?		
Vous avez abordé les violences conjugales, nous allons à présent nous intéresser plus particulièrement à ce sujet. Pour vous, qu'est-ce que cela évoque ?		
I. Représentations professionnelles des violences conjugales	<p>1) <u>Représentations des violences conjugales</u></p> <p>-> différentes formes -> mécanisme (cycle de la violence et phénomène d'emprise) -> grossesse et violences conjugales -> ne définissent pas VC de la même manière (diffère selon formations, événements pros vécus ...)</p>	<p>- sous quelles formes peuvent-elles se présenter ? - il y a-t'il un mécanisme en particulier ? / comment cela commence-t-il ? - rapport avec la grossesse ? - proportion de femmes touchées ?</p>
TRANSITION : Nous avons évoqué les violences conjugales d'une façon générale. J'aimerais que l'on s'intéresse maintenant à la prise en charge à proprement dite de ces patientes.		
Pourriez-vous m'évoquer une situation de violence conjugale à laquelle vous avez été confronté(e) au cours de votre activité professionnelle ? Si non, pourriez-vous l'imaginer ?		
II. Réseaux et techniques	<p>1) <u>Situation de violence conjugale</u></p> <p>-> gestion situation / étapes clés prise en charge -> travail en collaboration / réseau -> rôle de la sage-femme dans prise en charge -> ressenti</p> <p>2) <u>Ressources à disposition</u></p> <p>-> formation (en tant qu'étudiant(e) ou dans exercice de la profession) -> signalement/certificat médical -> site du gouvernement (MIPROF) -> autres professionnels au sein de l'établissement ou extérieurs -> droit</p>	<p>- comment l'avez-vous dépisté ? / prise en charge ? / orienté ? - avec qui avez-vous travaillé/travailleriez-vous ? - avez-vous rencontré le conjoint ? si oui comment cela s'est-il passé ? - êtes-vous/seriez-vous à l'aise dans cette prise en charge ? Pourquoi ? Qu'est ce qui vous permettez d'être plus à l'aise ?</p> <p>- ressources connues ? - formations spécifiques sur ce sujet ? - autres professionnels qui pourraient vous aider dans cette prise en charge ? - considéreriez-vous que les ressources que vous avez sont suffisantes ? Pourquoi ?</p>
TRANSITION : Pour terminer, j'ai quelques questions à vous poser afin de mieux analyser cet entretien.		
III. Fin de l'entretien	<p>- homme/femme - année obtention DE - parcours professionnel - mode d'exercice - commentaires / remarques / suggestions</p>	

Annexe 3 : Diagramme population d'inclusion



* Trois sages-femmes libérales et une de maternité de niveau 1 exerçaient en parallèle dans un CPEF

Annexe 4 : Tableau représentant les caractéristiques des sages-femmes interrogées

Sage-femme	Années d'expérience	Lieu d'exercice actuel	Durée entretien (mn)
1	37 ans	Maternité niveau 3	38,3
2	36 ans	Maternité niveau 2	37
3	30 ans	Cabinet libéral	30
4	1 an	Cabinet libéral	19
5	2 ans	Maternité niveau 3	22,4
6	29 ans	Maternité niveau 1	47,4
7	1 an	Maternité niveau 3	31,5
8	28 ans	Cabinet libéral	55
9	18 ans	Maternité niveau 3	60
10	20 ans	Maternité niveau 1	40,6
11	18 ans	Cabinet libéral	17
12	6 mois	Cabinet libéral	29,3
13	4 ans	Cabinet libéral	20
14	3 ans	Maternité niveau 3	22
15	16 ans	Cabinet libéral	29,1
16	30 ans	Cabinet libéral	42,5
17	10 ans	Cabinet libéral	39,4
18	1 an	Cabinet libéral	36,3
19	36 ans	Cabinet libéral	27,1
20	4 ans	Cabinet libéral	25

RESUME

Objectif : Identifier les leviers à la prise en charge par les sages-femmes, des femmes victimes de violences conjugales.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs auprès de 20 sages-femmes du bassin grenoblois, exerçant en libéral et en maternité. La participation des sages-femmes fut basée sur le volontariat. Nous étions deux étudiantes sages-femmes à réaliser notre mémoire sur le même thème mais nous n'avions pas le même objectif. Une trame commune à chaque entretien a été réalisée en amont et nous avons défini trois grands axes pour répondre à l'objectif de ce mémoire.

Résultats : 16 sages-femmes ont déjà été confrontées à des patientes victimes de violences conjugales. Leurs connaissances sur ces violences permettent de mieux les appréhender. 15 sages-femmes estiment avoir un rôle à jouer dans cette prise en charge. Etablir une relation de confiance auprès de ces patientes est essentiel. Les réseaux, formations, outils juridiques et actions menées par le Gouvernement sont des ressources nécessaires dans la prise en charge de ces femmes.

Conclusion : Les connaissances des sages-femmes sur les violences conjugales, leurs implications professionnelles et leurs ressources, constituent des leviers à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Mots clés : violences conjugales, leviers, prise en charge, sages-femmes