



HAL
open science

Les freins rencontrés dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête qualitative auprès des sages-femmes du bassin grenoblois

Lucile Blanchard

► To cite this version:

Lucile Blanchard. Les freins rencontrés dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête qualitative auprès des sages-femmes du bassin grenoblois. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03053704

HAL Id: dumas-03053704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03053704>

Submitted on 11 Dec 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

**Les freins rencontrés dans la prise en charge des femmes
victimes de violences conjugales : enquête qualitative
auprès des sages-femmes du bassin grenoblois**

Blanchard Lucile

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 18 Juin 2020

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année 2020

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

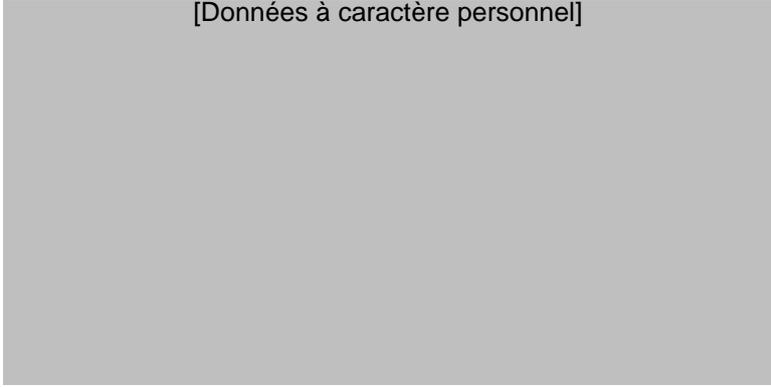
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Les freins rencontrés dans la prise en charge des femmes victimes de
violences conjugales : enquête qualitative auprès des sages-femmes du
bassin grenoblois**

**The obstacles encountered in the medical care of women victims of
domestic violence : a qualitative survey**

Par Lucile Blanchard

[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année 2020

Résumé

But : Identifier les éléments freinant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences par les sages-femmes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de 20 sages-femmes du bassin Grenoblois, travaillant en hôpital, en clinique ou en libéral. La population a été recrutée sur la base du volontariat. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une trame rédigée préalablement et ont été enregistrés afin de permettre une retranscription précise. Pour analyser les données, nous avons défini trois axes principaux permettant de répondre aux objectifs de l'enquête.

Résultats : Toutes les sages-femmes n'ont pas la même conception de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Les connaissances insuffisantes des sages-femmes des mécanismes psychiques qui impactent les femmes victimes de violences conjugales, la difficulté des patientes à intégrer les violences et à agir et les menaces des auteurs des violences envers leur conjointe et l'équipe médicale sont les éléments freinant du suivi. Une insuffisance de réseaux chez certaines sages-femmes et un manque de coordination en équipe sont aussi relevés.

Conclusion : Le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violence par les sages-femmes dépend de la représentation qu'elles ont de ces violences et de leur conception de leur profession. Une étude à plus grande échelle englobant tout les types d'exercices des sages-femmes serait intéressante.

Mots clés : violence conjugale, dépistage, prise en charge, sages-femmes

Abstract :

Objectives : Identify the different elements impeding the screening and medical care of domestic violence by midwives.

Materials and methods : The qualitative survey was realized with semi directive interviews from twenty midwives working in hospitals, clinics and freelance. All of them were volunteers from the Grenoble area. All the interviews were recorded and led with a framework previously established to allow easy retranscription. To analyze data, we defined three main worklines allowing to answer the survey's objectives.

Results : All midwives don't necessarily have the same conception about their role in the screening and medical care of domestic violence. The insufficient knowledge about psychic mechanisms that impact women victims of domestic violence and the difficulties that patients have understanding these and act upon them, as well as the threats from violent perpetrators towards their wife and/or medical team are some of the slowing elements of medical monitoring. Network insufficiency and lack of team coordination can also be noted amongst some midwives.

Conclusion : Screening and medical monitoring of women that are victims of domestic violence by midwives depend on their representation of the violence and the conception they have of their own profession.

Key Words : domestic violence, screening, medical care, midwives

Remerciements :

Je remercie les membres du jury :

Mme Delphine SAVOY,

Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de
Grenoble-UGA, Présidente du jury ;

Mr le Dr Patrice BARO,

Psychiatre, praticien hospitalier CHU Grenoble-Alpes, co-président du jury ;

Mme Stéphanie WEISS,

Sage-femme coordinatrice, Pathologie de la Grossesse et Consultations Gynéco-obstétricales,
membre invité du jury ;

Mme le Dr Annie POIZAT,

Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal à l'HCE du Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire ;

Mme Chrystèle CHAVATTE,

Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de
Grenoble, Co-directrice de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Annie POIZAT, Directrice de ce mémoire,

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son accompagnement, son aide et ses conseils.

Mme Chrystèle CHAVATTE, Co-directrice de ce mémoire,

Pour son écoute, sa disponibilité, ses conseils et sa bienveillance.

Les sages-femmes ayant participé à cette étude,

Pour avoir pris le temps de participer aux entretiens, pour leur confiance.

Justine, avec qui j'ai réalisé le recueil de donnée de ce mémoire,

Pour son sens du travail en équipe, sa rigueur et sa bienveillance.

Ma mère,

Pour avoir patiemment relu chaque ligne de ce mémoire.

Mes amies,

Pour leurs encouragements.

« Le secret du changement, c'est de concentrer toute son énergie, non pas à lutter contre le passé, mais à construire l'avenir »
Socrate

Table des matières :

1. INTRODUCTION.....	2
2. MATERIEL ET METHODE.....	4
2.1 PERIODE D'ETUDE.....	4
2.2 TYPE D'ETUDE.....	4
2.3 POPULATION D'ETUDE.....	4
2.4 L'ENQUETE.....	5
2.5 L'ANALYSE DES DONNEES.....	5
3. RESULTATS ET DISCUSSION.....	6
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE OBTENUE.....	6
3.2 LA METHODE DE RECHERCHE.....	7
3.2.1 <i>Les biais et limites de l'étude.....</i>	<i>7</i>
3.2.2 <i>Les points forts de l'étude.....</i>	<i>8</i>
3.3 UNE VISION DU ROLE DE LA SAGE-FEMME DIFFERENTE SELON LES PROFESSIONNELLES.....	9
3.3.1 <i>Le dépistage.....</i>	<i>9</i>
3.3.2 <i>La prise en charge.....</i>	<i>16</i>
3.4 UN SUIVI DIFFICILE.....	19
3.4.1 <i>Difficulté des femmes à intégrer les violences et à en parler.....</i>	<i>19</i>
3.4.2 <i>Les obstacles venant entraver la prise en charge.....</i>	<i>23</i>
3.4.3 <i>Les difficultés du suivi en équipe.....</i>	<i>29</i>
3.5 UN PROBLEME SOCIÉTAL.....	33
3.5.1 <i>Un manque de ressources.....</i>	<i>33</i>
3.5.2 <i>Des mesures judiciaires insuffisantes et méconnues.....</i>	<i>37</i>
3.5.3 <i>Un modèle sociétal favorisant.....</i>	<i>39</i>
4. CONCLUSION.....	44
5. BIBLIOGRAPHIE.....	46
7. ANNEXES.....	50

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social

HAS : Haute Autorité de Santé

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatale

1. INTRODUCTION

En moyenne, chaque année, 1 % des femmes de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine, soit près de 225 000 femmes, déclarent être victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple. [1] Selon le Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) une femme sur dix est victime de violence conjugales quel que soit son milieu social. [2]

La grossesse est une période de vulnérabilité en raison des changements concernant les besoins physiques, sociaux, émotionnels et économiques qu'elle entraîne. [3] Elle est souvent un facteur déclenchant ou aggravant (6 à 8% des femmes enceintes sont victimes de violence conjugales) [2]

Les sages-femmes sont en première ligne lors du suivi de grossesse de la plupart des femmes et sont donc des actrices importantes du dépistage et de la prise en charge de ces violences. En tant qu'étudiante sage-femme, je me suis déjà retrouvée confrontée à des patientes victimes de violences conjugales. Je me demande comment accompagner au mieux ces patientes dans une situation difficile, en tant que future professionnelle de santé.

La question des violences envers les femmes, dans la société et dans leur foyer, a émergé en 1980, lors de la deuxième Conférence mondiale sur les femmes de Copenhague.

Ces violences, considérées comme un problème de santé, sont circonscrites à l'univers familial. [4]

C'est en 1993 que des mesures transnationales vont commencer à être prises et que ces violences sont reconnues comme des violations des droits fondamentaux.

« Comme toute forme de violence à l'encontre des personnes, les violences conjugales représentent une atteinte au droit fondamental des personnes à vivre en sécurité et une atteinte à leur dignité. Elles entraînent une atteinte à leur intégrité physique et psychique et

sont à l'origine d'importantes conséquences traumatiques car ce sont tous les aspects de la vie de la victime qui peuvent être ébranlés ». [5]

A partir de 1997, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) suivant une démarche scientifique de santé publique, institutionnalise un plan d'action pour la prévention de la violence, notamment à l'égard des femmes et des enfants. [4] C'est donc dans la deuxième partie du XXème siècle que les professionnels de santé ont commencé à être sensibilisés et formés aux violences conjugales.

Depuis de nombreux outils ont été développés, notamment la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), qui a mis en place des ressources en ligne traitant de ce sujet et le développement de réseaux professionnels au sein desquels on retrouve des sages-femmes, qui permettent une prise en charge pluridisciplinaire.

En 2010, la lutte contre les violences faites aux femmes a été déclarée grande cause nationale par l'état Français. [4]

La représentation des violences conjugales a connu une évolution ces dernières années, bien que les femmes qui en sont victimes demeurent nombreuses. Les professionnels de santé ayant une place importante dans la lutte contre ces violences, je me demande quelles sont les difficultés rencontrées par les sages-femmes à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

L'objectif de cette étude sera donc de repérer les freins rencontrés par les sages-femmes lors du dépistage et de la prise en charge des femmes victimes de violences

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Période d'étude : L'enquête a été réalisée du 7 Octobre au 10 Décembre 2019

2.2 Type d'étude : Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes. Un guide d'entretien avait été élaboré en amont (*annexe 1*). Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone.

2.3 Population d'étude : Notre population d'étude devait être composée de sages-femmes exerçant dans des structures diverses pour avoir la plus grande représentativité possible. Nous avons donc interrogé des sages-femmes exerçants au sein de trois structures :

- Un hôpital de niveau 3 faisant partie d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- Une clinique de niveau 1
- Une clinique de niveau 2

Elles travaillaient dans différents services (salle d'accouchement, suite de couches, consultation, grossesse à haut risque et interruption volontaire de grossesse).

Nous avons également inclus des sages-femmes libérales dans l'agglomération de Grenoble, travaillant en milieu rural et urbain.

Pour être inclus, les sages-femmes devaient toujours être en exercice.

Nous n'avons pas inclus dans l'étude les sages-femmes ayant une grande expérience des situations de violences conjugales, car nous souhaitions interroger des sages-femmes pour lesquelles les violences n'étaient pas en lien direct avec leur mode d'exercice. C'est pourquoi nous n'avons pas interrogés de sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatale (UTAP) qui se situe au CHU.

2.4 L'enquête : Nous étions deux étudiantes sages-femmes à enquêter sur le même thème mais en l'abordant avec des angles différents. Ainsi je travaillais sur les freins rencontrés par les sages-femmes à la prise en charge des femmes victimes de violence et l'autre étudiante sur les éléments favorisant cette prise en charge. Ces deux sujets étant complémentaires nous avons pu réaliser ensemble vingt entretiens jusqu'à saturation des données, en utilisant le même guide d'entretien comme trame. Ces entretiens avaient pour objectif de réunir à la fois les freins et les besoins rencontrés par les sages-femmes. Ce recueil en commun nous a permis d'obtenir un plus grand nombre de données.

Le recrutement était basé sur le volontariat.

Nous avons contacté au préalable les cadres des services hospitaliers/cliniques pour savoir s'ils souhaitaient participer à notre enquête et ainsi obtenir leurs accords pour interroger les sages-femmes exerçant dans leurs structures.

Nous avons adressé des mails types (*annexe 2*) aux sages-femmes en structure et des appels téléphoniques aux sages-femmes exerçant en libéral afin de leur expliquer notre enquête et savoir si elles souhaitaient y participer.

2.5 L'analyse des données : Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Puis les enregistrements ont été détruits.

Pour l'analyse, nous avons définis trois grands axes répondant le mieux possible à la problématique :

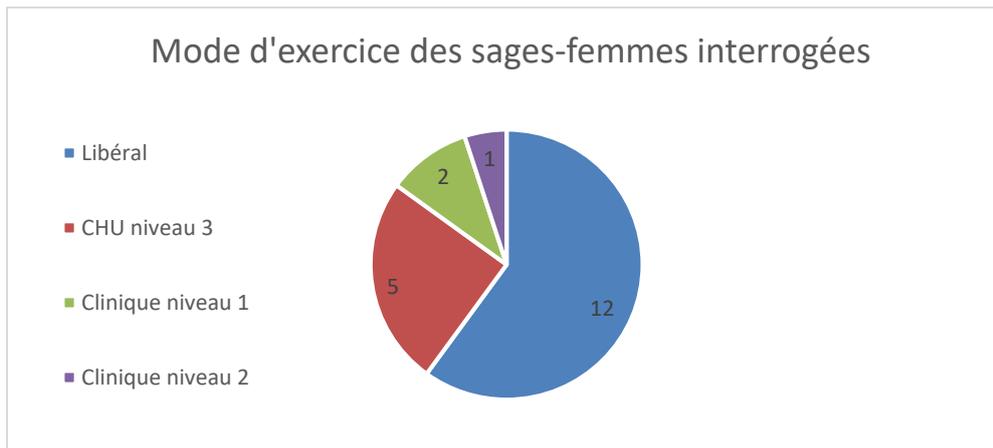
1. Une vision du rôle de la sage-femme différente selon les professionnelles
2. Un suivi difficile
3. Un problème sociétal

Ces trois grandes parties ont ensuite été précisées à l'aide de sous-parties.

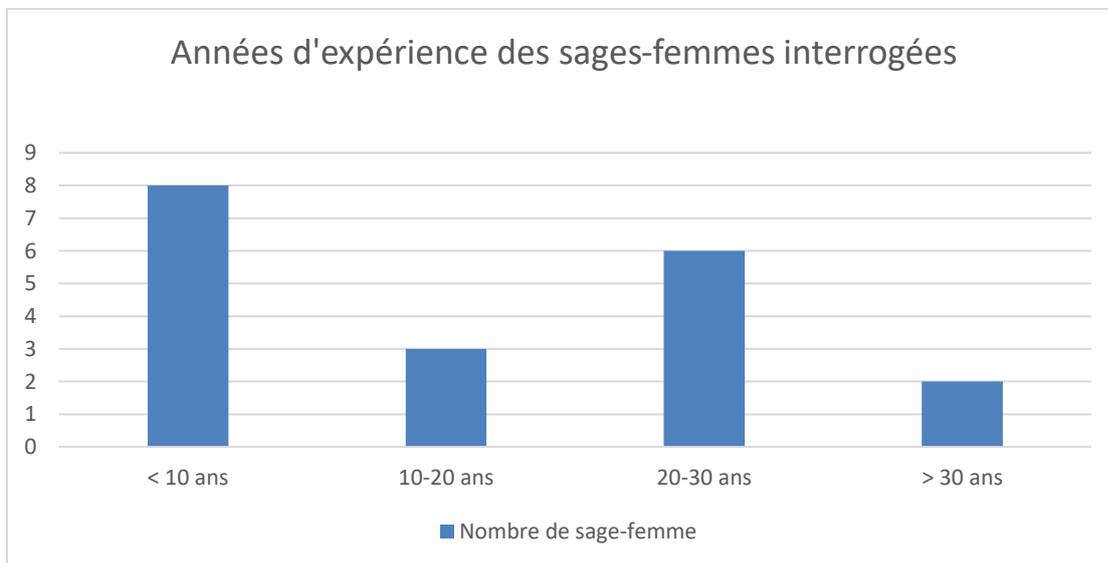
3. RESULTATS ET DISCUSSION

3.1 Description de la population d'étude obtenue

Vingt sages-femmes ont accepté de participer à cette étude. Notre population était composée uniquement de femmes.



4 sages-femmes avaient une partie de leur activité en centre de planification.



Nos entretiens ont duré en moyenne 31 minutes. En annexe le diagramme de la population d'inclusion et le tableau de présentation des enquêtées (*annexe 3 et annexe 4*). Tous les prénoms ont été modifiés pour préserver l'anonymat des sages-femmes ayant accepté de participer à notre étude.

La plupart des victimes de violence conjugale étant des femmes, et les agresseurs étant majoritairement des hommes [1], dans ce mémoire nous considérons les auteurs des violences comme étant de sexe masculin et les victimes comme étant de sexe féminin.

3.2 La méthode de recherche

3.2.1 Les biais et limites de l'étude

Tout d'abord, nous avons pu relever un *biais de représentativité* dans cette étude. En effet, toutes les personnes interrogées sont des femmes car nous n'avons pas obtenu de réponses positives d'hommes pour participer à nos entretiens. Il aurait été intéressant d'avoir le point de vue de sages-femmes de sexe masculin, qui auraient certainement apporté d'autres éléments à notre enquête. Nous n'avons pas intégré tous les modes d'exercice des sages-femmes à notre échantillon, les résultats de cette enquête ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble des sages-femmes.

Notre étude comptait également un *biais de sélection*, le recrutement étant effectué sur la base de volontariat, les sages-femmes interrogées étaient en général intéressées par le sujet et étaient pour la plupart favorables au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Un *biais lié aux entretiens* est également à relever. En effet nous étions deux à réaliser les entretiens et nous disposions du même guide d'entretien semi-directif. Ce guide nous servait de ligne directrice tout en nous permettant d'explorer plus en profondeur certains sujets abordés par les sages-femmes interrogées. Nous avons chacune interrogé les sages-femmes pour obtenir les données nécessaires à l'analyse de nos deux sujets de mémoire, mais n'avons pas approfondi les mêmes thèmes. Ainsi les thèmes relevés n'ont pas été abordés par toutes les sages-femmes.

Pour finir, l'écriture de ce mémoire s'étant déroulé pendant la période de confinement due à la

crise sanitaire liée au Coronavirus, nous n'avons pas pu avoir accès à toutes les sources d'informations normalement disponibles. Ainsi nous n'avons pas eu accès aux documents de la bibliothèque universitaire et une grande partie de nos sources ont été trouvées sur des sites référencés en ligne.

3.2.2 Les points forts de l'étude

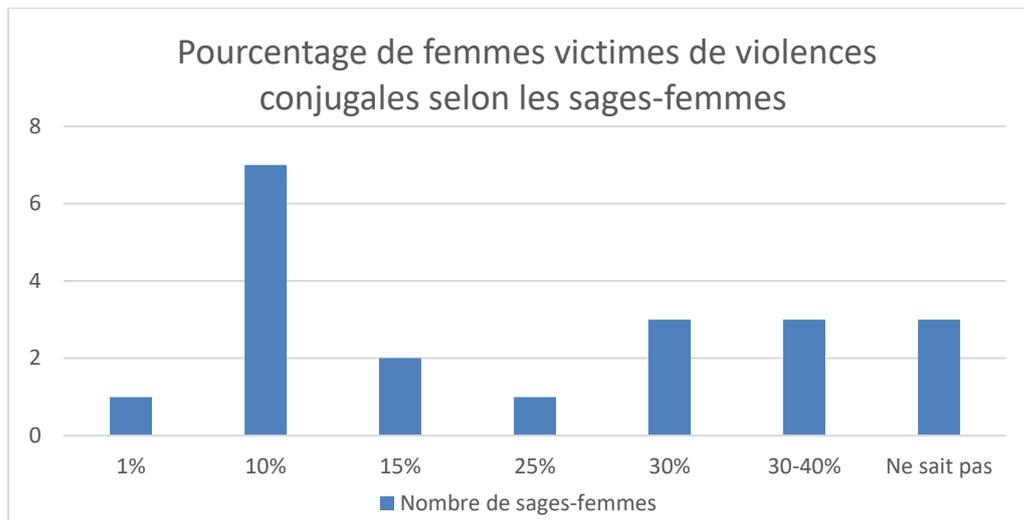
Nous avons réalisé vingt entretiens, ce qui constitue un échantillon important pour un mémoire qualitatif. Nos critères d'inclusions assez larges nous ont permis d'avoir une population d'étude hétérogène en matière d'années d'expérience (la sage-femme la moins expérimentée travaillait depuis 6 mois, la plus expérimentée depuis 37 ans), d'âge, de lieu et de type d'exercice. Cela a été très enrichissant pour nous.

Les sages-femmes interrogées étant volontaires, elles ont accepté de répondre et de développer les thèmes que nous souhaitions approfondir, notamment sur des sujets qui étaient parfois émotionnellement difficiles pour elles. Cela a été possible parce que les entretiens se déroulaient dans des conditions qui assuraient le temps et l'intimité pour que la personne interrogée puisse développer ses propos. Avant chaque entretien, nous avons pris le temps de nous présenter et d'expliquer comment se déroulait un entretien qualitatif.

A la fin des entretiens, plusieurs sages-femmes ont évoqué le fait qu'avoir parlé des violences conjugales leur avait permis d'amorcer une réflexion sur le sujet et leur avait parfois donné envie de se former.

3.3 Une vision du rôle de la sage-femme différente selon les professionnelles

3.3.1 Le dépistage



Selon le CSTS, les professionnels de santé seraient inconscients de l'ampleur du problème des violences conjugales [2] Or nous avons pu constater que plus de la moitié des professionnels interrogés connaissaient le nombre réel de femmes victimes de violences voir le surestimait. Cela peut s'expliquer par le fait que cette enquête date de 2010 et que depuis, les violences conjugales ont pris beaucoup plus d'ampleur médiatique. Seule une sage-femme sous-estime la fréquence des violences conjugales, pourtant plusieurs sages-femmes n'avaient jamais été confrontées à des femmes victimes de violences

Sur notre population d'étude, quatre sages-femmes, Daniela, Pauline, Giulia et Marion n'avaient jamais pris en charge directement de femmes victimes de violence conjugale. Giulia dépiste en systématique, Daniela et Pauline sur signe d'appel, Marion jamais.

Daniela et Pauline ont chacune exprimé au cours de l'entretien les difficultés personnelles que leur renvoyaient les violences conjugales.

« Un suivi ben c'est lourd psychologiquement pour la personne qui prend en charge euh je ne sais pas si je serais à l'aise euh c'est... Ouais je sais pas... [...] Ben parce que on commence à s'identifier en tant que femme euh... que ça peut renvoyer à notre histoire »

(Daniela – Sage-femme en libéral – 1 an d'expérience)

« La violence c'est quand même quelque chose qui renvoi quelque chose de très fort. Je ne sais pas si tout le monde est pareil, mais je ne sais pas si c'est le sentiment d'avoir peur de pas savoir-faire, je pense qu'il est prédominant mais aussi d'avoir à faire à un phénomène, la violence nous ramène à des choses violentes à nous. C'est surtout ça qui est compliqué, et qui fait que parfois ces problèmes là on ne les voit pas sans s'en rendre compte »

(Pauline - Sage-femme en libéral – 30 ans d'expérience)

Le contre-transfert est un concept élaboré par Freud [6] défini par le Larousse comme

« L'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation ». Décrit d'abord par rapport à la relation avec le

psychothérapeute et son patient, elle peut aussi s'appliquer à la relation soignant-soigné. Ici

Daniela et Pauline décrivent l'impact négatif du contre-transfert qu'elles effectuent, (les projections liées à leurs histoires personnelles), sur la prise en charge de leurs patientes.

Pauline explique que la peur ressentie peut constituer un frein au dépistage des patientes car

inconsciemment, elle éviterait de dépister ces patientes pour ne pas être confrontée aux

questions que la violence amène en chacun de nous. Au cours de l'entretien, elle a exprimé la

culpabilité qu'entraîne chez elle cette prise de conscience. Daniela évoque l'incertitude

qu'elle ressentirait face à une femme victime de violence conjugale, elle explique qu'elle

n'est pas certaine d'avoir la capacité de ne pas projeter son histoire personnelle sur celle de sa

patiente, ce qui pourrait impacter son aisance dans la prise en charge et la relation soignant-soigné. Selon l'enquête de la MIPROF environ 20% des sages-femmes ont été exposées dans leur vie à des violences au sein du couple [7].

Marion, Pauline et Giulia évoquent aussi leur peur de manquer de ressource pour prendre en charge ces femmes.

« Et bah là je pense que je serais désemparée parce que on a l'habitude qu'on nous réponde et voilà quand les femmes sont à l'aise qu'elles nous répondent non en général on leur fait confiance aussi, c'est vrai que si on a un doute on va creuser, mais du coup les choses s'arrêtent. C'est vrai quand une femme va nous dire "oui", là on va se faire "aie je ne m'attendais pas à ce qu'elle nous dise oui aussi [...] Moi je suis en début d'exercice donc surtout là moi je me sentirais quand même assez démunie pour pouvoir les orienter en toute conscience »

(Giulia- Sage-femme en CHU – 1 an d'expérience)

Marion ne dépiste jamais. Elle explique qu'au début elle posait la question des violences systématiquement puis qu'elle a arrêté car elle avait l'impression qu'elle était inefficace.

« Au début je la posais tout le temps, parce qu'on m'avait dit qu'il fallait la poser. Mais en fait je trouve que c'est super compliqué, elle amène un sacré blanc avec la patiente, où on la pose la patiente elle nous regarde, elle nous dit « ok ... ». Elle dit « bah non ». Elle est difficile cette question je trouve, parce que pour beaucoup de monde ça tombe un peu comme un cheveu sur la soupe. C'est peut-être aussi parce que je ne suis pas à l'aise quand je la pose. J'en sais rien. Mais c'est ça qui est compliqué avec cette question, on a l'impression qu'on la pose et après derrière bah il y a pas grand-chose, on sait pas quoi en faire. »

(Marion – Sage-femme en libéral – 4 ans d'expérience)

L'enquête menée par le CSTS sur la lutte contre les violences faites aux femmes [2], a relevé qu'un sentiment de frustration quant à la prise en charge dû à l'impression qu'aucun remède n'est efficace et que les perspectives d'amélioration sont faibles peuvent constituer des freins au dépistage et à la prise en charge de ces patientes. Giulia pense que 30% des femmes sont victimes de violences conjugales. Elle pose la question des violences en systématique pendant l'interrogatoire qui permet de constituer le dossier, mais elle explique ne pas essayer d'en savoir plus, prenant la réponse négative de la patiente pour acquise. Elle évoque ensuite le fait qu'elle serait désemparée si elle se retrouvait face à une patiente victime de violence car elle ne saurait pas vers qui l'adresser, ce qui peut expliquer pourquoi elle préfère ne pas questionner les femmes, de peur de se retrouver dans une situation qui pourrait la confronter à un sentiment d'impuissance dû au manque de ressource pour prendre en charge ces patientes. Marion explicite clairement qu'elle a arrêté de dépister car en plus d'avoir l'impression d'entacher le lien avec la patiente, elle pense qu'il n'existe pas de solutions concrètes pour améliorer sa situation. Pour Marion aussi la sensation de manquer de ressource est un frein au dépistage. Selon une étude menée par la MIPROF lorsqu'elles sont confrontées à des patientes victimes de violences, « 81 % des sages-femmes se sont senti-e-s insuffisamment ou pas du tout préparé-e-s. » [7]

A part Marion, une autre sage-femme ne dépiste jamais. Jane a déjà pris en charge des femmes victimes de violence mais explique qu'elle ne leur pose pas de questions car elle pense que les femmes ne vont pas lui dire la vérité.

« Ben quelles sont euh très difficiles à démasquer parce qu'en général les femmes sont, c'est plus souvent les femmes qui subissent ce genre de violences que les hommes, mais elles sont assez mutiques, elles sont silencieuses, elles sont victimes et elles sont peu enclines à livrer

leurs sentiments à ce sujet-là et c'est un peu une cause perdue et donc moi je pense qu'on passe beaucoup à côté de violences. »

(Jane – Sage-femme en clinique de niveau 1 – 20 ans d'expérience)

Selon une étude réalisée en 2016 portant sur le dépistage des violences conjugales par les sages-femmes, 90% des patientes interrogées pensaient que la sage-femme devait « *mettre en évidence les situations de violences à l'égard de ses patientes.* » [8] Une autre étude portée cette fois sur le dépistage de violence par les médecins généraliste met en avant le fait que la majorité des diagnostics de violences restent encore à l'initiative des patientes, alors que la majorité des femmes aimeraient être questionnées [9]. On peut voir qu'ici Jane se représente les femmes victimes de violence conjugale comme se livrant très difficilement et pense qu'il est inutile de dépister car elle ne se confieront pas à elle alors que les études démontrent le contraire. Elle a aussi évoqué le fait qu'elle pensait manquer de ressource et de formation, ce qui explique qu'elle puisse avoir des représentations faussées et qu'elle ne souhaite pas dépister.

Selon la MIPROF « *Poser la question permet aux femmes victimes de violences de voir le-la professionnelle comme un-e interlocuteur-trice prêt-e à entendre ses propos, de se sentir en confiance et libre de parler. Inversement, ne pas poser la question augmente très fortement le risque de ne pas dépister de violences.* »

Sur les sages-femmes restantes, neuf dépistent systématiquement et neuf sur signe d'appel.

Certaines sages-femmes abordent les difficultés à poser la question des violences dans le couple. Elles évoquent la peur de rentrer dans l'intimité, le fait de ne pas être à l'aise avec le sujet ainsi que l'appréhension que les femmes se braquent.

« C'est vrai que quand je vois une femme d'une quarantaine d'années, je voudrais pas leur faire la leçon, enfin c'est difficile je trouve des fois, de trouver la bonne distance. »

(Tatiana – sage-femme en libéral – 36 ans d'expérience)

La difficulté à poser des questions à cause de la sensation d'intrusion dans la vie du couple ou par peur d'offenser la patiente ont été décrits dans l'enquête du CSTS [2]. La violence conjugale est un sujet d'actualité qui n'était pas ou peu abordé auparavant et plusieurs sages-femmes ont évoqué le fait qu'il était difficile pour elles de poser la question actuellement car elles ne se sentaient pas encore légitimes.

Anne évoque les différences de dépistages entre les femmes à haut niveau socio-économique et celles en situation de précarité.

« Une femme qui est d'un niveau socio-économique haut placé, qui est mariée, qui a un travail on ne le demande pas systématiquement elle peut être très isolée. Et très malmenée mais voilà. Du coup peut être l'intérêt du systématique. [...] Moi euh, je vais être honnête je suis, enfin plus attentive aux jeunes couples comme le couple dont je te parlais, pas de travail, très jeune, euh la précarité. Oui. Alors je sais que ça ne touche pas que ces milieux-là. Après c'est là que je dis qu'il y a un frein, un tabou »

(Anne – Sage-femme en CHU – 37 ans d'expérience)

Pour certaines sages-femmes, il est difficile de concevoir ou de comprendre les violences au sein du couple.

« Je pense que si toi dans ta vie personnelle, professionnelle tu y as pas été confrontée à des violences, c'est très difficile de comprendre que des personnes puissent se laisser emprisonner, par exemple dans ces violences. [...] Pour le coup vraiment pour moi c'est

vraiment un autre monde. Et ce qui fait d'ailleurs que je le dépiste mal, que c'est un autre monde et que ça peut pas arriver. »

(Katia – Sage-femme en libéral – 18 ans d'expérience)

Toujours selon le CSTS « *La prise en compte des violences relève aussi des représentations sociales qui en sont faites* » et « *Il n'existe pas de profil type de femme victimes de violence conjugale* ». [2] En effet les études ont estimé que toutes les classes sociales étaient touchées de manière égale par les violences conjugales, mais que les professionnels de santé avaient tendance à plus dépister dans les classes sociales basses. Anne dépiste sur signe d'appel. Elle sait qu'elle a tendance à plus dépister la violence chez les femmes en situation précaire car il est difficile pour elle d'imaginer de la violence conjugale chez des personnes qui viennent de classes sociales plus aisées. Pour Katia, il est difficilement concevable qu'il puisse y avoir de la violence au sein d'un couple, alors qu'elle n'y a jamais été confrontée personnellement. On observe par ces exemples que les représentations personnelles des sages-femmes impactent le dépistage.

Une sage-femme évoque le fait de manquer de temps pour dépister convenablement.

« Alors après sur du quotidien c'est vrai qu'aux urgences quand on fait une consultation en fonction des signes qu'elle nous présente et en fonction du comportement du mari, si il est présent on peut être amené à poser la question, on devrait la poser de façon systématique mais malheureusement c'est des questions qu'il faut aborder je pense avec un minimum de temps devant soi ce qu'on n'a pas toujours aux urgences donc c'est quand même pas toujours facile d'être systématique auprès de toutes les patientes qui consultent »

(Ines – Sage-femme en CHU – 18 ans d'expérience)

On peut constater qu'en fonction de leur histoire personnelle, de leurs formations et de leur représentation des violences, les sages-femmes vont dépister différemment les femmes victimes de violence. Nous allons voir qu'elles ont aussi une représentation différente de leur rôle lors de la prise en charge.

3.3.2 La prise en charge

Nous avons au cours de nos entretiens interrogé les sages-femmes sur leur conception du rôle de la sage-femme dans la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Certaines sages-femmes nous ont répondu que leur rôle était de dépister et d'orienter mais pas d'accompagner les patientes car elles ne pensaient pas avoir les compétences et les ressources nécessaires pour cela.

« Alors après il y a la part sage-femme et il y a cette part là, sociale et qui m'échappe un petit peu, mais c'est pas mon boulot. A la limite moi effectivement je suis là pour dépister, pour orienter. Et puis après c'est plus mon travail. »

(Anne – Sage-femme en CHU -37 ans d'expérience)

« Euh oui oui c'est une évidence, c'est à dire qu'effectivement parce que moi c'est pas, enfin moi euh je suis sage-femme je peux dépister puis j'adresse quoi, ce n'est pas ma compétence d'accompagner. Je pense qu'on est dans le dépistage, on est sage-femme aussi hein. Dans le dépistage et après hein quand on constate ou qu'on... qu'il y a une souffrance et ben, même avant que la violence soit déclarée, toute femme en fragilité ou en souffrance c'est notre devoir de les orienter [...] C'est vrai que moi j'aurais envie de la prendre dans mes bras et de lui dire mais viens, viens chez moi et puis voilà mais c'est pas notre rôle quoi donc euh.... »

(Coline – Sage-femme en libéral – 30 ans d'expérience)

Daniela diplômée depuis un an et jamais confrontée à une femme victime de violence conjugale, n'est pas certaine du rôle de la sage-femme. Elle a expliqué qu'elle pensait orienter sa patiente vers des associations spécialisées et demander conseil à ses collègues sages-femmes. Elle a eu une courte formation lors de ses études mais dit l'avoir oubliée depuis.

Le reste des sages-femmes pense avoir un rôle dans le dépistage et devoir orienter, mais aussi accompagner dans les démarches leurs patientes victimes de violence conjugale.

« Bah déjà un soutien psychologique, il y a des femmes qui viennent en consultation pour un peu déverser leur quotidien, déverser ce qu'elles vivent, nous en faire part. Et du coup bah de les guider petit à petit, parce que ça se fait pas du jour au lendemain, de les emmener dans cette démarche d'émancipation et d'autonomie. Parce qu'en fait c'est ça »

(Lise – Sage-femme en libéral – 6 mois d'expérience)

“Donc on est en fait un genre de, de passeur entre le traumatisme qui existe et le fait qu'elles puissent déposer ça quelque part et qu'on puisse les écouter. Et le fait d'entendre ce qu'elles disent et de l'écouter, souvent ça peut déjà ouvrir des portes [...] Donc je pense que l'intérêt des gens c'est aussi quand ils te parlent c'est que en face ils aient quelqu'un qui les a entendus et qui peut les accompagner dans des démarches ou de leur donner des, pas des solutions parce que les solutions ont les a pas nous mais dans tous les cas des endroits où elles peuvent réfléchir à une façon de se tirer d'affaire. »

(Fatima- Sage-femme en clinique de niveau 1- 29 ans d'expérience)

Les recommandations officielles émises par l'HAS (Haute Autorité de Santé), sont centrées sur le repérage et l'orientation des femmes victimes de violence conjugales et ne mentionne pas leur accompagnement [10]. Toutefois il existe un article sur l'HAS écrit par un médecin

évoquant l'importance d'accompagner les femmes dans leur démarche, classé dans la catégorie « témoignage » [11]

La MIPROF évoque sur son site en ligne l'importance de se former à la prise en charge des violences conjugales pour « *pour mieux repérer, accompagner et orienter les femmes victimes* » [12], l'accompagnement est évoqué comme rôle du professionnel de santé. Une vidéo nommée « kit Anna », ayant pour vocation d'expliquer les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par le-la professionnel-le et le travail en réseau, met en scène un médecin empathique face à une femme victime de violence, dans l'écoute, la bienveillance et l'accompagnement puisqu'il lui propose de la revoir pour l'aider dans ses démarches. [13]

On peut donc voir qu'il y a une disparité entre la HAS qui est une autorité publique à caractère scientifique plutôt centré sur le dépistage et l'orientation, et la MIPROF qui insiste sur le côté social de l'accompagnement de ces femmes.

Nous pouvons relier cette divergence dans la vision de la prise en charge à la théorie du *Care* et du *Cure*. Le *Care*, terme anglo-saxon sans traduction précise en français, ici interprété comme « soin, d'attention ou d'accompagnement » [14], concernerait les soignants qui conçoivent les soins comme une prise en charge globale de la personne, et le terme « être en bonne santé » comme un « état global de bien être physique, mental et social ». Le *Cure* est associé à la technique et aux sciences médicales, le but étant l'absence de maladie donc la guérison. Les soignants travaillant selon le concept *Cure* sont centrés sur le médical qu'il considère comme l'essentiel de leur travail.

Les sages-femmes qui pensent ne pas avoir les compétences pour l'accompagnement pourraient sur cet aspect de leur métier être plutôt dans le *Cure*. Leur devoir étant de prévenir et soigner toutes les affections corporelles, mais pas celles psychologiques et sociales comme

les violences conjugales, d'autres professions étant dédiées à la prise en charge de ces dernières. Alors que les sages-femmes qui considèrent qu'elles doivent accompagner les patientes dans le rétablissement de leur situation (que la violence cesse), sont plutôt là dans une vision *Care* de leur profession, celle d'une prise en charge globale dépassant le strictement médical.

Nous avons pu observer que les sages-femmes interrogées travaillant en libéral ont plus tendances à considérer qu'elles ont un rôle d'accompagnement alors que les sages-femmes travaillant en structure pensent pour la majorité que leur rôle se limite au dépistage et à l'orientation des femmes victimes de violences conjugales. Ces disparités peuvent aussi s'expliquer par les différences structurelles entre le libéral et l'hospitalier, les patientes suivies par les sages-femmes en libéral étant en général prise en charge par la même sage-femme et sur un temps de suivi souvent plus long qu'en structure où les sages-femmes ne travaillent pas tous les jours et sont parfois amenées à ne jamais revoir les patientes.

3.4 Un suivi difficile

La difficulté du suivi a été un thème très abordé au cours des entretiens. En effet les sages-femmes interrogées évoquent de nombreuses difficultés venant l'entraver.

3.4.1 Difficulté des femmes à intégrer les violences et à en parler

L'un des freins au repérage des femmes victimes de violence relevées par les sages-femmes lors des entretiens, est la difficulté pour ces patientes de prendre conscience du fait que leur conjoint est violent envers elle. Certaines patientes nient ou banalisent les violences.

« La deuxième séance, son mari n'était pas là. Et elle m'a dit : oui la dernière fois vous m'avez posé la question. Alors en fait, bon enfin c'est pas grand-chose, mais l'autre jour il m'a traîné par les cheveux devant les enfants, mais bon c'est pas grave »

(Olivia – sage-femme en libéral – 16 ans d'expérience)

Ces non-reconnaisances des violences par les femmes sont expliquées par les sages-femmes par un vécu similaire dans le milieu familial qui aurait amené les femmes victimes de violence conjugale à considérer les violences comme une norme. *« Les femmes parfois se rendent même pas compte qu'il y a de la violence, car elles la subissent depuis qu'elles sont enfants »,*

Un sentiment de culpabilité et la sensation d'être à l'origine de la violence de la part de la patiente est aussi évoqué, ce qui l'empêcherait de se considérer comme victime. *« C'est des femmes qui sont tellement sous emprise que en général de manière assez sincère elles aiment aussi leur compagnon et peuvent penser que bah voilà c'est parce que je l'ai bien cherché, parce que je l'ai mérité, il faut dire aussi que la dernière fois j'ai fais ça, donc c'est normal qu'il s'énerve. ».*

Est aussi abordé le fait que les différents types de violence ne seraient pas perçues de la même manière par les femmes. Ainsi si les violences physiques sont plus facilement repérées, les violences verbales sont plus difficiles à appréhender *« Les violences verbales sont aussi euh... sont souvent beaucoup plus pernicieuses. Voilà on les dépiste moins facilement euh et euh et les femmes en parlent moins je pense, parce qu'elles sentent moins de danger venant de ça alors que le danger il est moral et c'est vrai qu'après derrière ça peut pousser à un vrai mal-être avec des femmes qui vont pas bien du tout jusqu'à l'extrême suicide ou autre hein. »*

Une sage-femme évoque le fait que les violences sexuelles au sein du couple ne sont pas repérées comme telles pour certaines femmes, car elles les conçoivent comme un devoir conjugal *« la violence sexuelle c'est quelque chose euh moins peut-être moins dit d'ailleurs*

qu'une violence physique plus classique ou une blessure parce qu'il y a des femmes qui pensent que c'est leur devoir hein, malheureusement il y a beaucoup de choses ancrées dans la morale de la société où la femme se doit d'être disponible à n'importe quel moment »

Dans son ouvrage traitant des mécanismes de la violence conjugale, le sociologue Daniel Welzer-Lang explique que les femmes reconnaissent les violences quand elles sont persuadées que leur compagnon a voulu leur faire du mal intentionnellement, mais qu'elles ne vont pas identifier les autres violences (souvent des moyens pour l'agresseur d'imposer son contrôle), notamment verbales et psychologiques. *« Elles ne peuvent pas vivre avec l'idée permanente d'être une femme battue, que l'homme qu'elles aiment est un homme violent. »* [15]

Muriel Salmona, Psychiatre, a étudié les psycho traumatismes liés à la violence conjugale. Les résultats de ses études montrent que *« La violence a un pouvoir de sidération qui désactive les fonctions supérieures de la victime, l'expose à un stress dépassé entraînant le déclenchement de mécanismes neurobiologiques de survie pour échapper à un risque vital cardio-vasculaire et neurologique »*. La victime subit alors un psycho traumatisme, entraînant deux symptômes traumatiques : une *dissociation traumatique* qui va entraîner une anesthésie émotionnelle et physique et une *mémoire traumatique* se traduisant par une mémoire émotionnelle des violences non intégrées et non consciente. Tant que la victime reste en contact avec l'agresseur, elle continuera à être déconnectée de ses émotions avec une sentiment d'irréalité, comme si elle était spectatrice des événements.

La transmission inter-familial d'une « culture de la violence » est aussi relevée. [16]
Les mécanismes décrits concordent avec les témoignages des sages-femmes quant aux difficultés pour les femmes de réaliser les violences dont elles sont victimes. Le processus de

déréalisation et la non-intégration des souvenirs traumatiques peuvent les empêcher de concevoir et verbaliser les violences conjugales subies.

Dans les situations où les femmes victimes de violence conjugales ont pris conscience de leur situation, les sages-femmes relèvent des obstacles empêchant les femmes de s'exprimer.

Sont cités la peur de ne pas être crue, la crainte d'être séparée de leurs enfant, la culpabilité de ne pas parvenir par leurs propres moyens à s'extraire de la situation de violence.

« C'est pas forcément une question qu'on pose en général en direct parce que de toute façon sinon elles répondent pas ou elles répondent bah non. Parce que ça relève de l'intime, parce que accepter de dire qu'on est sujet aux violences ça veut dire qu'on est victime donc ça veut dire qu'on est faible et que nous dans le cadre des suivis qu'on fait il y a quand même l'arrivée d'enfant, donc être victime ça veut dire qu'il y a violence, ça veut dire qu'il y a potentiel... les femmes elles savent qu'il y a potentiellement séparation donc elles veulent surtout pas être séparées de leur enfant donc ça, elles ont peur en fait toujours. »

(Jane – Sage-femme en clinique de niveau 1 – 20 ans d'expérience)

La barrière de la langue est aussi évoquée comme frein au dépistage chez les femmes ne parlant pas français.

« Les femmes se taisent par honte, par culpabilité, par peur ou parce qu'elles ne pensent pas pouvoir vivre autrement. De nombreuses femmes se taisent aussi parce que le mythe sur la violence domestique organise l'incompréhension et le silence. » Explique Daniel Welzer-Lang. [16] Il est difficile de comprendre pourquoi une femme victime de violences conjugales reste auprès de son agresseur sans le dénoncer si on n'a pas été sensibilisé aux mécanismes psychiques qui se mettent en place. Les femmes se taisent donc parce qu'elles pensent qu'elles ne vont pas être comprises, même par un professionnel de santé.

Un temps de latence important pour que les femmes réalisent et intègrent les violences est souvent nécessaire et a été évoqué par des sages-femmes comme un frein. En effet, quand les femmes consultent pour un suivi de grossesse, le suivi d'une sage-femme peut être limité temporellement au déroulement de la grossesse et aux premiers mois du post-partum. De plus le temps d'une consultation peut être variable selon les lieux d'exercice. Certaines sages-femmes expliquent qu'il est parfois difficile de traiter les aspects médicaux et sociaux en un temps restreint.

« C'est sûr que c'est une grosse prise de temps aussi et quelques fois au milieu de douze consults j'ai plus le temps »

(Béatrice – Sage-femme en clinique de niveau 2 – 36 ans d'expérience)

« Je ne vais pas peut-être pas pouvoir parler que de ça pendant la consultation parce qu'à la base elles étaient quand même pas forcément venues pour ça »

(Giulia – Sage-femme en CHU- 1 an d'expérience)

Nous allons voir que même une fois la situation de violence conjugale révélée, de nombreuses difficultés freinent la prise en charge.

3.4.2 Les obstacles venant entraver la prise en charge

Les difficultés à avoir un suivi continu sont des obstacles majeurs qui restreignent la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale par les sages-femmes. En effet, le suivi est souvent discontinu car les femmes ne viennent pas à tous les rendez-vous, voir arrêtent le suivi en cours en ne se présentant plus du tout aux consultations.

« Donc soit il faut la revoir, mais est-ce qu'elle va revenir ? Je pense que c'est ça qui est le plus compliqué, donc dans l'idée j'aimerais bien faire tout ça, après est-ce que j'ai le temps de le faire ? C'est pas garanti. »

(Katia – Sage-femme en libéral – 18 ans d'expérience)

« En fait ces patientes elles sont pas euh fidèles, bon on a des nouvelles puis on en a plus puis d'un coup elle nous rappelle. [...] Mais c'est des gens moi j'ai donné plusieurs rendez-vous et à la fin elle est plus venue quoi ... »

(Béatrice – Sage-femme en clinique de niveau 2 – 36 ans d'expérience)

Il est souvent difficile pour les professionnels de comprendre pourquoi les femmes victimes de violence ne viennent pas toujours aux rendez-vous, semblent accepter l'aide proposée puis du jour au lendemain ne donnent plus de nouvelles. Ce comportement paradoxal dû aux effets des mécanismes psychosomatiques qui impactent la victime *« l'empêche de se libérer de son conjoint violent, la condamnant à des allers et retours qui vont encore plus la priver de soutien, les proches et les professionnels ne comprenant et ne supportant pas ces comportements qu'ils jugent incohérents »* (M.Salmona) [16]

Cette méconnaissance des mécanismes en jeu entraîne une incompréhension de la part des professionnels, qui n'arrivent pas à expliquer pourquoi les patientes viennent de manière aussi discontinue, et pensent parfois qu'elles font preuve de mauvaise volonté.

Les sages-femmes expliquent que le conjoint est parfois à l'origine de ce suivi discontinu. En bloquant l'accès au domicile de la patiente, en l'empêchant de se rendre aux consultations ou en étant tout le temps présent auprès de sa compagne de manière qu'aucune prise en charge ne puisse être élaborée.

« Et en fait ils m'ont envoyée là-bas et du coup quand je me suis retrouvée là-bas, j'ai parlementé 10mn à l'interphone parce qu'il voulait pas me laisser monter, parce que c'était hors de question, mais pour qui je me prenais, quel manque de respect. Un discours complètement ... Alors que j'avais eu sa femme au téléphone la veille, elle m'a dit "oui pas de soucis entre 13h et 14h" ».

(Rose – Sage-femme en libéral – 10 ans d'expérience)

« En tout cas moi j'ai laissé le choix à la patiente quand elle a dit "je veux que mon mari soit pas là" euh j'ai dit vous faites comme vous voulez. [...] voir les patientes sans leur conjoint me paraît très très difficile à mettre en œuvre dans le cadre de la maternité. Ça va être à réfléchir hein »

(Anne – sage-femme en CHU- 37 ans d'expérience)

Les conjoints et auteurs des troubles sont parfois intimidants avec le personnel soignant. Certaines sages-femmes ont en effet été menacées de représailles si elles continuaient à recevoir et aider leurs patientes victimes de violences, allant jusqu'à des menaces de mort.

« Et puis en fait, j'étais pas bien d'y aller, enfin vraiment je me suis levée en me disant en fait il va me tuer. J'étais persuadée de ça, j'avais envoyé un message à ma mère en lui disant « si dans une 1h tu as pas de nouvelles de moi, je suis à telle adresse, tel numéro, tu appelles les flics », alors que ça m'était jamais arrivé. [...] Du coup après ça je m'étais promis que même si ça se passait bien et qu'il était charmant, la 2e fois où j'y allais, je n'y retournerais plus parce que j'étais vraiment pas bien quoi »

(Rose – sage-femme en libéral – 10 ans d'expérience)

« Donc là c'est un peu des menaces de « je vais vous tuer toutes les 2 » bon après j'en prends pas compte de ses mots. En fait il m'a vue un jour rentrer en vélo chez moi. Parce qu'il se trouve que j'habite pas loin de chez eux. Et un jour quand je vais à domicile il me dit « ah

*mais hier je t'ai vu sur ton vélo jaune, t'as pris la rue ***** », je lui dis « bah oui je rentrais chez moi », parce que j'avais pas trop vu encore ses ... Il sait où j'habite, il sait qu'on est en lien, il a vu qu'elle m'avait envoyé des audios donc ... Mais moi je ne sais pas qui appeler »*

(Viviane – Sage-femme en libéral- 4 ans d'expérience)

Des sages-femmes travaillant en structure ont aussi évoqué des cas de violence de la part des conjoints. Toutefois le fait de travailler au sein d'une équipe s'est révélé aidant pour elles car elles ont pu faire appel aux vigiles chargés de la protection des lieux pour leur venir en aide. Les sages-femmes travaillant en libéral même quand elles partagent leur cabinet avec d'autres sages-femmes ne disposent pas des mêmes moyens de protections. Elles vont seules à domicile et sont parfois aussi seules sur leurs lieux de travail. Elles sont donc plus exposées aux risques de violence que leurs consœurs en structure.

On observe ici que la violence dont les conjoints font preuve face aux professionnels de santé a un impact sur le suivi des femmes victimes de violence. Rose a décidé d'arrêter le suivi du post-partum de sa patiente et de confier la suite à la PMI. Viviane n'a pas osé faire appel aux forces de l'ordre malgré les menaces répétées.

Si les conjoints sont violents, ce n'est pas parce qu'ils perdent le contrôle et se laissent aller à des pulsions, mais au contraire parce que la violence est pour eux un moyen d'exercer leur contrôle sur leur conjointe et leur entourage. (Welser-Lang [15]) Ainsi en se montrant violent avec sa conjointe mais aussi avec le personnel soignant susceptible de lui venir en aide, (notamment en faisant appel à d'autres personnes), les hommes violent tentent de garder le contrôle de la situation.

La difficulté des femmes à agir est relatée par beaucoup de sages-femmes. Il faut souvent beaucoup de temps aux femmes pour parvenir à mettre en place des actions leur permettant de sortir des violences. Elles ne vont pas toujours là où on les oriente et n'acceptent pas

forcément l'aide qu'on leur propose. Ces situations sont ressenties comme difficiles et frustrantes par les sages-femmes qui expliquent qu'elles ont parfois un sentiment d'impuissance face à ces femmes en danger qui n'agissent pas.

« Le fait d'être professionnel c'est d'avoir suffisamment de distance pour faire les gestes qu'il faut tout en euh.. tout en prenant en compte l'urgence et tout en ne s'impliquant pas en compte personnellement. Et ça c'est pas facile. Parce que forcément quand on dépiste ce genre de truc, il suffit pas de mettre une perfusion et d'aller chercher le médecin anesthésiste, ça veut dire remettre en question toute la vie d'une famille. C'est comprendre comment ça marche et essayer de faire comprendre à cette femme qui subit tel type de violence depuis je ne sais pas combien d'années qu'elle va, qu'elle va pas se sortir de là comme ça, qu'il faut qu'elle pense à elle et qu'elle sauve sa peau. Et ben, euh ça se fait pas en deux minutes tu comprends ? Autant quand tu es professionnel et que tu as une situation, que tu es un bon professionnel tu es capable de prendre du recul, de dire c'est une situation d'urgence, j'ai les gestes qu'il faut et cette femme elle va s'en sortir. Mais là moi, je, j'ai une situation d'urgence, je vais faire des choses mais je ne suis même pas sûre que cette femme elle s'en sort.»

(Fatima – sage-femme en clinique de niveau 1- 29 ans d'expérience)

« C'est difficile, vraiment de se dire, j'ai fais ce que j'ai pu à mon niveau, chacun a fait ce qu'il a pu... mais après, c'est elle qui a décidé quoi. »

(Elodie – Sage-femme en CHU – 2 ans d'expérience)

Murielle Salmona explique cette difficulté des femmes à se séparer de leur conjoint violent en faisant le lien avec la mémoire traumatique et la dissociation traumatiques qui impactent les femmes victimes de violence. Elle note un processus de répétition, les femmes reviennent vers leur conjoint violent même après une séparation ou se retrouvent un autre partenaire, violent

lui aussi. Bien que cela puisse paraître paradoxal, les victimes de violences se sentent souvent « mieux » (en fait plus dissociées et anesthésiées, voir hypnotisées) avec un conjoint violent que lorsqu'elles sont séparées de lui, et pensent à tort qu'elles l'ont dans la peau et qu'elles l'aiment, alors qu'elles sont en fait tellement terrorisées avec lui qu'un seul regard suffit à les dissocier et à les anesthésier. Se remettre avec un agresseur c'est échapper à sa mémoire traumatique par dissociation, tout en se mettant en danger. [16]

Certaines sages-femmes évoquent l'emprise que le conjoint violent a sur sa compagne et savent qu'il existe un cycle de la violence, mais aucune n'a parlé des processus psychiques expliqués ci-dessus par Muriel Salmonella.

Les sages-femmes interrogées expliquent le fait que la femme violentée ne quitte pas toujours son conjoint, par la présence des freins qui l'en empêche. Sont cités la dépendance économique, la culpabilité de séparer les enfants du père, l'amour qu'elles éprouvent pour leur agresseur et la difficulté à vivre sans ce schéma-là.

Le cycle de violence est caractérisé par 4 moments clés (Ginette Larouche [17]) :

- 1) Une période caractérisée par des **tensions dans le couple**, qui s'accroît progressivement, créant un climat de peur et d'insécurité.
- 2) **L'épisode de violence** psychologique, physique et/ou sexuelle qui place la victime en état de choc.
- 3) La « **justification** » de l'auteur qui tente de reporter la responsabilité sur son ou sa partenaire. Il essaie de rendre acceptable les violences.
- 4) La « **lune de miel** », phase d'amour et de pardon pendant laquelle l'auteur des violences se montre particulièrement attentionné. C'est une période d'espoir de retour au mythe fondateur de la famille qui permet au système familial de se maintenir.

Ce cycle de violence est continu mais son intensité et sa fréquence d'apparition augmente.

Daniel Welzer-Lang explique que les femmes victimes de violence reviennent chez leurs conjoints car elles espéraient produire un électrochoc en partant, pour tenter de renégocier les conditions de vie commune. Quitter leurs conjoints signifie pour elles faire le deuil du mythe du prince charmant, de la famille unie. Il évoque les difficultés pour les femmes une fois sortie du foyer de se reconstruire, de trouver du travail, un logement. [15]

La prise en charge d'une femme victime de violence conjugale nécessite donc souvent un temps de suivi long, nécessaire pour que la femme réalise les violences subies, accepte son statut de victime et parvienne ensuite à élaborer psychiquement et matériellement une nouvelle manière de vivre. Pour l'accompagner dans ses démarches, des professionnels de professions différentes peuvent intervenir. Toutefois le suivi avec de multiples acteurs peut poser des difficultés.

3.4.3 Les difficultés du suivi en équipe

De nombreux professionnels peuvent être acteurs du suivi des femmes victimes de violences conjugales. Ils peuvent être professionnels de santé, travailler dans le secteur social, juridique ou bien faire partie d'associations spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violence. La multiplicité de ces acteurs permet une prise en charge plus complète, mais est aussi une source de difficulté. En effet, certaines sages-femmes interrogées évoquent un problème de lien entre les différents professionnels.

Des sages-femmes aimeraient savoir ce que deviennent leurs patientes et trouvent difficile de ne plus avoir de nouvelles quand elles les ont orientées.

“Ce qui me chagrine c’est de ne pas savoir ce qu’elle est devenue”

(Elodie – Sage-femme en CHU – 2 ans d’expérience)

Pour Lise, il est important d’avoir une communication entre les différents acteurs, car cela permet à la patiente de se sentir soutenue par un réseau solide.

« On a plus de contacts avec les patientes qu’on leur envoie. [...] Là c’est très difficile de les avoir au téléphone, de communiquer avec eux, d’avoir des outils pour que ça fasse une continuité, fin surtout qu’elles voient qu’on se connaît, qu’on s’entraide, qu’on connaît les prénoms des personnes qui vont s’occuper d’elles. C’est important pour les mettre en confiance d’avoir un réseau. »

(Lise – sage-femme en libéral – 6 mois d’expérience)

Françoise Molenat dans son ouvrage « Accompagnement et alliance en cours de grossesse » souligne l’importance de la coordination de la prise en charge en équipe de la femme enceinte, permettant une continuité des soins. Cela permet à la patiente de se sentir en sécurité, surtout en cas de fragilité, comme chez la femme victime de violence conjugale. *« À partir du suivi médical, la grossesse est ainsi mieux reconnue comme l’occasion exceptionnelle de consolider ou de reconstruire la sécurité de base au travers d’un faisceau de relations coordonnées »* [18]

Des sages-femmes expliquent que le suivi du fait de ces différents protagonistes est trop morcelé et qu’il est souvent difficile pour des patientes en souffrance de faire face à de multiples acteurs, émettant parfois des avis différents.

« Parce que en fait je m'aperçois qu'on est de nombreux professionnels à avoir de bonnes intentions, mais ce qu'il faudrait c'est le lien. Euh parce que l'on sait qu'un tel intervient, un autre intervient, parce qu'il y a une intervention ailleurs, on sait que cette dame elle a vu pleins de gens, mais est-ce-que seulement les gens ont pu se mettre en relation les uns par rapport aux autres pour qu'on évite de morceler tu vois. C'est déjà des personnalités ces personnalités ces femmes qui subissent des violences, tu vois des personnalités très éclatées, très, un peu perdu, un peu, (soupir), enfin en souffrance, divisée tu vois. Et au final, on propose des tas de professionnels qui interviennent qui ont chacun un avis, qui sont chacun inquiets mais où finalement j'ai l'impression que il y a rien qui sort tu comprends [...] Alors au final j'ai l'impression qu'on a du mal à ... à faire que notre euh... le nombre qu'on est ça fasse une force. J'ai l'impression que c'est, on divise plutôt qu'on rassemble »

(Fatima- Sage-femme en clinique de niveau 1- 29 ans d'expérience)

Selon l'article « Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique », la multiplicité des partenaires est une source majeure de dysfonctionnement. L'organisation entre les différents acteurs est décrite comme un « *un ballet désorganisé où chacun joue ses propres figures sans trop se préoccuper de celles des autres* ».

Tout réseau a une tendance naturelle au dysfonctionnement. Le nombre de participants, la spécificité de leurs missions respectives, les particularités fonctionnelles liées aux situations dont ils dépendent conduisent inmanquablement à des désaccords, des conflits, des impasses. Si chacun des professionnels concernés ressent des insatisfactions et éprouve généralement le besoin de rencontrer les autres, les rencontres sont souvent dominées par des enjeux idéologiques, de pouvoirs, ou encore économiques et financiers, de sorte qu'elles se résument à des échanges de propos ne permettant pas une évolution tangible dans la levée des difficultés rencontrées [19].

Il y a donc une inefficacité du travail en réseau due à un manque communication et d'organisation entre les différents membres.

Certaines sages-femmes libérales évoquent une plus grande difficulté à avoir un réseau pour prendre en charge les femmes victimes de violence que leurs consœurs en structure qui peuvent directement faire appel à différents professionnels travaillant au sein de la même structure.

Quatre sages-femmes pensent ne pas avoir assez de contact, ce qui les limite dans la prise en charge des femmes victimes de violence.

« Enfin moi ça fait pas non plus hyper longtemps que je suis en libéral. Peut-être le fait d'avoir un réseau encore plus large, peut favoriser le fait de se sentir à l'aise là-dessus »

(Olivia – Sage-femme en libéral – 16 ans d'expérience)

« Parce que je suis pas bien formée c'est pas vrai, bah non mais parce que j'ai pas encore le bon réseau d'adressage [...] Du coup sauf que, euh, quand la patiente est en face de moi je sais pas quoi, vers qui m'orienter de prime abord. »

(Katia – Sage-femme en libéral – 18 ans d'expérience)

Les sages-femmes expliquent leur manque de réseau par le fait qu'elles exercent depuis seulement quelques années en libéral ou qu'elles n'ont pas été assez confrontées à des femmes victimes de violences conjugales et qu'elles n'ont pas pris le temps de développer les contacts qui leur seraient utiles dans ces situations.

3.5 Un problème sociétal

La vision des violences conjugales a évolué au fil du temps. En effet, si les violences conjugales n'étaient pas juridiquement reconnues jusqu'à la deuxième partie du 20^{ème} siècle, elles sont aujourd'hui punies par la loi. [20] Des missions gouvernementales comme la MIPROF ont été créées afin de faire évoluer la situation, et de nouvelles lois ont été édictées. Malgré cela, les sages-femmes interrogées relèvent encore de nombreux freins liés au manque de formations, mais aussi au système juridique et aux représentations sociétales des violences conjugales.

3.5.1 Un manque de ressources

Le manque de formation est l'un des principaux freins relevés dans les entretiens. En effet, une partie des sages-femmes interrogées n'a jamais eu de formation sur les violences conjugales que ce soit pendant leurs études ou au cours de leurs activités professionnelles.

« Après on a des informations indirectes avec euh des publications, des euh des données publiques et cetera. Après une formation vraiment de dépistage et d'accompagnement non j'ai pas eu. On se débrouille avec nos moyens de bord on va dire. [...] Peut-être qu'on manque de formations en tant que sage-femme, alors qu'on est un peu en première ligne finalement parce qu'on est un peu auprès des patientes de façon quotidienne. On voit des choses, on se questionne beaucoup, on en parle entre nous et finalement de tout ça on se débrouille un peu toutes seules sauf quand on a des choses vraiment avérées ou là on se débrouille avec les assistantes sociales. »

(Inès – Sage-femme en CHU - 18 ans d'expérience)

« J'ai pas du tout le souvenir. Ou alors ça a du être 1 ou 2h, mais non non j'ai pas le souvenir. J'ai aucun souvenir de formation à l'école. [...] Et j'ai pas de formation, alors qu'en plus sage-femme, en plus des médecins on a ces 10 minutes de plus où on est beaucoup dans l'écoute... »

(Viviane – Sage-femme en libéral – 4 ans d'expérience)

Seules les sages-femmes diplômées depuis 5 ans ou moins ont eu une formation portant sur les violences conjugales au cours de leurs études, avec des intervenants venus parler spécifiquement de ce sujet. On peut donc constater qu'il s'agit d'un sujet qui a été introduit depuis peu au programme scolaire des étudiantes sages-femmes.

Selon l'enquête MIPROF, environ 7 sages-femmes sur 10 n'avaient pas été formées sur les violences faites aux femmes et plus de 8 sages-femmes sur 10 désiraient l'être. [7]

Plusieurs des sages-femmes interrogées ont en effet exprimé le besoin d'avoir davantage de formations. Certaines ont expliqué ne pas s'être formée par manque de temps, ou parce qu'elles avaient préféré choisir d'autres formations. Les formations accessibles aux sages-femmes ne sont pas toutes gratuites et il faut payer pour accéder à certains modules. Il faut donc avoir le temps mais aussi parfois l'argent nécessaire pour effectuer les formations, ce qui limite leurs accessibilités.

Parmi les sages-femmes qui ont eu une formation, certaines sont très satisfaites et les ont trouvées très utiles, mais d'autres pensent qu'elles ne sont pas assez approfondies, qu'elles sont difficiles à mettre en pratique et/ou qu'elles ne débouchent sur aucun changement. Une partie des sages-femmes disent avoir oublié leurs formations, car elles n'ont pas eu depuis à prendre en charge des femmes victimes de violences conjugales. Cela nous ramène au problème du dépistage. En effet, si une femme sur dix est victimes de violence conjugales, il

est fort probable que les sages-femmes aient été en contact avec plusieurs femmes victimes de violences et donc qu'elles ne les aient pas dépistées.

Certaines sages-femmes évoquent leur besoin d'avoir un protocole portant sur la prise en charge des violences conjugales.

« Ça manquerait d'un petit protocole ou de rencontre avec les professionnels de santé qui travaillent autour de ça. [...] Et puis peut être un papier récapitulatif, parce que concrètement c'est pas forcément des situations qu'on va avoir fréquemment. »

(Marion – Sage-femme en libéral – 4 ans d'expérience)

Comme évoqué dans les précédentes parties de ce mémoire, des protocoles portant sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violence existent déjà. Notamment sur le site de la HAS [10], mais aussi sur le site gouvernemental MIPROF [12] créé en partie pour venir en aide aux professionnels qui ont envie de se former sur les violences de tous types faites aux femmes. Il existe donc bien des protocoles de recherche. On peut penser qu'il y a un manque d'accessibilité des protocoles, mais il s'agit de sites internet libres d'accès, qui disposent de barres de recherche ou l'on peut écrire les termes que l'on souhaite spécifiquement trouver. Il est possible que les sages-femmes ignorent qu'on peut trouver les protocoles adéquats sur ces sites, ce qui démontre un manque de communication entre les institutions chargées de l'élaboration des protocoles et les professionnels qui vont s'en servir. Il est aussi concevable que les sages-femmes qui pensent qu'il n'existe pas de protocoles n'ont pas cherché à vérifier s'il en existait réellement.

Certaines sages-femmes pensent qu'il y a un réel manque de ressources et de moyens à l'échelle de la santé publique.

« C'est comme les foyers mères-enfants. Il en faudrait plus, mais le problème actuel de la France c'est qu'on a plus de sous pour s'acheter des pansements à l'hôpital tu vois, je veux dire nous on se bat pour avoir 3 capteurs de monitoring. En fait, on est arrivé à un stade où je pense il faut arrêter, c'est horrible de dire ça mais on peut pas sauver tout le monde. Et les foyers, ça serait bien qu'on ait des endroits où mettre les femmes avec leurs enfants, celles qui se font frapper, celles qui se sont faites violer en venant d'Afrique. Enfin tu vois, avoir un truc pour elles, mais le problème c'est que nos chefs de la France font un peu n'importe quoi.»

(Naomi- sage-femme en CHU – 3 ans d'expérience)

Naomi pense que l'hôpital publique manque de ressources. Elle cite plusieurs exemples du manque de moyens matériel dans son service, ce qui lui permet de conclure qu'il n'y a plus assez de fonds pour s'occuper des femmes victimes de violences conjugales. Or, comme nous l'avons vu, ces patientes n'ont pas besoin de plus de moyens matériels, mais de plus de temps et donc de consultations plus longues et/ou de plus de rendez-vous.

D'autres sages-femmes évoquent le manque d'hébergements d'urgence et le coût des consultations qui hors grossesse ne sont pas pris en charge à 100%. Elles mettent en avant le fait que les femmes victimes de violence qui sont dans des situations précaires auront plus de difficultés à avoir un suivi continu et à quitter leur agresseur, car elles n'ont pas toujours les moyens financiers pour payer la part des consultations à leur charge et pour trouver un nouveau logement.

3.5.2 Des mesures judiciaires insuffisantes et méconnues

Moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclare avoir déposé plainte. [1] Des sages-femmes rapportent que ces plaintes peu nombreuses, ne sont pas toujours suivies de mesures suffisantes.

« Je l'ai vu sur du long terme et puis au fur et à mesure elle a cheminé, elle a cheminé, tant et si bien que moi, une fois qu'elle avait fini elle m'a rappelé quelques mois plus tard pour me demander de l'accompagner au commissariat pour porter plainte. [...] Mais elle a beaucoup regretté, parce que c'est son mari qui a eu la garde exclusive des enfants. Donc désespérant. »

(Olivia – Sage-femme en libéral – 16 ans d'expérience)

« Parce que ces femmes-là mettent souvent beaucoup beaucoup de temps à porter plainte, il faut savoir aussi que le service de police ou les services dédiés sont souvent un peu décriés, les femmes se sentent souvent pas comprises dans certains services hein. Des fois elles me disent moi j'ai déjà porté plainte et en fait il ne s'est rien passé, donc je vois pas pourquoi je perdrais mon temps à le faire »

(Giulia – Sage-femme en CHU- 1 an d'expérience)

En 2016, 60% des auteurs de violences conjugales poursuivables n'ont pas été poursuivis. [1]

En 2006, Amnesty International évoquait les difficultés de la prise en charge judiciaire des femmes victimes de violences conjugales *« Si des outils juridiques existent, les femmes ont souvent une mauvaise connaissance de leurs droits, et les professionnels, qu'ils soient policiers, magistrats, travailleurs sociaux, ou médecins, ne sont en général pas suffisamment outillés pour leur offrir l'accompagnement adéquat. Or, ces femmes, pour dépasser leur*

situation, notamment pour quitter l'auteur des violences, ont besoin d'une véritable alternative à leur portée, d'une protection et d'un projet. » [21]

Nous avons pu constater en interrogeant les sages-femmes, que 13 ans plus tard, les droits des femmes victimes de violence sont toujours peu connus.

En effet, certaines sages-femmes expliquent ne pas suffisamment connaître les prises en charge judiciaires possible pour les femmes victimes de violence conjugale, et préfèrent orienter leurs patientes vers des collègues plus expérimentées.

« Mes cours remontent à quatre-vingts (rire), euh c'est les cours de législation et on parlait pas de ça ou du moins j'en ai aucun souvenir et... oui non enfin, finalement on va avoir le recours avec les sages-femmes de l'UTAP qui elles sont beaucoup plus informées, et les assistantes sociales, donc avoir ce recours-là. Enfin euh, je me sens pas d'aller dire que je connais la loi par cœur. »

(Anne – Sage-femme en CHU – 37 ans d'expérience)

Le signalement des femmes victimes de violence conjugale est souvent vécu comme compliqué par les sages-femmes quand elles l'évoquent au cours de l'entretien.

Une sage-femme pense qu'elle doit signaler obligatoirement la situation de violence conjugale à l'état seulement si la violence touche aussi les enfants. Or, selon les Article 434-3 et 226-14 du code pénal, le signalement est obligatoire pour les professionnels de santé ayant connaissance de sévices subis par des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger.

[22] Sont inclus les mineurs mais aussi les femmes enceintes.

Fatima et Daniela savent qu'elles doivent obligatoirement signaler les femmes enceintes victimes de violence conjugale, mais elles estiment que si les femmes ne sont pas prêtes, le signalement ne va pas les aider à résoudre leur situation.

« Mais euh des signalements effectivement moi je trouve que c'est pas si simple, là en ce moment moi j'ai une, j'ai quelqu'un ou j'ai un doute et je sens que c'est compliqué mais j'arrive pas vraiment à, à faire ce signalement parce que c'est.. j'ai en face de moi quelqu'un qui, qui demande de l'aide et qui en même temps quand tu lui la proposes la refuse. Donc au final euh tu sais pas trop si, ce que tu peux faire quoi »

(Fatima – Sage-femme en clinique de niveau 1 – 29 ans d'expérience)

« Voilà, parce que le problème c'est que si on signale à l'état aussi, normalement on est censé signaler à l'état parce que voilà une personne enceinte c'est aussi vulnérable. Mais si on signale à l'état pas au bon moment ça risque de faire plus de mal que de bien, si la femme n'est pas prête en fait ça ne sert à rien »

(Daniela -Sage-femme en libéral – 1 an d'expérience)

3.5.3 Un modèle sociétal favorisant

Quatre-vingt-huit pour cent des victimes de violences conjugales ayant déposé plainte sont des femmes, 96% des auteurs condamnés pour violences sont des hommes [1]. Certaines sages-femmes interrogées expliquent que selon-elles, les violences envers les femmes sont encore trop banalisées

« Ah oui parce que tant qu'on maintient les femmes dans un fait que c'est normal bah les pauvres elles s'en rendent pas forcément compte quoi que c'est pas normal donc euh voilà. »

(Béatrice – Sage-femme en clinique de niveau 2 – 36 ans d'expérience)

« Je pense qu'il y a dans, dans cette société actuelle où il y a encore les reliquats du passé de l'épouse qui se doit d'être là pour son mari etcetera, on a une grosse population très ancrée au niveau de la religion et je pense que c'est des reliquats religieux, la femme elle est faite pour procréer donc le rapport sexuel c'est son devoir et c'est pas dit comme ça car les femmes d'aujourd'hui se pensent suffisamment évoluées pour ne pas être un archétype moral imposé mais en fait c'est ancré dans la morale inconsciente générale et du coup elles ont, elles en parle peu même si elles sont pas forcément d'accord, heureuse, elles l'évoquent peu. »

(Inès- Sage-femme en CHU – 18 ans d'expérience)

« On ne naît pas femme, on le devient », disait Simone de Beauvoir dans son ouvrage le deuxième sexe. [23] Elle y expose que le genre féminin est une construction sociale inculquée depuis l'enfance, dissemblable au genre masculin lui aussi issu d'une construction sociale. Selon le CSTS « La notion de genre désigne la construction historique, culturelle, sociale du sexe, qui l'investit de sens dans un système à deux termes où l'un (le masculin) ne peut s'envisager sans l'autre (le féminin). Système dissymétrique et inégal, les hommes ayant longtemps été dans les rapports sociaux en position de domination incontestée et l'homme ayant servi de référence unique pour penser l'universel humain. La construction des rôles sociaux peut favoriser tant l'émergence de la violence que la tolérance sociale à son égard. »

[2]

Pour Inès, l'inégalité entre homme et femme a comme origine la division religieuse des genres féminin et masculin. Cette différence entre les deux sexes est si ancrée dans les mœurs qu'elle en devient invisible et évidente. Tout comme Béatrice, elle pense qu'il faut cesser de banaliser la violence envers les femmes comme un phénomène social usuel.

Pour Jane, la division genrée des sexes est inscrite dans la loi. Elle estime que cette division des rôles inégalitaires entre les hommes et les femmes, notamment dans le domaine de la maternité, changera seulement si la loi évolue.

« On vit dans une société quand même à forte histoire patriarcale donc euh, ça laisse des traces hein, il suffit de lire le code de Napoléon pour ça. [...] Parce que dans le code de Napoléon qui est toujours en vigueur d'ailleurs, l'homme a une place bien particulière supérieure à la femme. Donc c'est écrit dans le texte de loi. C'est pour ça d'ailleurs qu'il y a quelque chose de toujours un peu incontestable peut être, donc certains écrits resteront de cette façon-là, les pensées et la façon de réagir aura beau être autrement c'est un peu inscrit dans le marbre, donc il faudra un peu changer ça aussi.[...]Oui et puis moi je pense plus un changement un peu institutionnel, le regard sur la femme a déjà évolué depuis quelques années, après il faut que ce soit inscrit un peu plus profondément dans les textes de loi, donc moi je pense que tant que l'arrivée d'un enfant sera pas partagée d'une façon égalitaire entre l'homme et la femme, tant que le congé paternité durera pas le temps du congé maternité et l'homme ne sera pas invité à s'investir autant, l'égalité sera pas réelle et du coup tant que l'égalité et la parité ne sont pas à égalité ça induit une supériorité de l'homme. »

(Jane – Sage-femme en clinique de niveau 1 – 20 ans d'expérience)

« Tous les phénomènes sociaux sont en partie organisés par la réalité sociale du genre » [24] explique Isabelle Clair, sociologue. Réalité sociale qui est aussi mise en place par les lois en vigueur, qui peuvent organiser en partie les différences sociales entre les hommes et les femmes.

Le code social français, un code juridique qui regroupe les lois relatives au droit civil français, est aussi nommé « code Napoléonien », et a en effet été promulgué à l'origine par Napoléon Bonaparte (en 1804). Il a depuis été modifié à de nombreuses reprises. [25] Selon le CSTS,

c'est seulement dans la seconde moitié du XXème siècle que la loi a supprimé les dernières traces de la conception patriarcale de la famille. Avant cela, on considérait que l'état n'avait pas à se mêler des affaires de famille. [2] L'évolution de la loi en faveur de l'égalité homme-femme est donc récente.

La loi actuelle autorise pour le premier enfant un congé maternité de 10 semaines et un congé paternité de 11 jours consécutifs au plus, après la naissance. [26]

Anne pense qu'il y a un virage au niveau des représentations sociales de la violence conjugale, notamment parce que les médias en parlent beaucoup plus. Toutefois elle explique qu'il faudra du temps pour que tous les professionnels de santé réalisent qu'ils ont un rôle dans la prise en charge de ces violences. Elle met en parallèle le dépistage des addictions chez les femmes enceintes, qui est peu à peu rentré dans les habitudes, alors qu'au départ il y avait un frein chez les soignants qui ne pensaient pas être légitime à poser des questions qui étaient du domaine de l'intime.

Inès explique que le sujet des violences conjugales est encore trop tabou et rejoint Anne sur le fait qu'il faudrait que le dépistage et la prise en charge soit systématique. Et que pour cela, la prise en charge des violences conjugales devienne aussi importante pour les soignants, que la prise en charge de pathologies comme le diabète.

Pour les deux sages-femmes, ces prises de conscience ne se feront pas sans passer par une plus grande évolution de la vision des violences conjugales à l'échelle sociétale.

« Bah il y a un tabou qu'on entretient en tant que professionnel. Parce que quand on sait, enfin je pense que là il y a un virage actuel particulièrement cette année, bah le Grenelle mais aussi ce décompte morbide, je crois qu'on en est à 108 si aujourd'hui il n'y a pas eu d'autres morts on en est à 108 depuis le début de l'année et ça, ça va nous faire avancer, le mot féminicide, qui n'existait pas avant, enfin il y a quelques années, et euh je pense que ça va

devenir une question de routine mais qu'il faudra du temps. Au début poser la question du tabac c'était pas très facile, poser la question de l'alcool c'était encore moins facile, poser la question du cannabis ça ne l'étais pas. Tout ça je m'y suis faite et petit à petit c'est venu donc il n'y a pas de raisons. »

(Anne – Sage-femme en CHU – 36 ans d'expérience)

« Je pense que c'est une prise de conscience de la société et il faut vraiment qu'on approfondisse ça pour qu'on soit à l'aise et que ça devienne plus tabous et que ce soit une prise en charge comme on prend en charge le tabac euh les pathologies diverses et variées du diabète ou autres, que ça devienne quelque chose de systématique pour faire avancer les choses, je pense qu'il n'y a que comme ça qu'on arrivera à faire avancer le maximum de monde. »

(Inès – Sage-femme en CHU – 18 ans d'expérience)

Les violences conjugales sont donc un problème à l'échelle intra-familiale mais aussi à l'échelle sociétale, qui nécessite de travailler sur les représentations de la place de l'homme et de la femme.

4. CONCLUSION

Les violences conjugales sont un réel problème de santé publique, elles impactent négativement la santé (physique et psychologique) des femmes qui en sont victimes, mais aussi celle de leurs enfants. Les professionnels de santé sont en première ligne dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales, cependant la prise de conscience du rôle qu'ils peuvent avoir à jouer est récente.

Les entretiens ont permis de mettre en avant le fait que le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les sages-femmes, dépend des représentations qu'elles ont de ces violences ainsi que de leur conception de leur profession. Ainsi des sages-femmes dépistent systématiquement, certaines sur signes d'appels et d'autres jamais. Une partie des sages-femmes ne pensent pas avoir les compétences pour accompagner les femmes victimes de violences conjugales dans leurs démarches.

L'étude met en exergue un manque de formation chez les sages-femmes, qui entraîne des connaissances insuffisantes des mécanismes psychiques qui impactent les femmes victimes de violence. Elles évoquent des difficultés à comprendre et à accompagner ces patientes dans leurs démarches.

Nous avons aussi pu observer que les auteurs des violences empêchent parfois leur conjointe d'avoir un suivi continu et peuvent se révéler menaçants envers les sages-femmes, leur but étant de rendre difficile l'élaboration d'une prise en charge.

Un manque de temps en consultation pour traiter des aspects sociaux est aussi relevé comme un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences. Les patientes n'étant pas toujours suivies par la même sage-femme en structure, cela entraîne une discontinuité de l'accompagnement.

S'il existe maintenant des protocoles destinés aux soignants pour le dépistage et la prise en charge des violences conjugales, ils sont encore peu connus, tout comme les lois en vigueur permettant de protéger les personnes en étant victimes.

Les résultats de notre étude concordent avec « l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes », réalisée par la MIPROF en 2015. [7]

Cependant, nous n'avons pas inclus tous les types d'exercice des sages-femmes dans notre étude. Une étude à plus grande échelle comprenant tous les modes d'exercices de sages-femmes serait intéressante et permettrait une meilleure représentativité.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [en ligne] Novembre 2017. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_observatoire_novembre_2017_no12.pdf
2. Ministère du travail | de la solidarité et de la fonction publique |. *La lutte contre les violences faites aux femmes*. Rapports du CSTS. PRESSES DE L'EHESP, 2010.
3. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan, Santos SC. *Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects*. Violence Against Women. 2011 July;17(7):858-81. Cité par JOUDRIER Hélène dans sa thèse: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/joudrier_these-2.pdf
4. Maryse Jaspard, *Les violences contre les femmes*. La Découverte. coll. « Repères ». 2005.
5. Vasseur-Lambry, Fanny. *Penser les violences conjugales comme un problème de société*. Artois Presses Université., Novembre 2011.
6. Denis Paul, « Incontournable contre-transfert », Revue française de psychanalyse, 2006/2 (Vol. 70), p. 331-350.[en ligne] Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-2-page-331.htm>
7. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes [en ligne]. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf

8. Rousset Margaux. Violences conjugales : état des lieux des connaissances des femmes et perception du rôle de la sage-femme dans le dépistage. Diplôme d'état de sage-femme : Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée ; 2016. [en ligne] Disponible https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414316/file/ROUSSET_MARGAUX_VIOLENCES_CONJUGALES.pdf
9. Bounab Oumnia. Les violences faites aux femmes : auteurs et victimes face au médecin généraliste. [Dissertation] D.E.S. de médecine générale : la faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2019. [en ligne] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02395099/document>
10. Haute Autorité de Santé. [Recommandation de bonne pratique]. Repérage des femme victimes de violences au sein du couple. Comment agir. [en ligne] Juin 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
11. Haute Autorité de Santé. « [Témoignage] Violences conjugales : le soignant, un acteur majeur qui s'ignore ». [en ligne] octobre 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3108030/fr/-temoignage-violences-conjugales-le-soignant-un-acteur-majeur-qui-s-ignore.
12. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). « La formation des professionnel.le.s. » [en ligne] Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/la-formation-des-professionnel-le.html>.
13. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). « Outils de formation : Violences au sein du couple et les violences sexuelles ».[en ligne]. Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html>.

14. Morvillers Jean-Manuel, « Le care, le caring, le cure et le soignant », Recherche en soins infirmiers, 2015/3 (N° 122), p. 77-81. [en ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>
15. Welzer lang Daniel. *Arrête ! Tu me fais mal ! La violence domestique en 60 questions et 59 réponses*. Payot. Petite Bibliothèque Payot, 2005.
16. Dre Muriel Salmona. « Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes ». In Ronal E, Durand E. *Violences conjugales : le droit d'être protégée*. Dunod. Paris : 2017. [en ligne] Disponible sur : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017_Muriel_Salmona_Violences_conjugales_le_droit_d_etre_protegee_DUNOD.pdf
17. Larouche Ginette,. « *Agir contre la violence* » à lire. Référentiel à destination des professionnels de santé, violence au sein du couple : Les enfants en souffrance. Fonds Houtman (one). Département de médecine générale
18. Molenat, Françoise. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Fabert. Temps d'arrêt lecture. Belgique, 2013.
19. Delage, Michel, et al. « Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique », *Thérapie Familiale*, 2012, vol. 33, no. 2 , pp. 105-121 [en ligne]. disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2012-2-page-105.htm>
20. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice « Violence conjugale | service-public.fr » [en ligne] 2020 Janvier. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>.

21. Amnesty International. « Les violences faites aux femmes en France : Une affaire d'état. » [en ligne]. France, 2006. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/download/Documents/76000/eur210012006fr.pdf>.
22. Mitterrand François, Bérégovoy Pierre, Vauzelle Michel, Loi n° 92-686 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre la nation, l'Etat et la paix publique.
23. De Beauvoir, Simone. *Le Deuxième Sexe, tome 2 : L'Expérience vécue*. Gallimard. Vol. 2. 2 vol. Blanche, 1949.
24. Clair, Isabelle. *Sociologie du genre*, Armand Colin., 96. 128 : sociologie, 2015.
25. Tunc André « CODE NAPOLÉON ». *Encyclopædia Universalis*. [en ligne] consulté en avril 2020. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/code-napoleon/>.
26. Ministère du Travail. « Le congé de maternité » [en ligne] 2019. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-de-maternite>.

GUIDE D'ENTRETIEN

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	1) <u>Représentations des violences conjugales</u> -> 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 ...)	- sous quelles formes peuvent-elles se présenter ? - y a-t'il un mécanisme en particulier ? / comment cela commence-t-il ? - rapport avec la grossesse ? - proportion de femmes touchées ?
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	1) <u>Situation de violence conjugale</u> -> gestion situation / étapes clés prise en charge -> travail en collaboration / réseau -> rôle de la sage-femme dans prise en charge -> ressenti -> rôle de la sage-femme dans prise en charge	- 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

	<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>permettez d'être plus à l'aise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ressources connues ? - formations spécifiques sur ce sujet ? - autres professionnels qui pourraient vous aider dans cette prise en charge ? - considérez-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.</p>		
<p>III. Fin de l'entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - homme/femme - année obtention DE - parcours professionnel - mode d'exercice - commentaires / remarques / suggestions 	

ANNEXE 2 :

Mail type à destination des sages-femmes

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

Bonjour,

Actuellement étudiantes sages-femmes en 4^e année à l'école de Grenoble, nous réalisons chacune notre mémoire de fin d'étude sur le thème suivant : la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les sages-femmes. Cependant, nous avons deux objectifs distincts. Pour l'une l'objectif est d'identifier les besoins nécessaires aux sages-femmes afin d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, et pour l'autre l'objectif est d'identifier les difficultés auxquelles sont confrontées les sages-femmes dans cette prise en charge.

Nos études seront réalisées grâce à des entretiens individuels basés sur le volontariat, entretiens réalisés avec l'une d'entre nous. Bien entendu l'anonymat de chacun(e) sera respecté.

L'objectif 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.

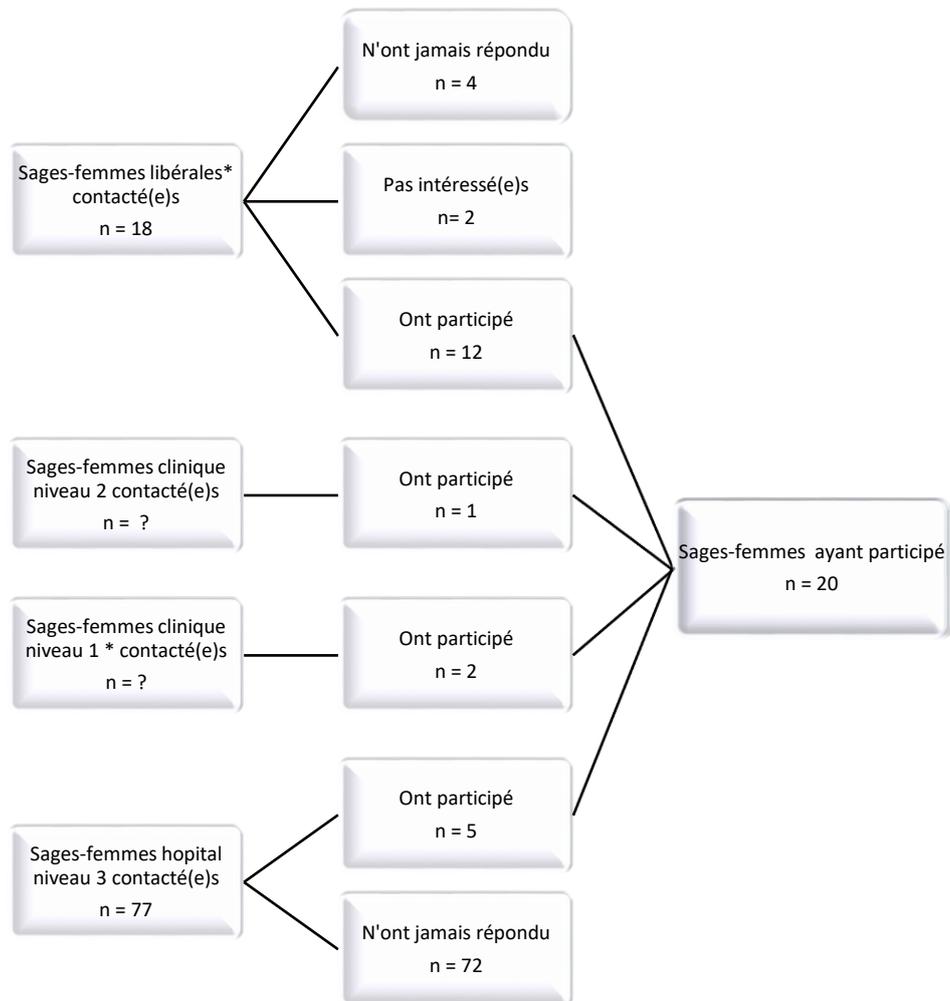
Nous restons à votre disposition pour tous renseignements supplémentaires.

Cordialement,

Cazenavette Justine et Blanchard Lucile

ANNEXE 3 :

Diagramme de la population d'inclusion



*Trois sages-femmes travaillant en libéral et une travaillant en clinique de niveau 1 avaient une partie de leur activité en centre de planification.

ANNEXE 4 :

Tableau de présentation des enquêtées

Prénom	Années d'expérience	Lieu d'exercice actuel	Temps d'entretien (En min)	A déjà pris en charge des femmes victimes de violences
Anne	37 ans	Hospitalier CHU	38	Oui
Beatrice	36 ans	Clinique niveau 2	37	Oui
Coline	30 ans	Libéral	30	Oui
Daniela	1 an	Libéral	19	Non
Elodie	2 ans	CHU	23	Oui
Fatima	29 ans	Clinique niveau 1	48	Oui
Giulia	1 an	CHU	32	Non
Hélène	28 ans	Libéral	55	Oui
Ines	18 ans	CHU	60	Oui
Jane	20 ans	Clinique niveau 1	41	Oui
Katia	18 ans	Libéral	17	Oui
Lise	6 mois	Libéral	29	Oui
Marion	4 ans	Libéral	20	Non
Naomi	3 ans	CHU	22	Oui
Olivia	16 ans	Libéral	29	Oui
Pauline	30 ans	Libéral	43	Non
Rose	10 ans	Libéral	40	Oui
Sophie	1 an	Libéral	36	Oui
Tatiana	36 ans	Libéral	27	Oui
Viviane	4 ans	Libéral	25	Oui