



HAL
open science

La place de l'auto-questionnaire dans le dépistage systématique des violences conjugales en consultations prénatales dans le Finistère : entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès de professionnels du 22 octobre 2019 au 19 novembre 2019

Anaïs Pocher

► **To cite this version:**

Anaïs Pocher. La place de l'auto-questionnaire dans le dépistage systématique des violences conjugales en consultations prénatales dans le Finistère : entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès de professionnels du 22 octobre 2019 au 19 novembre 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03076728

HAL Id: dumas-03076728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03076728>

Submitted on 16 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.



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

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2020

**La place de l'auto-questionnaire dans le dépistage systématique
des violences conjugales en consultations prénatales dans le Finistère :**
Entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès de professionnels
du 22 octobre 2019 au 19 novembre 2019

Présenté et soutenu par
Anaïs POCHER
Née le 28/09/1996

Guidante: Gaëlle DELPECH-DUNOYER
Directrice de mémoire: Julie GUILLOTO

"La violence est souvent une mise en acte de l'impuissance», Jacques SALOME

«La violence est injuste d'où qu'elle vienne», Jean-Paul SARTRE

REMERCIEMENTS

A tous les professionnels qui ont accepté de participer à mon étude

A Gaëlle DELPECH-DUNOYER, pour la guidance de ce mémoire

A Docteur Véronique JULOU, pour vos conseils

A Julie GUILLOTO, pour ta disponibilité et ton aide précieuse

A mes amies de promotion

A ma famille, pour tout ce que vous m'apportez

SOMMAIRE

I. Introduction	5
II. Matériels et méthode	9
A) Généralités sur la méthode qualitative	9
B) Les lieux et la date de l'étude réalisée	9
C) L'inclusion de la population	9
D) Enregistrement et retranscription des résultats	9
III. Résultats	11
A) Description de la population	11
B) Pratiques des professionnels sur les violences conjugales	12
1. Définition de la violence	12
2. Abord de la question des violences en consultation	12
2.1. Le questionnement systématique	12
2.1.1. Sans l'utilisation de l'auto questionnaire	12
2.1.2. Avec l'utilisation de l'auto questionnaire	13
2.2. Le dépistage ciblé	13
C) Utilisation de l'auto questionnaire	13
1. Modalités d'organisation	13
2. Avantages soulevés par les professionnels	14
3. Inconvénients décrits par les professionnels	14
4. Les outils développés suite à la mise en place de l'auto questionnaire	15
D) Ressentis des professionnels et propositions d'amélioration	16
1. Ressources	16
2. Ressentis des professionnels sur le sujet	16
3. Proposition d'amélioration du dépistage des violences	17
IV. Discussion	18
A) Synthèse des résultats	18
B) Les limites de l'étude	18
C) Les connaissances et formations des professionnels	18
D) Le secret médical au cœur d'un nouveau projet de loi	21
E) Syndrome de stress post-traumatique, conséquence des violences	21
F) L'impact des violences vécues dans l'enfance à l'âge adulte	23
V. Conclusion	24
VI. Références bibliographiques	25
VII. Annexes	27

I. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit la violence «*comme une menace ou comme l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou autrui, contre un groupe ou une communauté*» [1] . Même si la violence est définie aux yeux d'un plus grand nombre comme un acte physique pouvant engendrer des traumatismes aigus immédiats ou chroniques, elle existe également sous la forme de violences sexuelle, psychologique, économique ou verbale. Elle est dite conjugale lorsqu'elle est exercée par le conjoint, partenaire, concubin, compagnon actuel ou ancien. D'après le Code pénal en vigueur depuis le 1er mars 1994, la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des «*atteintes volontaires à l'intégrité de la personne*». [2] Elle est punie par la loi .

Les violences conjugales sont un véritable fléau dans notre société moderne et représentent un réel problème de santé publique. Elles touchent tous les âges et tous les milieux socio-culturels. En France, 1 femme décède tous les 3 jours sous les coups de son concubin [3]. Sur l'année 2018, 121 femmes sont décédées sous les coups de leur (ex)-compagnon officiel ou non officiel, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année mais moins d'une victime sur cinq déclare avoir déposé plainte [3].

Dans cette étude, nous n'aborderons que les violences intrafamiliales faites aux femmes. Des hommes en sont également victimes. Selon la dernière lettre de l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes publiée en novembre 2019, 12 % des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des hommes sur l'année 2018 [3].

La violence est destructrice. Des lésions traumatiques (brûlures, ecchymoses, morsures ...) aux troubles psychiques (anxiété, état dépressif, psychotraumatiques), en passant par l'aggravation des maladies chroniques, les conséquences sont nombreuses [4]. Elle entraîne des situations de précarité. En la dévalorisant, en inversant la culpabilité, dans un climat de peur et d'insécurité, l'agresseur domine sa victime.

Dans un contexte de violences conjugales, c'est une famille entière qui est concernée. Trop souvent oubliés, les enfants en sont les premières victimes. Selon l'Observatoire Nationale de la Violence Faites aux Femmes [3], en 2018, 21 enfants mineurs ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. Battus ou témoins, ils développent les mêmes mécanismes de protection que les adultes. C'est un schéma de vie qu'ils sont plus à risque de rechercher et de reproduire dans le futur. De victime, ils deviendront auteur.

La grossesse, période empreinte de bouleversements, est un moment propice à l'instauration ou à l'aggravation de violences au sein du couple. 3 à 8 % des grossesses sont

marquées par des faits de violence [6]. Au cours de sa grossesse, la patiente est amenée à consulter régulièrement des professionnels de santé tant pour les consultations obstétricales mensuelles et les échographies trimestrielles recommandées que pour les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que pour les séances de rééducation périnéale en période post natale. La Haute Autorité de Santé (HAS) avait déjà publié en 2005 des recommandations de Bonnes Pratiques intitulées «Préparation à la naissance et à la parentalité» dans lesquelles il est stipulé que l'Entretien Périnatal Précoce doit être proposé systématiquement à toutes les patientes ou couple. Il a notamment pour objectif le *«repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant »*. Dans l'enquête nationale périnatale «Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010» menée par le ministère des Solidarités et de la Santé en 2016, il en ressort que seulement *«28,5 % des femmes déclarent en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 »* et que *« L'EPP était plus souvent réalisé chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %) »* [7]. En juin 2019, la HAS a établi d'autres recommandations de Bonnes Pratiques sur le repérage des femmes victimes de violences au sein d'un couple dans l'objectif de renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes, de favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple et de faciliter la coordination entre professionnels concernés

Les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens ou les médecins généralistes sont les personnes de premier recours pour ces victimes [8]. Il est indispensable de mobiliser les professionnels pour qu'ils prennent conscience de l'existence de violences conjugales au sein de leur patientèle afin de proposer un accompagnement adapté à la situation. Une mobilisation du gouvernement a fait l'objet du 4ème plan Triennal (2014-2016) [9], et a notamment conduit à la mise en place d'une obligation pour les professionnels de formations initiale et continue aux violences conjugales.

Pour accompagner les professionnels et protéger les victimes, des mesures réglementaires et législatives existent (une ordonnance de protection par le Tribunal de Grande Instance, des cartographies identifiant les structures spécifiques à proximité [11]...). Des fiches réflexes et des outils pédagogiques d'autoformation pour les professionnels [10] ont été mis en place par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes pour favoriser le dépistage et l'accompagnement. Le Téléphone Grand Danger, le numéro national 3919 « violences femmes infos » ouvert 24h/24 7j/7 viennent compléter ce tableau non exhaustif des outils à disposition. Les victimes et témoins de violences ont la possibilité de rentrer en contact de manière anonyme avec

des professionnels de la police judiciaire grâce au site internet violence.gouv.fr. Ce sujet connaît une très forte médiatisation.

Le premier grenelle contre les violences conjugales a eu lieu du 03 septembre 2019 au 25 novembre 2019. Son objectif principal est de mobiliser et réunir tous les professionnels (ministres, professionnels de santé ...) pour proposer et mettre en place des «*engagements concrets*». Parmi les mesures annoncées, la victime aura la possibilité de bénéficier de la garantie visale avec une caution locative gratuite, lui facilitant l'accès à un logement. Il y est également mentionné la mise en place d'une plateforme de géolocalisation permettant l'identification rapide des places disponibles dans les hébergements à proximité. Afin de protéger la mère et les enfants, une des mesures du grenelle consiste à limiter l'exercice de l'autorité parentale du père violent [11].

Le docteur Emmanuelle PIET, gynécologue et médecin en Protection Maternelle et Infantile en Seine Saint Denis, a mené différentes études relatives au dépistage [14]. Ces dernières consistaient à poser de manière systématique la question des violences pendant un laps de temps, et d'évaluer le taux de réponses positives. En s'appuyant sur les résultats des études, elle conclut ainsi : «*En posant la question, les patientes répondent. Ce n'est pas la question sur l'existence de violences passées ou actuelles qui est traumatisante mais bien les actes de violence qui sont destructeurs*».

Les pays anglo-saxons ont développé de nombreux outils de dépistage précoce des violences. Développé au Canada en 1996, le *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) est un des outils de dépistage des violences conjugales validé en langue française et applicable en milieu ambulatoire [15]. PREMIS (Physician Readiness To Manage Intimate Partner Violence), auto-questionnaire créé et validé aux Etats-Unis à visée des professionnels, a pour objectif d'évaluer les connaissances de ces derniers sur les violences. Ce questionnaire a montré son efficacité et a été validé en France [16].

Pour autant, malgré la mise en place d'outils d'accompagnement des victimes, de politiques de lutte et de recommandations, aucune évolution du taux de dépistage systématique n'est notable sur les dix dernières années. Il se situe toujours aux environs de 19 % [4] [17].

Il est primordial de continuer à proposer et évaluer de nouveaux outils pour améliorer les pratiques en fonction du contexte.

Le groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA), groupe pluri-professionnel de réflexion et de recherche autour de la prise en charge des femmes enceintes consommant des substances psychoactives en France, est à l'initiative d'un auto-questionnaire ayant pour objectif de repérer les principales vulnérabilités toxicologiques, sociales, psychologiques des femmes enceintes au cours de consultation prénatale. Il a été expérimenté et mis en place à l'hôpital

Jeanne de Flandre à Lille en 2006 et au centre hospitalier de Cornouailles à Quimper en 2016. Il est également distribué à l'hôpital de Morlaix depuis novembre 2012.

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'identifier comment cet auto questionnaire est utilisé pour les professionnels réalisant des consultations prénatales dans le cadre du dépistage systématique des violences conjugales.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

1. L'auto questionnaire est perçu par les professionnels comme une aide pour dépister de manière systématique les violences conjugales.
2. Tous les professionnels n'utilisent pas l'auto questionnaire.

II. Matériel et méthode

A) Généralités sur la méthode qualitative

Pour réaliser ce travail de recherche, nous avons porté notre choix sur une étude qualitative multicentrique par entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été menés auprès de professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, réalisant des consultations prénatales. Pour cela, un guide d'entretien, composé d'une consigne de départ, des intitulés des différents thèmes, et de questions ouvertes a été réalisé. Cette méthode permet de recueillir le point de vue singulier des professionnels. La spontanéité de ces derniers offre ainsi la possibilité d'ouvrir la discussion et d'approfondir le sujet, complétant l'approche quantitative des travaux de recherche jusque-là menés sur ce sujet dans le Finistère.

Les données de ce travail ne sont pas généralisables.

B) Les lieux et la date de l'étude réalisée

Nous avons réalisé cette étude dans les centres hospitaliers du Finistère où l'auto questionnaire était déjà mis en place à cette période. Cela concerne le centre hospitalier de Morlaix, maternité de niveau 2A réalisant 550 accouchements par an, le centre hospitalier de Cornouailles à Quimper, maternité de niveau IIB avec 2400 accouchements par an, et le Centre Périnatal de Proximité de Douarnenez qui en dépend.

Une autorisation d'entretiens au centre hospitalier de Landerneau a été également demandée mais n'a pas abouti.

Les entretiens se sont déroulés entre le 22 octobre 2019 et le 19 novembre 2019.

C) L'inclusion de la population

Nous nous sommes intéressés aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciens réalisant des consultations prénatales dans ces établissements.

Dans un premier temps, nous avons pris contact par courrier électronique avec les chefs de service, cadres supérieurs et cadres de service de ces structures hospitalières. Ils nous ont donné leur accord et nous ont transmis les adresses mails des personnes concernées. C'est par cet intermédiaire que nous avons pris contact avec ces dernières. Les professionnels de Morlaix ont une adresse mail professionnelle individuelle, ce qui est également le cas des gynécologues-obstétriciens exerçant à Quimper. Au centre Hospitalier de Quimper, les sages-femmes ont une adresse mail professionnelle commune.

D) Enregistrement et retranscription des résultats

Les entretiens ont été audio-enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord des participants. Chaque entretien a été retranscrit sur Libre Office, sans aucune modification des propos des professionnels. Nous avons mis en œuvre les mesures nécessaires pour préserver la confidentialité et anonymiser les résultats (mots de passe, fichiers verrouillés ...)

III. Résultats

A) Description de la population

Parmi les professionnels de santé contactés, 12 ont répondu favorablement à notre demande. 11 entretiens ont été nécessaires pour obtenir une saturation des données.

Professionnels	Année de diplôme	Profession	Durée de l'entretien	Nom d'emprunt
1	1996	Sage-femme	07 min 29 sec	P1
2	1991	Sage-femme	47 min 40 sec	P2
3	2001	Sage-femme	18 min 11 sec	P3
4	2018	Gynécologue- Obstétricien	15 min 54 sec	P4
5	2007	Sage-femme	28 min 53 sec	P5
6	1998	Sage-femme	11 min 59 sec	P6
7	2009	Gynécologue- Obstétricien	11 min 34 sec	P7
8	2006	Sage-femme	38 min 50 sec	P8
9	2005	Sage-femme	20 min 25 sec	P9
10	2013	Gynécologue-	06 min 45 sec	P10

		Obstétricien		
11	2009	Gynécologue- Obstétricien	13 min 09 sec	P11

B) Pratiques des professionnels sur les violences conjugales

1. Définition de la violence

Les professionnels de santé définissent la violence comme «*tout acte non consenti*». Alors que les aspects physique et psychique de la violence sont cités par tous, la violence verbale est abordée à quatre reprises. Un professionnel cite la violence économique.

Les professionnels disent plus facilement détecter la violence physique, où les termes de blessures visuelles, coups, hématomes sont cités, que la violence psychologique. «*Je crois que la violence psychologique peut être beaucoup plus insidieuse et beaucoup moins prouvable entre guillemets*» exprime P2. Les mots clés «*inconfort, insécurité, perte de confiance, emprise, manipulation, domination, puissance du conjoint et culpabilité*» le soulignent. Les professionnels ont défini la violence conjugale comme intervenant «*au sein d'un couple marié ou non*», élargie «*à la famille*» par P4.

La notion de violence conjugale est présentée par certains professionnels comme étroitement liée à celle de l'addiction. P8 donne l'exemple du tabac. Elle explique que : «*souvent, le tabac est une porte d'entrée. Les équipes d'addictologie disent qu'il n'y a jamais de tabac tout seul, il y a toujours autre chose, une autre consommation ou alors un problème familial*».

P4 explique qu'un lien existerait entre fibromyalgie et violences. En effet, elle dit «*sous la fibromyalgie, sous ces patientes-là qui décrivent des douleurs mais qui n'ont pas de pathologies en particulier, il y a 75% de violences subies, de traumatismes*».

2. Abord de la question des violences en consultation

2.1. Le questionnement systématique

2.1.1. Sans l'utilisation de l'auto questionnaire

Pour aborder la question des violences en consultation, quatre professionnels sur les onze interrogés posent systématiquement la question à l'ouverture du dossier administratif et obstétrical : «*Dans votre enfance, votre adolescence ou dans votre vie de jeune adulte, est-ce qu'il y a eu des situations de stress, d'agressions, de maltraitance ?*». Toutefois, cette formulation en interroge certains. Alors que P8 commence par dire : «*Alors moi, je prononce le terme de*

violences parce que je me dis, après je ne sais pas, que les patientes n'ont pas l'air choqué quand on leur pose la question», elle poursuit en s'interrogeant sur la pertinence de la formulation. Elle rajoute par la suite *«c'est comme pour l'alcool de toute façon, il n'y a pas de bonne façon de poser la question»*. Pour P4, poser cette question directement au premier rendez-vous est une approche trop “cash”. Cette question évolue avec les professionnels en fonction de leurs expériences et/ou formations.

Lorsque la patiente consulte au neuvième mois et que l'onglet sur les violences n'est pas renseigné, seul un des quatre professionnels reprend la question. *«A la consultation du neuvième mois, quand la page n'a pas été renseignée, je trouve ça aussi délicat de ne poser que cette question-là»* explique l'un d'entre eux.

2.1.2. Avec l'utilisation de l'auto questionnaire

Les six autres professionnels de l'étude s'appuient sur l'auto questionnaire du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale, remanié par les équipes en fonction des pratiques propres à chaque hôpital. Parmi eux, P11 complète l'utilisation de cet outil par *«une vigilance sur les motifs de consultation et les consultations répétées aux urgences»*.

2.2. Le dépistage ciblé

La notion de projection est abordée par P4: *«Il y a des patientes [...] qui paraissent épanouies et à qui, c'est vrai, on n'a pas du tout envie d'aborder la question, et peut-être à tort d'ailleurs»*. Pour P5, *«C'est quelque chose qu'il faut systématiser parce qu'on ne peut pas se fier à notre propre jugement»*. P10 nous explique que cette question systématique n'est pas encore passée dans son interrogatoire et dit la poser *«seulement si je vois qu'elles me tendent la perche, [...] qu'elles sont seules, ou impression de violences»*.

C) Utilisation de l'auto questionnaire

1. Modalités d'organisation

En principe, dans les établissements concernés par l'étude, cet auto questionnaire est distribué par les secrétaires à l'ouverture des dossiers et est rempli par les patientes en salle d'attente. La majorité des professionnels qui l'utilisent le récupère complété en début de consultation et le lit devant la patiente. Ils reprennent avec elle si nécessaire certains éléments cochés sur la feuille. Il arrive parfois que l'auto questionnaire vierge soit déjà dans le dossier de la patiente avec le professionnel. Dans cette situation, P9 nous explique le donner à la patiente et lui demander de le remplir chez elle et le lui rapporter à la consultation suivante si certains points nécessitent d'être abordés par cette dernière.

2. Avantages soulevés par les professionnels

Cet auto questionnaire est décrit comme accessible à tous les professionnels même sans formation. «Ça donne une bonne base» explique P8. Plusieurs professionnels parlent de leur pratique avant la mise en place de cet outil : «*Quand il n'y avait pas l'auto questionnaire, on ne dépistait pas. Parce qu'on ne posait pas franchement la question*». Une sage-femme complète cette remarque en citant l'exemple d'une patiente qu'elle a suivie pour sa troisième grossesse : «*Elle avait eu des violences même par son ex-conjoint avec viol, et elle me dit «Mais on ne m'a jamais posée la question», elle était à sa troisième grossesse*».

Son caractère systématique est mis en avant par P11 : «*Si on se laisse emporter par un antécédent médical à l'interrogatoire et qu'on passe du temps dessus, on peut oublier la suite de l'interrogatoire*».

Distribuer cet outil à la patiente et l'analyser en sa présence montre l'intérêt que porte le professionnel sur ce sujet. «*A tout moment de la grossesse, ça peut lui rappeler qu'on lui a posé la question donc elle peut se permettre de le dire aussi. [...] Même si dans sa temporalité, elle n'est pas prête à en parler tout de suite, [...] Elle se dit : «Bah je peux quand même en parler là si on m'a posée la question, c'est qu'on est prêt à entendre la réponse*» nous explique P2.

Certains professionnels ont pu exprimer la difficulté rencontrée lorsqu'ils se retrouvent face à une patiente pour laquelle ils ont une suspicion de faits de violence non avérés. Cette difficulté est intriquement liée à la notion de projection. Cet outil permet aux patientes «*de répondre à un auto questionnaire et pas à notre façon de poser des questions*» souligne P2. «*Il est intéressant parce que les dames, elles vont peut-être plus oser répondre oui que si on leur pose la question directement, ça fait moins abrupte*» complète P5.

P11 considère que l'auto questionnaire est un gain de temps car il permet «*de broser d'un coup d'œil une quinzaine de questions même si ce n'est pas sans doute pas suffisant*».

3. Inconvénients décrits par les professionnels

De nombreux professionnels ont abordé les oublis fréquents de distribution des questionnaires par les secrétaires. Alors qu'elles y pensent systématiquement au rendez-vous de la première échographie, elles oublient à priori de le distribuer lorsque la patiente consulte pour la première fois à l'hôpital pour son neuvième mois, ou lorsque la patiente est suivie à l'extérieur. P5 nous dit «*ne pas l'avoir franchement intégré à sa pratique*» et oublie régulièrement de le demander en début de consultation. Elle explique toutefois poser systématiquement la question. Ainsi, la question a déjà été posée lorsqu'elle récupère la feuille en fin de consultation mais précise «*vérifier qu'il n'y a rien de particulier de coché quand même*».

Considéré comme un gain de temps pour certains, d'autres le trouvent très généraliste et expriment la difficulté de cibler un point de vulnérabilité précis. P9 s'interroge : «*Il peut y avoir 50*

000 trucs à avoir et on n'aura jamais le temps de tout voir. Donc après quoi cibler, [...] quoi prioriser ?». Il est nécessaire que le professionnel soit disponible pour se l'approprier. Le manque de temps et d'investissement de certains gynécologues-obstétriciens est à deux reprises relevé. P10 précise : «*Sur le plan médical, c'est pas évident à tout gérer. Souvent, lors des consultations, on va à l'essentiel et il n'y a pas beaucoup de place pour ça* ».

L'intérêt de cet auto questionnaire réside également dans l'utilisation et l'appropriation qu'en fera le professionnel, nous expliquent P2 et P11: «*Si c'est pour le mettre dans le fond du dossier, voilà on l'a vu et on n'en fait rien, ça ne sert à rien*».

La présence du conjoint en salle d'attente est décrite comme un frein dans le dépistage des violences. Les professionnels disent se retrouver confrontés à un dilemme qui comprend à la fois l'implication de l'homme dans la grossesse et l'impossibilité de dépister de possibles faits de violence en sa présence. P3 nous explique que dans cette situation, elle fait en sorte de voir la patiente seule lors de la consultation suivante pour l'aborder.

Cet auto questionnaire n'est pas exclusif souligne P11 : «*Il ne valide pas l'absence totale de suspicion ou de problème*».

En fonction des réponses reportées par la patiente sur le questionnaire, plusieurs professionnels mentionnent la nécessité d'avoir des outils complémentaires pour apporter des solutions à ces patientes. Seul, l'outil est insuffisant: «*Oui mais si on pose la question et qu'on a des réponses, on fait quoi ?*» questionne P8.

P2 nous explique que l'auto questionnaire commence aujourd'hui à être connu à l'extérieur de l'hôpital par la population pour les problématiques d'addiction. Ces problématiques étant étroitement liées à celle de la violence, elle s'interroge et émet un possible frein sur le dépistage si cet outil commence à être connu du grand public.

Parmi les questions mentionnées dans l'auto questionnaire, il y en a une abordant les troubles du sommeil. P8 la trouve un peu trop générale. Cochée par toutes les patientes, elle se demande si cette question «*pourrait être plus pertinente pour révéler peut-être de réelles angoisses ?*».

4. Les outils développés suite à la mise en place de l'auto questionnaire

Une sage-femme souligne que l'auto questionnaire n'est pas suffisant si rien n'est mis en place à côté dans le but de proposer des solutions aux patientes. Les professionnels des hôpitaux de Quimper et Morlaix ont travaillé autour pour proposer une plaquette. Cette plaquette regroupe tous les numéros en lien avec tous les items de l'auto questionnaire. Spécifique à l'hôpital ou au libéral, elle est disponible sur le bureau du professionnel.

A l'hôpital de Quimper, deux sages-femmes addictologues réalisent des consultations dites spécialisées : «PMH» (Protection Maternelle Hospitalière) de quarante-cinq minutes. Les

professionnels proposent aux patientes qui présentent des situations de vulnérabilité, addictions, situations sociales délicates, violences. Au sein de cette même structure, des contacts indispensables sur les situations de violences conjugales ont été affichés dans les toilettes, le seul endroit où la femme y est seule.

D) Ressentis des professionnels et propositions d'amélioration

1. Ressources

Face à une patiente victime de violence conjugale, la majorité des professionnels interrogés contacte en priorité l'assistante sociale, la Protection Maternelle et Infantile, le Centre Départemental des Affaires Sociales, les psychologues de l'hôpital et du réseau ainsi que le Centre d'Information sur les Droits des Femmes (CIDF). L'hospitalisation en Grossesses à Haut Risque est proposée si des éléments inquiétants sont rapportés par la patiente : *«Dans une situation de crise où il y a des coups», «situation où une patiente présente manifestement des traces physiques»* avec un hébergement en pédiatrie possible pour les autres enfants du couple ; Ceci dans l'attente d'un hébergement d'urgence (Centre d'Hébergement d'urgence CHRS). A l'hôpital de Quimper sont proposés des staffs parentaux. Ces staffs ont lieu tous les quinze jours en présence d'un ou de deux gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes des hôpitaux de périphérie, des sages-femmes de l'Escale (Centre d'hébergement proche de Quimper), d'assistantes sociales, des sages-femmes de PMI et des cadres des services de maternité. Les dossiers *«staffés»* comportent des situations de vulnérabilité, addictions, situations sociales compliquées, violences. Pour pouvoir les présenter, les professionnels doivent recueillir le consentement des patientes. Dans cette même structure sont proposées des consultations PMH, détaillées dans le paragraphe précédent (2.4.Outils mis en place). D'autres ressources ont également été citées par certains professionnels, tel que le numéro national gratuit 3919. A la question des ressources qu'il pourrait être amené à proposer, P5 explique: *«Je saurai où aller chercher parce que j'ai déjà eu ces informations là mais là, je n'ai pas les numéros en tête»*.

Un professionnel évoque le commissariat et la possibilité de porter plainte. P4 aborde la question du signalement et exprime sa difficulté : *«La question du signalement, on n'est pas du tout armé quoi. Est-ce qu'il faut signaler ou pas signaler ?»*.

2. Ressentis des professionnels sur le sujet

Sur les onze professionnels interrogés, deux sages-femmes disent être à l'aise dans l'abord de cette problématique avec les patientes, tandis qu'une autre nous explique manquer de recul : les patientes victimes de violences qu'elle a pu rencontrer étaient déjà connues et accompagnées.

Aujourd'hui titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Addictologie, P8 se décrit comme tétanisée avant cette formation. Cette formation l'a aidée à réfléchir sur la façon de poser ses questions : *«Ma question sur les violences évolue, assez neutre assez large. Comment je peux tourner la question pour que ça puisse paraître normal de répondre oui ?»*.

Deux professionnels se sentent impuissants et démunis. Ils précisent : *« Je ne me sens pas forcément bien préparé [...] J'ai pas de base quoi, pas les bonnes formations donc à chaque fois, je réfléchis « Est-ce que je donne les bons mots ou pas ? » »*. L'un des deux professionnels complète *«Mais souvent dans ces moments-là, on se dit venez, venez m'aider parce que je ne sais pas, là j'ai un problème et je ne sais pas comment bien faire»*.

Même si ce sujet est aujourd'hui d'actualité, P1 exprime le terme tabou pour définir la violence tout en précisant par la suite *«C'est tabou mais on devrait un peu se faire violence aussi nous même pour le dire»*

Tandis qu'un des professionnels confie la difficulté qu'il rencontre à se positionner, entre pouvoir aider les patients et ne pas être intrusif. Un second considère ces situations comme source de frustration *«Elles [les patientes] sont à la fois en danger et elles se mettent en danger»*

3. Proposition d'amélioration du dépistage des violences

Dans la majorité des cas, les patientes ne sont pas suivies par le même professionnel. P5 considère que cela diminue les chances d'avoir une potentielle confiance de leur part. P9 nous explique qu'aux Centres Périnataux de Proximité de Douarnenez et de Concarneau, les sages-femmes essayent d'y retourner une semaine par mois pendant six mois voire un an pour que tous les mois, les patientes retrouvent la même personne.

L'Entretien Individuel Précoce devrait être proposé systématiquement à toutes les patientes, notamment celles non suivies nous explique P3 en complétant : *«Parce que je trouve qu'elles ont moins d'informations sur leur vie au quotidien en général quand elles sont suivies par un médecin que par une sage-femme»*.

Plusieurs professionnels expriment la nécessité de proposer davantage de formation. Pour P11, *«Il ne faudrait pas que la formation soit optionnelle mais obligatoire»*. Que ce soit par des formations ou par des informations réitérées régulièrement, P2 précise les professionnels dont les médecins généralistes et les sages-femmes libérales occupent une place importante dans le dépistage.

Une information devrait être refaite régulièrement aux secrétaires de consultations prénatales.

IV. Discussion

A) Synthèse des résultats

Les professionnels de cette étude sont sensibilisés au sujet des violences conjugales. Conscients du mécanisme de la violence, de la notion de projection et des multiples conséquences qui en découlent, ils se disent pour la majorité démunis à l'abord de ce sujet. L'auto questionnaire, en principe distribué en salle d'attente lors de la première consultation prénatale, est décrit comme une aide au dépistage pour tous les professionnels, validant ainsi notre première hypothèse. Cependant, tous les participants à cette étude ne l'utilisent pas. La deuxième hypothèse est ainsi validée. L'un d'entre eux réalise un dépistage ciblé sur des signes évoquant des faits de violences chez la patiente.

L'utilisation de l'auto questionnaire doit s'accompagner de la mise en place d'outils complémentaires pour orienter et proposer aux victimes un accompagnement adéquat, fruit d'un travail en réseau.

B) Les limites de l'étude

1. Points forts

Les violences, quelles qu'elles soient, sont aujourd'hui au cœur de l'actualité. Les professionnels y sont d'autant plus sensibilisés.

L'approche qualitative complète les travaux quantitatifs précédemment réalisés sur ce sujet par deux sages-femmes dans le Finistère, Julie GUILLOTO en 2007 et Elise CALVEZ en 2017 [4] [17].

2. Points faibles

Un des points faibles de cette étude est lié à la méthodologie utilisée. Il y a un biais d'interaction entre les interviewés et l'intervieweur avec un manque de neutralité de ce dernier.

La durée des entretiens est très variable, reflétant une difficulté de reformulation et de relance de l'intervieweur avec certains professionnels.

Sur les 11 professionnels interrogés, 8 travaillent au Centre Hospitalier de Cornouailles. Dans cet établissement, il y a une volonté institutionnelle de sensibiliser les professionnels à la thématique de la violence avec un groupe de travail porté par les coordonnateurs de la maternité et du service social. Ceci peut expliquer le fait que la majorité des professionnels de cette étude utilise l'auto questionnaire.

Avec cette méthode qualitative, les données de ce travail de recherche ne sont pas généralisables.

C) Les connaissances et formations des professionnels

Depuis des années, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ont conscience de la place importante qu'ils occupent dans le repérage des violences. Pourtant, alors que la Haute Autorité de Santé recommande depuis 2005 de dépister de manière systématique les violences, aucune évolution n'est notable en dix ans. Le taux de dépistage avoisine toujours les 19%. Il serait intéressant de réévaluer ce chiffre suite aux recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS de 2019. Le manque de formations était un frein majeur soulevé par un grand nombre de professionnels dans les travaux menés jusqu'ici. Des mesures ont été prises par le gouvernement, notamment le quatrième plan Triennal (2014-2016). Ce dernier a entraîné la mise en place d'une obligation, pour les professionnels de santé, de formations initiale et continue aux violences conjugales. A son échelle, notre étude montre que des progrès restent à réaliser pour répondre pleinement à cette obligation. Au Centre Hospitalier de Quimper, le thème des violences fait l'objet d'un projet conjoint entre les Pôle Femme-Mère-Enfant et Pôle Santé Publique avec une volonté institutionnelle de sensibiliser les professionnels sur cette thématique. Pour cela, un groupe de travail a été mis en place par le coordonnateur du service social et la coordonnatrice de la maternité. Pendant leur entretien, deux professionnels expliquent ne pas avoir eu accès à ces formations car le nombre de places reste limité. Ce manque de places n'est pas le seul facteur. Tous les professionnels ne priorisent pas la problématique des violences de la même manière. Il est nécessaire de proposer et élargir les formations à tous les professionnels, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou administratifs. Dans notre étude, il a été montré que les secrétaires oubliaient de transmettre le questionnaire aux patientes. Le dépistage des violences ne concerne pas seulement les professionnels de la santé. C'est une prise en charge qui se doit d'être pluridisciplinaire.

Malgré les formations proposées, malgré des connaissances théoriques certaines, certains professionnels soulignent les difficultés de dépistage qu'ils rencontrent sur le terrain. La violence est une notion subjective mettant en jeu le mécanisme de projection du soignant [13]. Elle peut prendre différentes formes, toucher toutes les catégories de la population et ne pas avoir de symptomatologie spécifique (insomnies, rupture de soins, conduites addictives, état dépressif ...). Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité menée en 2012, les professionnels de santé sont les personnes de premier recours dans le dépistage des violences. Certains hôpitaux, notamment le Centre Hospitalier de Cornouailles et celui de Morlaix, ont fait le choix de mettre en place un auto questionnaire, outil faisant l'objet de cette étude. Qu'en penser ? Les professionnels de cette étude sont unanimes : l'auto questionnaire est une aide au dépistage notamment pour les professionnels qui ne se sentent pas à l'aise avec ce sujet. Cependant, est-il judicieux de proposer à la patiente de le remplir en salle d'attente, avant même la première rencontre avec le professionnel ? En

effet, les patientes libèrent plus facilement la parole lorsqu'un climat de confiance est établi avec le soignant.

Pour pouvoir le considérer comme une aide, il est nécessaire qu'une dynamique d'équipe et un management d'équipe accompagnent la mise en place d'un tel projet. Une des solutions pour co-construire les projets peut être la création d'un groupe de professionnels référents pluridisciplinaires, tels que des sages-femmes, psychologues, gynécologues, médecin légiste, infirmiers addictologues, assistantes sociales et pédiatres. Cette collaboration a montré son efficacité au Centre Hospitalier de Cornouailles où les différents professionnels se sont questionnés sur la manière d'optimiser l'utilisation de cet auto questionnaire. Certes, comme le montre cette étude, cet outil permet de dépister les violences. Mais par la suite, que proposer à la patiente ? Comment pallier au manque de temps de certains professionnels ? Où l'orienter ? Cette réflexion a conduit à l'instauration d'un staff parental à l'hôpital où les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes hospitalières, sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile, infirmiers addictologues et assistantes sociales et psychologues se réunissent tous les 15 jours pour discuter de la prise en charge des patientes en situation de vulnérabilité. Il est nécessaire d'obtenir le consentement de la patiente pour pouvoir présenter son dossier au staff. Il a également été mis en place des consultations spécialisées dites Protection Maternelle Hospitalière (PMH) conduites par deux sages-femmes titulaires d'un Diplôme Inter-Universitaire en Addictologie. Les professionnels de cet établissement ayant participé à mon travail de recherche considèrent ces consultations PMH comme une aide précieuse complémentaire de l'auto questionnaire, facilitant leur démarche de dépistage et permettant un accompagnement adapté à la situation de la patiente.

Les participants de cette étude ont abordé la notion de mise en sécurité des victimes par une hospitalisation en Grossesses à Haut Risque lorsque la situation est grave. Ils n'ont pas explicité ces propos. Dans ses Recommandations de Bonnes Pratiques de juin 2019, la HAS guide les professionnels sur le repérage et l'évaluation des signes de gravité chez la victime. Quatre situations doivent alerter ces derniers :

- Une particulière gravité des actes de violences en fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation) et/ou conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).

- Dangersité de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile ...

- Retentissement sur les enfants du foyer.

- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

D) Le secret médical au cœur d'un nouveau projet de loi

La question du signalement interroge toujours les professionnels. Dans quels cas signaler ? Qui contacter ? Comment se positionner entre protection de l'individu et respect du secret médical ? Le secret médical est un droit fondamental du patient et se situe au cœur de la relation patient-professionnel. Il est mentionné à la fois dans les codes de la Santé Publique, Pénal et Déontologique. L'article R.4127-303 du code de la santé publique stipule que *“Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.”* Actuellement, pour un patient majeur, Il est possible de lever le secret médical dans deux situations prévues par le code pénal : lorsque la victime de sévices ou de privations est une personne majeure vulnérable, ou lorsque la victime est en état de péril, péril qui doit avoir un caractère grave, constant et imminent. Suite au Grenelle des violences conjugales, un nouveau projet de loi vise à exempter le professionnel de santé au secret médical *“s'il porte à la connaissance du procureur de la République une information préoccupante relative à des violences exercées au sein du couple (...) s'il a l'intime conviction que la victime majeure est en danger immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de leur auteur”* (Conseil National de l'Ordre de Médecins)

Cette proposition ne fait pas l'unanimité. C'est dans une lettre ouverte aux députés en janvier 2020 que le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes exprime son mécontentement. Il émet des réserves sur les mesures proposées qui, selon lui, complexifient les choses plutôt que de les simplifier. Comment différencier danger immédiat et péril imminent ? Comment évaluer un état d'emprise ?

E) Syndrome de stress post-traumatique, conséquence des violences

La violence a de nombreuses conséquences. Sa symptomatologie prend différentes formes, complexifiant son dépistage. Les patientes peuvent présenter des séquelles traumatologiques. Elle peut également se traduire par des troubles du sommeil, émotionnels, alimentaires ou cognitifs. Nous savons que la grossesse est une période propice à l'instauration et à l'aggravation des violences. En 2012, une enquête qualitative réalisée auprès de femmes prises en charge par l'association SOS Femmes 93 [18] a mis en évidence une nette augmentation de risque de fausses couches, de retards de croissance et d'accouchements prématurés chez les femmes enceintes victimes de violence conjugale.

Il est important que tous les professionnels prennent conscience que dans leur patientèle, des femmes ont été ou sont brutalisées. 1 femme sur 5 est victime de violences conjugales au

cours de sa vie selon l'Observatoire Nationale de Violences Faites aux Femme. La violence conjugale est décrite selon un cycle composé des quatre phases suivantes : climat de tension, crise, justification et lune de miel. Au fur et à mesure, la phase "lune de miel" se raccourcit au profit d'un climat de tension avec des crises de plus en plus fréquentes. En fonction de la période du cycle, les patientes auront plus ou moins conscience de la gravité de la situation. Malgré une parole qui se libère, le taux de plainte n'augmente pas. Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) entre 2012 et 2016, seules 10% des victimes de violences au sein de leur ménage déclarent avoir déposé plainte. Est-ce par culpabilité ou par honte que pourraient ressentir les victimes ? Un fait qui agace certains professionnels notamment de la police judiciaire. Aujourd'hui, en plein essor des réseaux sociaux, des victimes témoignent. Le hashtag #payetaplaite en est un exemple. On peut y lire : *«J'ai voulu porter plainte pour violences conjugales : "Vous allez lui ruiner la vie, le pauvre", "ce n'est grand choses", "pensez à vos enfants"»* (2016). Il est indispensable de comprendre le mécanisme qui se cache derrière ces situations.

Le Docteur Muriel Salmona, psychiatre et psycho-traumatologue française, est la fondatrice et présidente de l'association *Mémoire traumatique et victimologie*, organisme d'information du public et de formation des intervenants prenant en charge les victimes de violence. Elle a mené de nombreux travaux sur la mémoire psycho-traumatique qu'elle définit comme *«une conséquence psychotraumatique des violences les plus graves se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent totalement la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou une partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences»*. Elle nous explique que les victimes de violences sexuelles ont un risque de développer un stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs avoisinant les 90% [5]. Pour pouvoir y échapper, la victime déclenche un mécanisme de dissociation, entraînant des conduites d'évitement (Troubles Obsessionnels Compulsifs ...) et dissociantes anesthésiantes (conduites addictives ...) [5]. Cette situation de « non prise de conscience » du danger lui permet de supporter cette violence. Les sages-femmes addictologues interrogés dans le cadre de notre étude expliquent qu'une situation de vulnérabilité en cache souvent une autre. Le tabac en est un exemple. Devant toute situation de vulnérabilité identifiée, il est nécessaire d'approfondir et d'évaluer l'environnement de la patiente.

Dans un documentaire intitulé "Primum Non Nocere, l'enfant victime de violences sexuelles devient-il un adulte comme les autres ?", une sage-femme exprime une notion importante : *«Quand une femme a vécu des violences sexuelles, on sait que c'est comme une espèce de cocotte-minute, qui va exploser et quand on ne sait pas ça, on ne comprend pas. Et quand on*

s'intéresse à ça, on se dit mais bien sûr. On a une autre grille de lecture. Et quand tu as une autre grille de lecture, c'est comme quand tu as des lunettes, tu changes ton regard."

F) L'impact des violences vécues dans l'enfance à l'âge adulte

Dans une famille, la violence conjugale ne touche pas qu'une personne. Lui-même brutalisé dans 30 à 40% des cas ou témoins de violences intrafamiliales, l'enfant est une co-victime. Un enfant doit grandir dans un environnement serein pour s'épanouir. La convention Internationale des Droits de l'Enfant, ratifiée par la France en 1990, reconnaît les enfants comme des sujets de droits. Aujourd'hui, les violences faites aux enfants restent tues. Pourtant, selon les chiffres du conseil de l'Europe, les violences sexuelles concernent un enfant sur cinq. Les professionnels de la périnatalité ont un rôle prépondérant dans la protection de l'enfance. In-utero, les violences ont un impact chez le fœtus. En effet, il est soumis aux décharges hormonales que produit sa mère en réponse à une situation de stress.

Par la suite, ces enfants se retrouvent à grandir, seuls et sans protection, dans un environnement insécurisant où les sentiments de peur, de confusion et de culpabilité prédominent au quotidien. Certains minimisent les faits, privilégiant l'amour qu'ils portent à leurs parents. Dans ces familles, la violence est banalisée. Elle présente l'avantage de résoudre les conflits et permet à l'enfant d'obtenir ce qu'il veut, gestion facilitée de la frustration. Un enfant reste un être humain. Il va mettre en place les mêmes mécanismes de psychotraumatisme que les adultes, décrits par le Docteur SALMONA. Pour éviter d'activer sa mémoire traumatique, il va mettre en place des conduites d'évitement se traduisant par des fugues, des tentatives de suicide, des actes de délinquance ou une consommation de toxique. L'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu en 2010 que la principale cause pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subi. L'enfant grandissant, son modèle de communication reste la violence. Il est susceptible de le reproduire lorsqu'il deviendra à son tour une figure de l'autorité parentale. [19]

Ce phénomène est loin d'être isolé dans notre société.

La violence dans l'enfance ne se limite pas seulement au cercle familial. Aujourd'hui se pose la question de la place des réseaux sociaux et des jeux vidéos, omniprésents au quotidien. Influence-t-elle les relations qu'entretiennent entre eux les jeunes enfants et les adolescents aujourd'hui ?

V. Conclusion

La violence conjugale est au cœur de l'actualité. Malgré les mesures prises par le gouvernement et les instances jusqu'ici, les chiffres ne décroissent pas. Les professionnels de santé occupent une place essentielle dans son dépistage. Mais pour ce faire, il est indispensable qu'ils aient en main les clefs nécessaires pour comprendre son mécanisme et les multiples conséquences qui en découlent. Cette étude nous montre que les professionnels considèrent l'auto questionnaire comme un outil facilitant l'abord de ce sujet avec les patientes. Néanmoins, sa mise en place nécessite une réflexion conjointe des différents acteurs afin d'optimiser l'accompagnement des patientes en proposant des outils adaptés aux pratiques et aux territoires. Pour que ce travail aboutisse, il est primordial que tous les professionnels médicaux, para médicaux et administratifs s'investissent. Brutalisés ou témoins, les enfants sont des victimes à part entière. La violence a des conséquences désastreuses sur la santé physique et psychique de ces individus en développement où la notion de violence devient banalisée. Ils sont à risque de développer un Syndrome de Stress Post Traumatique. Il est urgent de faire prendre conscience à tous de l'ampleur du phénomène, loin d'être isolé.

VI. Références bibliographiques

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Violence. [En ligne]. <https://www.who.int/topics/violence/fr/> . Consulté le 25 février 2019.
2. Stop-violences-femmes.gouv.fr. Les principales infractions et les peines encourues.[En ligne]. https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_les_principales_infractions_et_les_peines_encourues-tableau_synthetique.pdf. Consulté le 10 mars 2019.
3. Observatoire Nationale des Violences Faites aux Femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. [En ligne]. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no14-violences-au-sein-du.html>. Consulté le 01 mars 2020.
4. Guilloto J. Femmes enceintes victimes de violence conjugale : état des lieux des connaissances des professionnels de l'Obstétrique dans le Finistère. Mémoire de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Brest;2007,59p.
5. Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. 2017;1-20.
6. Stop-violences-femmes.gouv.fr. Violences. [En ligne]. <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/Retour-sur-le-colloque-Violences.html> . Consulté le 8 mars 2019.
7. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010
8. Stop-violences-femmes.gouv.fr. Violences. [En ligne]. http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/02/lettre_ONVF_mai_2015_violences_et_sante.pdf . Consulté le 30 janvier 2019.
9. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Professionnels de santé, des personnes de premier recours. [En ligne]. https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf . Consulté le 2 février 2019.
10. Stop-violences-femmes-gouv.fr. Outils de formation. [En ligne]. <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>. Consulté le 14 février 2019.
11. Gouvernement. Un grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales. [En ligne]. <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales>. Consulté le 06 novembre 2019.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques. [En ligne]. Consulté le 16 juin 2019.
13. Haute Autorité de Santé. Recommandation dépistage systématique. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2872987/fr/violences-au-sein-du-couple-la-has-publie-des-recommandations-a-destination-des-structures-d-hebergement-social . Consulté le 10 mars 2019.

14. PIET E. Le repérage systématique, une étape de diagnostic efficace. In : Ronai E, Durand E. Violences conjugales, le droit d'être protégée. Dunod; 2017, 39-51.
15. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. Thèse de médecine. Université de Poitier; 2017, 106p.
16. Debost-Legendre A, Guiguet-Auclair C. Adaptation transculturelle et validation du questionnaire PREMIS (Physician Readiness To Manage Intimate Partner Violence). 2019, 51p.
17. Calvez E. Dépistage des violences conjugales: quel abord par les sages-femmes pendant la grossesse? État des lieux des pratiques des sages-femmes du Finistère ayant une activité de consultation prénatale. Mémoire de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Brest; 2016, 41p. [En ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844241/document> . Consulté le 04 octobre 2018.
18. Joudrier H. Violences conjugales, grossesse et médecine générale. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie Paris VI; 2012, 51p.
19. Fall S. Mauvais conjoint, bon parent ? Des liens parentaux dans la violence conjugale. In : Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Paris : Dunod ; 2016

ANNEXE I

AUTO QUESTIONNAIRE DU RESEAU PERINATAL DE BRETAGNE OCCIDENTALE

		
--	--	---

Vu par : Sage femme Gynécologue obstétricien

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Afin de mieux vous accompagner pendant votre grossesse, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Nous vous invitons à le remettre à la personne qui effectue la consultation.

Vivez-vous seule ? Oui Ou vivez-vous en couple ? Oui Autre :		
Avez-vous un logement stable ?	Oui	Non
Si non, comment logez-vous en ce moment ?.....		
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?	Oui	Non
Si oui, quel a été votre poids le plus bas hors grossesse ?		
Quel a été votre poids le plus haut hors grossesse ?		
Y a-t-il des aliments que vous ne voulez pas ou ne pouvez pas manger ?	Oui	Non
Si oui, lesquels ?		
Est-ce que vous fumiez avant la grossesse ?	Oui	Non
Si vous fumez toujours, combien de cigarettes par jour fumez-vous ?		
Qu'avez-vous l'habitude de boire ? Eau Soda Cidre Bière Vin Autre		
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de boire un verre de cidre, bière, vin, autre alcool...?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de consommer l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne,	Oui	Non
Si oui, laquelle ou lesquelles :.....		
En avez-vous consommé au cours du dernier mois ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie triste ou dépassée par les événements ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?	Oui	Non
Dans la vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ?	Oui	Non
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?	Oui	Non
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistante sociale éducateur psychologue autre personne ?		
Si non, le souhaitez-vous ?	Oui	Non

Le : / / **Orientation proposée :**

Par :

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN

«Je m'appelle Anaïs, et je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de sages-femmes de Brest. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de fin d'études ayant pour thème «Le dépistage systématique des violences. Pour cela, je souhaiterais effectuer des entretiens auprès de professionnels réalisant des consultations prénatales. Ces entretiens seront enregistrés au moyen d'un dictaphone si vous l'acceptez. Ils seront anonymisés et les données collectées seront supprimées après analyse.»

- **Thème 1 : Les représentations et connaissances de la violence par les professionnels**

- Quel métier exercez-vous ?
- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Comment définiriez-vous le terme de « violence conjugale » ?
- Pouvez-vous me parler des enseignements et/ou formations que vous avez pu avoir sur ce sujet (Violences en général-VC ...)?
- Comment intégrez-vous la question des violences dans votre pratique ?
- Comment vous sentez-vous en abordant ce sujet avec la patiente ?

Relances :

- Qu'est-ce qui vous freine à dépister les violences ?
- Si vous ne dépistez pas de manière systématique les violences, sur quels critères de la patiente vous basez-vous ?

- **Thème 2 : Utilisation de l'auto questionnaire**

- Que savez-vous sur l'auto questionnaire (Son mode de distribution ...)
- A quel moment le récupérez-vous, l'analysez-vous, et l'abordez-vous ?
- Lorsque vous êtes confronté à une patiente victime de violences, quelles sont vos ressources ?
- Qu'est-ce que cet outil vous a apporté dans votre pratique ?
- Quelles différences avez-vous constatées dans le dépistage et la prise en charge des patientes depuis que vous utilisez cet outil ?
- Quels sont ses points forts et ses limites ?
- Que pourriez-vous proposer pour améliorer l'auto questionnaire ou faciliter son utilisation ?

Relances :

- Qu'est-ce qui vous freine à l'utilisation de cet outil ?
- Avez-vous des points à rajouter que nous n'aurions pas abordés ?

ANNEXE III

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL (sur réquisition, pour un adulte)

Je soussigné (e) :.....(NOM, prénom), docteur en médecine, certifie avoir été requis(e) en date du.....par.....(OPJ, Police, Gendarmerie, Procureur ...)
afin de procéder à.....(mission figurant sur la réquisition).

Je certifie avoir examiné ce jour.....(heure, jour, mois, année).
Madame, Mademoiselle :.....(NOM, prénom), née le :.....
domiciliée à.....(adresse précise).

Elle déclare avoir été victime de (description de l'agression)

le.....(heure, jour, mois, année) à(lieu) par.....

Madame, Mademoiselle.....présente les signes suivants :

- à l'examen général :.....
(préciser le comportement : prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état dépressif...)
- à l'examen somatique :.....
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures... Indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité...)
- examens pratiqués : prélèvements, radiographies...

En conclusion, Madame, Mademoiselle..... présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle dit avoir subie. **(L'absence de lésions ne permet de conclure à l'absence d'agression).**

L'incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de.....jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes (remis en mains propres à la patiente en cas d'absence de réquisition)

Signature du médecin

Source : Rapport du Ministre chargé de la santé, réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence du Professeur R.Henrion « Les femmes victimes de violence conjugale, le rôle des professionnels de santé », février 2001.

ANNEXE IV INSTITUTIONS NATIONALES ET REGIONALES

I. Nationales

- Numéro national 3919
- Association de Violences
- **Les secours** (appels gratuits)
 - S.A.M.U. 29 : 15
 - Police-Gendarmerie : 17 ou 112
 - Pompiers : 18
- **Contacts de proximité**
 - Hébergement d'urgence : 7j/7-24h/24
Tel: 115
 - Numéro d'Aide aux victimes
Tel : 116 006

II. Associations et services d'aide aux victimes dans le Finistère

- Centre d'Informations du Droit des Femmes et des Familles (CIDFF)
Tel : 02.98.44.97.47
26 Rue Fautras, 29200 BREST
contact@cidff29.fr
- L CAUSE Maison pour Toutes
Tel : 02.98.46.77.31
4 Rue Ernest Renan, 29200 BREST
espace.lcause@gmial.com
- Centre de Planification et d'Education Familiale
Tél. 02 98 22 34 39
Centre Hospitalier Morvan, 5 avenue Foch, rez-de-chaussée du bâtiment 5 dans le Pôle Femme-Mère-Enfant, 29200 BREST
- Service Emergence, Association DON BOSCO, Aide aux victimes
Tel : 02.98.30.35.40
Parc d'Innovation de Mescoat, 29800 LANDERNEAU
- Commissariat Brest
Tel : 02.21.095342
- Tribunal de Grande Instance, Brest
Tel : 02.98.33.78.00
- CHRU Brest Urgences
Tel : 02.98.34.74.55
- CHRU Unité d'Accueil des personnes Victimes de Violences (UAV), Brest
Tel : 02.98.34.74.65
- AGORA JUSTICE
Tel : 02.98.52.08.68
29 Rue du Palais, 29000 QUIMPER

Sites d'information :

- www.stop-violences-femmes.gouv.fr
- Declicviolence : <http://declicviolence.fr/index.html>

Lieux d'Hébergement :

- L'Abri Côtier du Pays de Quimper
Tel : 07.72.10.18.52
53 impasse Odet, 29000 QUIMPER
abricotierpaysdequimper@laposte.net
- Foyer du Jarlot
 - Tel : 02 98 88 56 38
 - C.H.R.S. Le Jarlot, 8 rue Réo, 29600 MORLAIX

ANNEXE V

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES, HAS, juin 2019

1) Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, comment repérer-évaluer

REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

Par exemple

- « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? »
- « En cas de dispute, cela se passe comment ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »
- « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? »
- « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

RE: Accord mémoire étudiante sage-femme

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangers de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

2) Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, comment agir

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familiales) RE: Accord mémoire étudiante sage-femme
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Une liste des numéros d'urgence.● La photocopie des documents personnels.● Un double des clés et de l'argent de côté.● Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr). | <ul style="list-style-type: none">● Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).● Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent. |
|--|---|

RESUME

Objectif. L'objectif de cette étude est d'identifier comment l'auto questionnaire est utilisé pour les professionnels réalisant des consultations prénatales dans le cadre du dépistage systématique des violences conjugales.

Matériel et Méthode. Le choix de la méthode s'est porté sur une étude qualitative multicentrique par entretiens semi-directifs. Les entretiens ont été menés auprès de professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, réalisant des consultations prénatales au Centre Hospitalier de Morlaix, au Centre Hospitalier de Cornouailles à Quimper et au Centre Périnatal de Proximité de Douarnenez qui dépend de ce dernier. L'étude a eu lieu entre le 22 octobre 2019 et le 19 novembre 2019.

Résultats. Les professionnels de cette étude sont sensibilisés au sujet des violences conjugales. Conscients du mécanisme de la violence, de la notion de projection et des multiples conséquences qui en découlent, ils se disent pour la majorité démunis face à ce sujet. L'auto questionnaire, en principe distribué en salle d'attente lors de la première consultation prénatale, est décrit comme une aide au dépistage pour tous les professionnels, validant ainsi notre première hypothèse. Cependant, tous les participants à cette étude ne l'utilisent pas. La deuxième hypothèse est ainsi validée. L'un d'entre eux réalise un dépistage ciblé sur des signes évoquant des faits de violences chez la patiente. L'utilisation de l'auto questionnaire doit s'accompagner de la mise en place d'outils complémentaires pour orienter et proposer aux victimes un accompagnement adéquat, fruit d'un travail en réseau.

Conclusion. Il est nécessaire de continuer à former les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux au dépistage systématique des violences conjugales, qui touchent à la fois les femmes et les enfants. Les participants à l'étude considèrent que l'auto questionnaire est une aide au repérage des violences. Sa mise en place doit s'inscrire dans un groupe de travail pluridisciplinaire. Suite aux nouvelles recommandations de Bonnes Pratiques de la Haute Autorité de Santé (Guide : Comment repérer, évaluer et agir), il serait intéressant de réévaluer les pratiques des professionnels.

Mots-clés. Violence conjugale. Dépistage. Auto questionnaire. Consultation prénatale.

Titre. La place de l'auto-questionnaire dans le dépistage systématique des violences conjugales en consultations prénatales dans le Finistère : Entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès de professionnels du 22 octobre 2019 au 19 novembre 2019

Auteur. POCHER Anaïs

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2020.