



HAL
open science

Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes des services d'urgences obstétricales : état des lieux des pratiques en France

Léa Chevillon

► **To cite this version:**

Léa Chevillon. Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes des services d'urgences obstétricales : état des lieux des pratiques en France. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04009682

HAL Id: dumas-04009682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04009682>

Submitted on 9 Mar 2023

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT – QUENTIN – EN –
YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

CHEVILLON Léa

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR
LES SAGES-FEMMES DES SERVICES
D'URGENCES OBSTETRIQUES**

État des lieux des pratiques en France

Soutenu le : 2 juin 2022

Directrice de mémoire : M^{me} Priscilla POUDENSAN, sage-femme hospitalière au GHT de Pontoise, titulaire du Diplôme Universitaire de violences faites aux femmes Paris 8

JURY

M^{me} Sarah LOUIS, sage-femme enseignante UVSQ.

M^{me} Anne-Laure HABELSKI, sage-femme enseignante UVSQ, sage-femme libérale.

M^{me} Frédérique CANONGE, sage-femme libérale.

Numéro national d'étudiant : 2508084217 X

Avertissement

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

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

À ma directrice de mémoire, Priscilla POUDENSAN, merci de t'être lancée dans cette aventure avec moi, merci pour ta bienveillance, tes conseils avisés et toutes ces heures de relecture,

À Ernestine RONAI, Mathilde DELESPINE et Emmanuelle PIET, merci pour vos précieux conseils et pour vos relectures attentives de mon questionnaire,

À toute l'équipe pédagogique du département maïeutique de l'UVSQ, merci pour votre accompagnement tout au long de ces années,

À l'ensemble des sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire, merci d'avoir participé à ce projet, vos messages m'ont particulièrement touchée et ont été d'un profond soutien, j'ai hâte d'être votre collègue,

À Charline, merci d'être une amie aussi formidable,

À Léa, merci pour ces innombrables messages vocaux, conseils et relectures,

À mes parents et à mon frère pour leur soutien sans faille,

À toutes les personnes qui m'ont apportée leur aide à chaque étape de ce projet.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
REMARQUE LIMINAIRE	XI
TITRE ET RÉSUMÉ	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE ET CONCEPTS	3
1.1 La violence conjugale	3
1.1.1 Définir la violence conjugale	3
1.1.2 Épidémiologie	4
1.1.3 Le cycle de la violence	4
1.1.4 Cadre législatif en France	6
1.2 Violence conjugale et grossesse	7

1.2.1	Épidémiologie	7
1.2.2	Conséquences de ces violences pendant la grossesse	8
1.3	Le dépistage de la violence conjugale lors de la grossesse : le rôle des sages-femmes	10
1.3.1	Dépistage systématique ou orienté ?	10
1.3.2	Prise en charge et orientation des victimes	11
1.3.3	Les urgences obstétricales : un lieu clé pour les victimes ?	13
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	15
2.1	Objectifs et hypothèses	15
2.2	Type d'étude et outils méthodologiques	15
2.3	Participants	15
2.4	Variables retenues	16
2.4.1	Renseignements généraux	16
2.4.2	Le dépistage des violences en pratique	17
2.4.3	Formation et outils	17
2.5	Stratégie d'analyse statistique	17
2.6	Considérations éthiques et réglementaires	17
3	RÉSULTATS	18
3.1	Description générale de la population d'étude	18
3.1.1	Diagramme des flux	18
3.1.2	Description de la population	19
3.2	Principaux résultats	20
3.2.1	Dépistage des violences conjugales aux urgences obstétricales : pratique clinique	20
3.2.2	Conséquences cliniques des violences pendant la grossesse	21

3.3 Résultats secondaires	22
3.3.1 Les freins au dépistage des violences aux urgences obstétricales	22
3.3.2 La formation des sages-femmes sur la violence conjugale : frein ou moteur du dépistage ?	23
3.3.3 Outils et réseau pluridisciplinaire : moteurs du repérage des violences conjugales	26
4 DISCUSSION	27
4.1 Résumé des principaux résultats	27
4.2 Discussion des résultats et comparaison à la littérature	28
4.2.1 Comment dépister la violence conjugale aux urgences ?	28
4.2.2 Leviers au dépistage et à l'orientation des femmes victimes de violences conjugales	30
4.3 Implications et perspectives	34
4.4 Limites et biais	35
4.4.1 Concernant la population d'étude	35
4.4.2 Concernant le questionnaire et l'interprétation des données	36
4.5 Points forts de l'étude	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	46

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population (n = 751)....	19
Tableau 2 : Quels sont les signes qui suggèrent une situation de violences conjugales (n = 554)	21
Tableau 3 : Quels sont les freins à la mise en place du DS aux URGO ? (n = 704)	23
Tableau 4 : Devant les derniers chiffres des violences faites aux femmes, les sages- femmes des urgences obstétricales considèrent qu'il est indispensable (n = 751) :	25

Liste des figures

Figure 1 : Comment les sages-femmes dépistent-elles la violence conjugale aux urgences obstétricales (n = 751) ?	20
Figure 2 : Impact des violences conjugales sur la grossesse : les symptomatologies les plus rencontrées aux urgences obstétricales (n = 751)	22
Figure 3 : Se sentir préparée à réaliser un dépistage selon le type de formation reçue (n = 751)	24

Liste des annexes

Annexe I : Répartition géographique de la population d'étude.....	46
Annexe II : Autres résultats	46
Annexe III : Trame questionnaire.....	49
Annexe IV : Questionnaire WAST.....	54
Annexe V : Fiche réflexe MIPROF (8)	55
Annexe VI : Rédaction du certificat, règles de bonne pratique HAS 2019 (35)	58

Lexique

ACOG : american college of obstetricians and gynecologists

CIDFF : centres d'information sur les droits des femmes et des familles

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DE : diplôme d'Etat

DIU : diplôme interuniversitaire

DOM : départements d'outre-mer

DS : dépistage systématique

HAS : haute autorité de santé

MAP : menace d'accouchement prématuré

MIPROF : mission interministérielle pour la protection des femmes et contre la traite des êtres humains

OMS/WHO : organisation mondiale de la santé

ONU : organisation des nations unies

PMI : protection maternelle et infantile

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SF : sage(s)-femmes(s)

URGO : urgences obstétricales

Remarque liminaire

Plusieurs hommes sages-femmes ont participé à notre étude, et nous les en remercions, cependant le mot « sage-femme » étant un nom commun féminin nous utiliserons le pronom personnel « elles » lorsque nous parlerons des sages-femmes de notre étude.

Titre et résumé

Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes des services d'urgences obstétricales. État des lieux des pratiques en France

Objectifs : L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux de la pratique du dépistage des violences conjugales par les sages-femmes exerçant aux urgences obstétricales à travers la France. Nous avons également cherché à identifier les freins et leviers au dépistage des violences conjugales dans ces services.

Matériel et méthodes : Nous avons mené, durant 4 mois, une étude descriptive, multicentrique, par questionnaire, auprès de 3820 sages-femmes hospitalières exerçant sur l'ensemble du territoire français (Départements d'Outre-Mer inclus).

Résultats : Aux urgences obstétricales 74% des sages-femmes posent la question des violences conjugales devant des signes qui les interpellent. Les signes d'appel majoritairement cités étaient le comportement inadapté du conjoint et l'existence de symptômes physiques inexpliqués par la patiente. Deux freins au dépistage systématique ont été relevés par les sages-femmes : la présence du conjoint lors de la consultation et le manque de temps dans le service des urgences obstétricales. Plus de 70% des sages-femmes de notre étude ont suivi une formation sur les violences conjugales, cependant plus de la moitié ne se sentent pas suffisamment préparées à réaliser un dépistage de ces violences aux urgences obstétricales. Les leviers majeurs évoqués par les sages-femmes pour les aider dans leurs pratiques sont la formation et la présence d'un réseau pluridisciplinaire.

Conclusion : Les sages-femmes sont sensibilisées à la problématique des violences conjugales. Elles estiment avoir un rôle à jouer dans le repérage et l'accompagnement des victimes. Les urgences obstétricales sont un lieu clé pour lever le voile sur les violences subies et prendre en charge les femmes. Cependant, l'orientation des patientes nécessite une formation préalable des sages-femmes et une coopération multidisciplinaire.

Mots-clés : violence conjugale, dépistage, sages-femmes, urgences obstétricales

Title and Abstract

Screening domestic violence by midwives in obstetric emergency services. Inventory of the practices implemented in France.

Objective : Our main objective was to evaluate the techniques used by midwives working in obstetric emergency services in France in order to track domestic violence. We also tried to detect in those services the barriers preventing from screening pregnant women who are victims of domestic violence and to understand what is needed by midwives to reach that goal.

Methods : We conducted a multicenter and descriptive study. Over a 4 month period, 3830 hospital midwives all over France (including overseas French counties) were asked, thanks to an online questionnaire.

Results : Study results revealed that 74% of midwives presume domestic violence on pregnant women when observing unexplained clinical symptoms. The two main signs reported by midwives were unappropriate behaviour of the spouse and unexplained physical symptoms. The two major reasons preventing midwives from systematically recognising the domestic violence on patients were the lack of time in obstetric emergency services and the presence of their partner. More than 70% of the midwives surveyed received a training for screening domestic violence although more than half of them didn't felt sufficiently prepare to undertake it. Midwives are asking for more training and a cooperative network with all the professionals in order to tackle that issue.

Conclusion : Midwives are caring about the issue of domestic violence. They consider they have a part to play in screening domestic violence and accompanying the victims. The results of this study point at the need of training, of developing protocols at the hospital on domestic violence and of working with all the concerned partners. Besides, obstetric emergency services are a key place to unveil abuses endured by women and to take them in charge. Though, the care of patients previously requires training of midwives and a multidisciplinary cooperation.

Keywords : domestic violence, screening, midwives, obstetrical emergency services

Introduction

« *La violence des hommes à l'égard des femmes est également une pandémie, bien antérieure à celle du coronavirus et qui lui survivra* » (1) propos tenus par M^{me} Phumzile Mlambo-Ngcuka, directrice exécutive de l'Organisation des Nations Unies (ONU), le 25 novembre 2020, à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Plus que jamais le repérage et la prise en charge de ces femmes sont une priorité mondiale de santé publique.

Autrefois soumises à l'autorité de leur père puis de leur mari, les femmes étaient considérées comme inférieures à l'homme. Les violences conjugales étaient tues et même légalisées par le code civil Napoléonien qui autorisait le mari à « discipliner » ou « corriger » son épouse comme il l'entendait (2). Il faut attendre les années 1990 pour que les violences subies par les femmes sortent du domaine privé pour entrer dans la sphère publique. Nous sommes en 1995, à Beijing, la 4^{ème} conférence mondiale de l'ONU sur les femmes marque un tournant décisif dans l'histoire de la violence envers les femmes : 40 000 femmes représentent les Organisations Non Gouvernementales des cinq continents, un programme mondial pour l'égalité des sexes est adopté à l'unanimité par les 189 pays membres. La violence conjugale est alors reconnue comme une problématique de santé publique et s'imisce progressivement dans les débats politiques (3).

La France est alors tenue de fournir des statistiques précises sur les violences faites aux femmes. C'est ainsi que l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) voit le jour en 2000 (4). Les premiers chiffres sont accablants : une femme sur dix, âgée de 20 à 59 ans, déclarait être victime de violences perpétuées par son partenaire intime sur les 12 derniers mois, deux tiers des femmes n'avaient jamais parlé des violences qu'elles subissaient avant cette enquête. Ces données font réagir la sphère publique et politique. En 2012, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) voit le jour. Trois missions principales lui incombent : former les différents acteurs, médico-psycho-juridico-sociaux, à la prise en charge des femmes victimes ; « rassembler, analyser et diffuser les informations et

données relatives aux violences faites aux femmes » et coordonner, au niveau national, les différents plans de lutte élaborés pour lutter contre la traite des êtres humains. De multiples projets ont ensuite vu le jour. Cinq plans d'action interministériels et pluriannuels se sont succédés, visant à mesurer et prévenir les violences, coordonner les actions à l'encontre des auteurs et protéger les femmes et leurs enfants. En 2019, le Premier Ministre et la Secrétaire d'Etat alors en fonction lancent un Grenelle des violences conjugales. Trois grandes thématiques y sont traitées : prévenir les violences, protéger les victimes en les mettant à l'abri, protéger les victimes en sanctionnant efficacement les auteurs des violences. Ainsi, 1000 places d'hébergements d'urgence ont été ouvertes au 1^{er} janvier 2020, un dispositif anti-rapprochement a été mis en place pour les auteurs qui se voient attribuer un bracelet électronique. Un audit a été lancé auprès de 400 commissariats et gendarmeries pour détecter les dysfonctionnements quant à l'accueil et la prise en charge de ces femmes, et il est dorénavant possible de déposer plainte au sein des structures hospitalières (5). La lutte contre les violences conjugales est donc une priorité nationale de santé publique et gouvernementale.

C'est dans l'intimité du couple que les violences envers les femmes sont les plus fréquentes. La grossesse ne fait pas exception. Élément souvent déclencheur ou catalyseur de la violence, les violences conjugales envers les femmes enceintes sont loin d'être rares. Interlocutrices privilégiées des femmes pendant neuf mois, nous, sages-femmes, avons un rôle clé dans le repérage de ces violences et l'accompagnement de ces femmes et de leur futur enfant (6). C'est ainsi que nous avons choisi d'étudier la pratique du dépistage des violences conjugales des sages-femmes exerçant aux urgences obstétricales (URGO) en France.

1 Contexte et concepts

1.1 La violence conjugale

1.1.1 Définir la violence conjugale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence conjugale, également appelée violence entre partenaires intimes, comme : « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* ». Elle se traduit par un comportement abusif dans lequel l'un des deux partenaires acquiert du pouvoir sur l'autre (7). Cette violence n'a ni ethnie, ni âge ni sexe. Elle peut porter atteinte à toute personne, bien que les victimes soient en grande majorité des femmes, à tout moment de la vie. Il n'existe aucune limite culturelle, socio-économique, religieuse, géographique ou d'éducation (8).

Il existe de multiples formes de violence au sein du couple, pouvant parfois coexister. Tout d'abord la violence physique, généralement la plus repérable, souvent banalisée. Elle se traduit par des gifles, des coups, des bousculades. La violence sexuelle est également très représentée. Pour l'auteur, parfois pour la femme également, il s'agit d'un « devoir conjugal ». La réalité est tout autre, le rapport sexuel étant bien souvent non consenti, il s'agit alors d'un viol. La violence psychologique, pourtant vraisemblablement la plus fréquente, est la plus sous-évaluée et sûrement la plus destructrice. L'auteur des violences dévalorise sa victime, l'humilie, la ridiculise, va jusqu'à l'infantiliser mettant en doute ses compétences et ses capacités aussi bien personnelles (de femme, de mère) que professionnelles. Les femmes victimes disent pouvoir « encaisser » les coups mais les humiliations sont les moments les plus difficiles à vivre. Dernier type de violence, la violence sociale. Elle consiste en l'isolement de la victime. Petit à petit l'agresseur l'éloigne de sa famille, de ses ami(e)s, de son travail ... la rendant complètement dépendante de lui. Il peut s'ajouter à cela la confiscation de tous les moyens de communication avec l'extérieur (clef de

voiture, téléphone portable), la confiscation des papiers d'identité ou encore le refus d'accès à un compte bancaire (9) (10).

1.1.2 Épidémiologie

En 2013, un rapport établi par l'OMS, donne, pour la première fois, des estimations mondiales de la prévalence des violences à l'encontre des femmes. À l'échelle mondiale, 30% des femmes ont subi des violences de la part de leur conjoint, ces données peuvent aller jusqu'à 38% dans certaines régions du globe. En Europe, 25% des femmes révélaient avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles perpétrées par leur conjoint. Plus d'un tiers des féminicides dans le monde ont été commis par le conjoint de la victime (11).

En France, sur l'année 2018, 213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles perpétrées par leur conjoint ou ex-conjoint. En 2020, 102 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime, soit une femme tous les 3,5 jours (12). Les différents confinements, liés à la crise sanitaire, ont exposé les femmes à davantage de violences au sein du domicile conjugal. En effet, le nombre d'appels reçus par la plateforme nationale d'écoute du 3919 a considérablement augmenté entre mars et juin 2020. Les appels pour violences conjugales ont ainsi triplé par rapport à 2019 sur la même période (13).

1.1.3 Le cycle de la violence

Les violences se manifestent par un cycle en 4 phases. Mis en place par l'agresseur, le cycle permet d'instaurer et de maintenir un climat d'emprise.

Phase 1 : mise en place d'un climat de tension

- L'agresseur est tendu, a des accès de colère, fait peser de lourds silences.
- La victime se sent inquiète, a peur de ce qui peut se passer.

Phase 2 : passage à l'acte violent ou à l'agression

- L'agresseur violence l'autre personne de différentes manières (verbalement, psychologiquement, physiquement, sexuellement).
- La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste. Elle a peur d'engager des démarches.

Phase 3 : la justification

- L'agresseur s'excuse. Il minimise son agression. Il fait porter la responsabilité de son acte sur la victime.
- La victime tente de comprendre ses explications. Elle veut l'aider à changer.

Phase 4 : la rémission - l'accalmie aussi appelée « lune de miel »

- L'agresseur demande pardon. Il adopte un comportement positif. Il se montre sous son meilleur visage.
- La victime reprend espoir car l'agresseur lui paraît avoir changé. Elle lui donne une chance, constate ses efforts et change ses habitudes de vie pour ne pas déclencher à nouveau la violence.

L'instauration de ce cycle est possible grâce à une stratégie mise en place par l'agresseur. Dans un premier temps l'homme isole sa compagne, il la dévalorise, en fait son « objet », afin de créer un climat de peur et d'insécurité. Dans un second temps il culpabilise la femme, instaurant ainsi son impunité, le secret est alors verrouillé. La victime est maintenue sous l'emprise de son agresseur. Il devient alors très difficile pour ces femmes de différencier le quotidien de ce qui relève de la violence conjugale (14). Le cycle se répète ainsi, avec une augmentation de l'intensité de la violence à chaque nouveau cycle et une diminution de la durée et de l'intensité de la phase d'accalmie. Sans intervention extérieure ce cycle n'aura de cesse de se répéter et les épisodes de violences ne s'arrêteront probablement pas. Ce cycle engendre des sentiments ambivalents chez la femme entre espoir et désillusion. Les comportements de la victime sont généralement guidés par ce cycle, ce qui peut parfois être difficile à comprendre pour les professionnels de santé. En effet, nombre de femmes peuvent demander de l'aide pendant la phase d'agression, et finalement se rétracter durant la « lune de miel ». La connaissance par les professionnels de santé de ce cycle est donc

essentielle pour accompagner les victimes. Cela leur permet de mieux appréhender le comportement des femmes et d'adapter leurs modes de prise en charge (8) (15).

1.1.4 Cadre législatif en France

Les premières lois concernant les violences conjugales datent des années 1990. Ainsi, en 1992, à l'occasion de la réforme du code pénal, les violences commises par le conjoint ou concubin deviennent un délit (16). À partir de mai 2004, le juge des affaires familiales est autorisé à statuer en urgence sur l'attribution du domicile conjugal à la victime, avec éloignement du conjoint violent (17). Il faudra attendre 2006 pour que le viol au sein du couple soit condamnable, la qualité de conjoint, concubin ou partenaire de pacte d'état civil de solidarité, constitue alors une peine aggravée (jusqu'à 20 ans d'emprisonnement). Cette loi vise ainsi à renforcer la prévention et la répression des violences au sein du couple (18). En 2009, une loi spécifique aux violences faites aux femmes autorise le juge des affaires familiales à délivrer en urgence une ordonnance de protection des victimes (19). La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes permet le renforcement des ordonnances de protection, la généralisation du dispositif de téléprotection pour les femmes en grand danger, et réaffirme la priorité du maintien à domicile de la victime. Cette même loi rend obligatoire la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes. Le 3919, premier numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences voit également le jour en 2014. Cette plateforme, aujourd'hui également accessible en ligne, offre aux femmes une écoute, une information et une orientation adaptées au contexte, vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge des victimes (20).

Les dernières évolutions juridiques découlent des données issues du Grenelle des violences conjugales. Ainsi, la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, réaffirme la jouissance du logement conjugal à la victime et l'éloignement de l'agresseur. Cette loi vise également à protéger les enfants, elle élargit le retrait possible de l'autorité parentale ou de son exercice à tous les cas de violences conjugales. La notion de harcèlement moral y fait son apparition et est

condamnée (3 à 5 ans d'emprisonnement et 45 à 75 000€ d'amende). La notion de « suicide forcé » fait son entrée dans le code pénal, reconnu comme circonstance aggravante du délit de harcèlement moral au sein du couple (10 ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende). Enfin, une nouvelle exception à la levée du secret médical voit le jour : elle est possible lorsque les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat et que celle-ci se trouve sous l'emprise de son auteur (y compris pour les victimes majeures) (21).

1.2 Violence conjugale et grossesse

1.2.1 Épidémiologie

Dans nos sociétés occidentales actuelles, et grâce à l'évolution de la médecine obstétricale et périnatale, la grossesse est perçue comme un choix, comme une période de bien-être et d'épanouissement pour une femme, pour un couple. Pendant neuf mois la femme est le centre de l'attention, elle reçoit toute l'affection possible de la part de son entourage et notamment de son conjoint. Personne fragile et précieuse, la femme enceinte doit être protégée et se sentir en sécurité. Pourtant, elles seraient près de 10% à subir des violences de la part de leur conjoint pendant leur grossesse selon des données australiennes (22). D'après plusieurs études américaines, dans près de 30% des cas le premier acte de violence survient pendant une grossesse. Toutes les formes de violences peuvent s'exprimer : psychologique, physique, sexuelle, verbale ... Une méta-analyse de 2013 croisant les données issues de 92 études menées dans 23 pays décompte : 28% de violences psychologiques, 14% de violences physiques et 8% de violences sexuelles. Le taux de prévalence des violences a également été calculé en fonction du niveau socio-économique du pays, il y est fait mention de 13% de femmes victimes de violences lors de leur grossesse dans les pays développés, ce chiffre s'élève à 28% dans les pays en voie de développement (23) (24) (11). En France, peu d'études ont été réalisées sur la prévalence de la violence conjugale durant la grossesse. Les données les plus récentes datent de 2011 et nous sont fournies par la Fédération Nationale Solidarité Femme qui a analysé les appels reçus par le 3919. Sur les 13 866 fiches relatant des faits de violence conjugale, 10,5% concernaient des femmes

enceintes ayant déjà au moins un enfant à charge (25). Ces données sont vraisemblablement sous-estimées puisqu'elles ne concernent que les femmes ayant appelé le 3919 et ayant déjà au moins un enfant.

1.2.2 Conséquences de ces violences pendant la grossesse

Ces violences ont des incidences multiples sur la santé des femmes. Les coups reçus, le climat de terreur et de tension dans lequel elles vivent peuvent être à l'origine de divers troubles. L'enquête ENVEFF révèle que les femmes victimes de violences conjugales présentent plus d'affections chroniques que les femmes qui ne sont pas victimes, elles se considèrent ainsi en moins bon état de santé (4). La grossesse constitue un cas particulier, les violences retentissent à la fois sur la santé de la mère mais également sur celle de l'enfant à naître.

Il est tout d'abord important de noter que la grossesse peut ne pas être désirée. En effet, cette dernière peut être issue d'un viol conjugal, survenir lors d'un épisode d'accalmie ou encore être la conséquence d'une impossibilité pour la femme d'avoir accès à une contraception efficace. Dans ce contexte, nombreuses sont les femmes qui ont recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), déclarent tardivement leur grossesse et/ou ne font pas ou peu suivre leur grossesse. En 2014, au sein du centre d'hébergement de l'association SOS femmes de Seine-Saint-Denis, 28 femmes victimes (61 grossesses au total) ont accepté de parler des violences conjugales subies pendant leurs grossesses. Bien que la majorité de ces femmes aient donné naissance à un enfant, pour 11 d'entre elles une grossesse s'est soldée par une fausse couche, et pour 5 par une IVG. À plus grande échelle, en 2013, l'OMS alertait sur l'augmentation du risque de fausse couche chez les femmes victimes de violences (+16%) (11).

Une étude menée par Silverman, en 2006, dans 26 états Américains (26) montrait que les femmes victimes de violences avant et/ou pendant la grossesse ont un risque significativement plus élevé de : métrorragies (+90%), de rupture des membranes avant terme (+60%), d'infections urinaires et de vomissements incoercibles (+60%), de complications d'un diabète gestationnel (+48%), d'hypertension artérielle (+40%). Selon l'OMS, le risque d'accouchement prématuré est également augmenté dans un contexte de violences conjugales (+41%) (11). Plus récemment, en France, en 2016,

une étude a été menée sur les conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales, sur un échantillon de 85 femmes (27). Cette étude retrouvait 57% de grossesses non désirées, plus de la moitié des parturientes n'ont pas fait suivre leur grossesse. Il y est également fait mention d'un plus grand nombre de passages aux urgences durant la grossesse. En conséquence, 25% de ces femmes ont présenté une menace d'accouchement prématuré et 19% une rupture des membranes avant terme, 22% ont présenté des épisodes de métrorragies.

Enfin, ces violences ont également un impact psychologique fort. Les femmes victimes de violences conjugales sont plus à risque de développer des troubles psychologiques directement liés au climat de tension dans le couple : anxiété, troubles du sommeil, troubles des comportements alimentaires, syndrome dépressif, conduites addictives, qui auront un impact direct sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus ainsi qu'en post-natal (6). L'état de détresse psychologique dans lequel se trouvent ces mères ne leur permet pas d'établir un lien mère-enfant de qualité. Les violences auxquelles elles doivent faire face altèrent leurs capacités à répondre aux besoins de leur enfant (28) (29).

En tant que professionnelles de la périnatalité, les sages-femmes ont une place centrale dans la prise en charge de ces femmes et de leur fœtus/nouveau-né.

1.3 Le dépistage de la violence conjugale lors de la grossesse : le rôle des sages-femmes

Une consultation par mois pendant neuf mois, trois consultations d'échographie, sept consultations de préparation à la naissance : nul n'est plus à même de dépister les violences conjugales que les sages-femmes. La fréquence des consultations et le lien de confiance qui s'établit au fil des mois entre la patiente et la sage-femme font de la grossesse un moment propice au repérage de ces violences (30).

1.3.1 Dépistage systématique ou orienté ?

Le repérage des violences conjugales est complexe, il n'existe ni profils types de victimes, ni signes cliniques évidents. Poser la question paraît donc être le moyen le plus adéquat pour s'assurer qu'une patiente est, ou pas, victime de violences conjugales. En pratique cela s'avère plus compliqué à mettre en place.

De nombreuses études ont été menées sur l'intérêt d'un dépistage systématique des violences à l'occasion d'une consultation médicale. Malgré une bonne acceptabilité de la question par les patientes, les données ne sont pas suffisantes pour statuer en faveur, ou non, du dépistage systématique. En effet, bien que les révélations de telles situations soient plus nombreuses lorsque la question est posée systématiquement, il n'a pas été retrouvé de preuves suffisantes que ce dépistage améliorerait la santé des femmes victimes ou diminuait la fréquence des violences qu'elles subissent (31) (32) (33). Dans ce contexte, l'OMS ne recommande pas de rechercher systématiquement des violences conjugales à chaque consultation médicale. Cependant, les soins prénataux doivent être l'occasion de procéder à un dépistage systématique de ces situations (34).

En France, depuis les années 2000, les recommandations pour la pratique clinique invitent à poser explicitement et systématiquement la question de l'existence d'une situation de violences conjugales à toute personne venant consulter un professionnel de santé (6). Le sujet des violences doit donc être régulièrement abordé lors d'une consultation médicale, de surcroît lorsqu'il s'agit d'une consultation de suivi de grossesse. Il est recommandé de poser la question lors de la première visite prénatale

puis au moins une fois par trimestre et lors de la visite du post-partum (35). Ces recommandations sont également de mise aux États-Unis, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommande un dépistage systématique lors de la première consultation de grossesse puis une fois par trimestre ainsi qu'en post-partum (36).

Rares sont les victimes qui choisissent de porter plainte ou effectuent des démarches auprès d'un professionnel, quel qu'il soit, ou d'une association (12). Il est très difficile pour ces femmes de parler des violences qu'elles subissent. Le dépistage systématique permettrait ainsi de briser cette « *loi du silence* » dans laquelle ces femmes sont enfermées par leur agresseur. Ce dépistage leur offrirait l'occasion de parler des violences subies, de comprendre qu'elles ne sont pas seules pour y faire face et qu'il est possible d'en sortir. Poser la question est déjà un acte thérapeutique, qui permet à la victime de s'ouvrir et de savoir qu'il y a des professionnels sur lesquels elle pourra s'appuyer quand elle sera prête pour sortir de cette violence (37) (38).

1.3.2 Prise en charge et orientation des victimes

Comme expliqué précédemment, les sages-femmes ont un rôle clé dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales, mais une inquiétude subsiste toujours : comment aider, en pratique, la victime lorsqu'elle révèle les violences subies ? Il nous incombe d'identifier les besoins de la patiente, tant médicaux que sociaux et d'évaluer son état psychologique. Il convient de rappeler le caractère confidentiel de la consultation, de mentionner que ces violences sont inscrites au code pénal et donc répressibles, que la patiente est libre de porter plainte si elle le souhaite. Il est important de fournir les informations pratiques à la réalisation des différentes démarches juridiques et de proposer à la patiente une orientation vers des référents pour une aide plus spécifique et spécialisée (35).

Selon l’OMS, après une révélation, il faut en première intention dispenser les soins médicaux qui s’avèrent nécessaires puis répondre aux besoins évoqués par la femme. Un manuel clinique intitulé « appui de première ligne » rappelle ainsi les cinq tâches essentielles à réaliser lors de la découverte d’une situation de violences (39) :

- Écouter : attentivement, avec empathie et sans jugement,
- S’informer des besoins et des préoccupations de la femme : émotionnels, physiques, sociaux, pratiques (par exemple les modalités de garde des enfants lorsqu’il y en a),
- Valider : « je vous crois », assurer à la patiente qu’elle n’est pas responsable,
- Améliorer la sécurité : élaborer avec la patiente un « plan » pour qu’elle se protège si la violence se manifeste de nouveau,
- Soutenir : aider la patiente à accéder aux informations nécessaires pour obtenir un soutien psychologique, social, juridique, selon ses souhaits.

Après les révélations, un examen physique complet doit être réalisé et consigné dans le dossier médical. Tous les éléments recueillis à l’interrogatoire et lors de l’examen doivent être mis par écrit afin d’assurer, au mieux, le suivi de la patiente. Il est recommandé de faire apparaître dans le dossier les coordonnées de la patiente (en s’assurant que celle-ci est joignable sans la mettre en danger) ; les informations transmises par la patiente de façon factuelle avec des guillemets si nécessaire ; mentionner les observations factuelles du professionnel de santé lors de l’interrogatoire et/ou de l’examen clinique. Ces éléments peuvent également être utilisés pour la rédaction d’un certificat médical initial (ce certificat peut être établi par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste). Le certificat doit être établi sur un papier à en-tête du professionnel de santé ou de l’hôpital d’exercice. Il permet de consigner les constatations médicales ainsi que les déclarations de la patiente et les examens qui ont été pratiqués. Il peut être utilisé par la victime pour faire valoir ce que de droit ou obtenir une mesure de protection. La rédaction de ce certificat est soumise à des règles précises présentées en annexe VI (35).

La continuité de la prise en charge doit être assurée par des acteurs multiples. L'accompagnement en réseau est indispensable. Les intervenants sociaux (psychologues et assistantes sociales) doivent accueillir et écouter les victimes, les accompagner dans leurs démarches. La police et la gendarmerie se chargent de recueillir les plaintes, d'enregistrer les mains courantes, de rédiger les procès-verbaux et d'intervenir si besoin. L'enregistrement de la plainte écrite peut être déposé auprès du procureur de la République afin qu'une enquête soit ouverte (40).

1.3.3 Les urgences obstétricales : un lieu clé pour les victimes ?

Perçues comme la « porte d'entrée » de l'hôpital, les urgences jouent un rôle central dans le repérage des femmes victimes de violences conjugales. Disponibles 24h/24 et 7jours/7 les professionnels des urgences ont une place de choix pour repérer et orienter les victimes.

Une étude prospective, menée aux urgences de l'hôpital d'Aulnay (93) entre 2008 et 2010 a démontré l'intérêt d'un dépistage dans ce service. L'étude portait sur un échantillon de 236 patientes victimes de violences, parmi lesquelles 59% ont été adressées aux urgences chirurgicales pour des séquelles physiques, 28% ont consulté en médecine pour des troubles psychosomatiques et 13% ont nécessité une prise en charge en psychiatrie. Une grande partie de ces femmes avait déjà consulté aux urgences antérieurement : 46% en médecine, 38% en traumatologie et 16% en psychiatrie (41). Ces chiffres nous alertent sur la forte proportion de femmes victimes susceptibles de se présenter aux urgences, sans pour autant mentionner les violences subies comme motif de la consultation. Il apparaît donc nécessaire et opportun de poser la question des violences conjugales dans ces services. La notion de repérage doit être présentée à la patiente comme une pratique systématique. Il nous faut garder à l'esprit que même si la patiente ne révèle pas des actes de violences à son encontre, le simple fait d'en discuter dans un contexte de soins et d'avoir à disposition des documents d'informations peut lui être d'une aide précieuse (35).

Les femmes victimes n'identifient pas toujours la violence qu'elles subissent. Les conséquences de ces violences sont multiples et peuvent mener à des consultations aux urgences. Les femmes demandent rarement de l'aide, n'évoquent que peu les violences dont elles sont victimes. C'est alors à nous, professionnels de santé de poser la question, de mettre des mots sur les maux et d'aider les victimes à sortir de l'emprise dans laquelle elles sont enfermées. C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'effectuer un état des lieux sur les pratiques de dépistage des violences conjugales des sages-femmes exerçant aux urgences obstétricales.

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux de la pratique du dépistage des violences conjugales par les sages-femmes exerçant aux URGO. Nos deux objectifs secondaires étaient d'identifier les éventuels freins et leviers au dépistage des violences conjugales dans ce service. Pour ce faire, nous avons émis trois hypothèses :

- Le dépistage des violences conjugales n'est pas systématique dans la pratique actuelle des sages-femmes aux urgences obstétricales.
- Le manque de formation constitue un frein au dépistage des violences conjugales.
- La présence d'un réseau pluridisciplinaire et l'existence d'outils pour orienter les victimes constituent un levier à la prise en charge de ces femmes.

2.2 Type d'étude et outils méthodologiques

Nous avons mené une étude descriptive et multicentrique via un questionnaire en ligne. Nous avons interrogé des sages-femmes hospitalières exerçant sur l'ensemble du territoire français, Départements d'Outre-Mer (DOM) inclus. L'étude s'est déroulée du 19 mai 2021 au 19 septembre 2021, soit 4 mois. Les premiers envois ont eu lieu entre mai et juin 2021 avec une relance entre juillet et septembre 2021. Les sages-femmes coordinatrices ont été sollicitées pour la diffusion du questionnaire à l'ensemble des équipes.

2.3 Participants

Nous avons contacté 100 maternités publiques. Nous avons fait le choix de ne retenir qu'une seule maternité par département, afin que l'étude soit réalisable dans le temps qui nous était imparti. Pour ce faire, un équilibre entre les types des maternités a été réalisé par région et sur l'ensemble du territoire. Le questionnaire a ensuite été

transmis à l'ensemble des sages-femmes exerçant dans chaque maternité par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices de chaque établissement.

2.4 Variables retenues

Le questionnaire était divisé en 5 parties dont 3 principales permettant de répondre aux hypothèses. La première partie renseignait sur le profil de la population d'étude. Les trois parties suivantes s'intéressaient au dépistage et à sa réalisation pratique ainsi qu'aux formations et outils mis à disposition des sages-femmes pour les aider dans leurs démarches. La dernière partie était une ouverture sur l'impact de la médiatisation des violences faites aux femmes sur la pratique des sages-femmes. La majorité des questions étaient fermées avec des choix de réponses uniques ou multiples et la possibilité de rajouter une réponse libre (« autre »). Une seule question était semi-ouverte (réponse « oui » / « non » avec possibilité de laisser un commentaire). Les réponses à cette question seront présentées en annexe I car elles n'ont pas permis de répondre aux hypothèses. Les commentaires laissés par les sages-femmes seront utilisés lors de la discussion pour l'interprétation de certaines données.

Avant sa diffusion le questionnaire a été testé auprès de 5 sages-femmes hospitalières exerçant dans 4 maternités d'Ile de France où il n'était pas prévu que le questionnaire soit diffusé par la suite. Cette phase test a permis la reformulation d'une question ouverte en question semi-ouverte (question n°18) car seules 2 sages-femmes sur les 5 avaient répondu à cette question, ce qui aurait par la suite constitué un biais dans notre étude.

2.4.1 Renseignements généraux

Les informations sociodémographiques sur la population ont été recueillies de façon strictement anonyme. Nous avons cherché à connaître le département d'exercice, le type de maternité, l'année d'obtention du diplôme ainsi que le genre de chaque participant.

2.4.2 Le dépistage des violences en pratique

Nous nous sommes intéressées au mode de dépistage utilisé par les sages-femmes ainsi qu'à la fréquence à laquelle les patientes répondaient être victimes de violences selon le mode de dépistage utilisé. Nous avons cherché à savoir si certaines symptomatologies, motifs de consultations étaient plus récurrents que d'autres et orientaient la pratique du dépistage. Enfin, nous nous sommes intéressées à l'éventualité d'une mise en place d'un dépistage systématique des violences conjugales aux urgences, sa faisabilité et les difficultés qui pourraient être rencontrées.

2.4.3 Formation et outils

Nous avons questionné les sages-femmes sur la ou les formations suivies. Nous leur avons demandé d'évaluer leur niveau de formation et l'impact sur leurs pratiques. Nous les avons interrogées sur les outils mis à leur disposition aux URGO pour les aider dans leurs démarches de repérage. Nous nous sommes également intéressées à l'accessibilité géographique des différents acteurs de la prise en charge selon le lieu d'exercice des sages-femmes.

2.5 Stratégie d'analyse statistique

Le questionnaire a été réalisé et diffusé au moyen du logiciel Limesurvey®. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

2.6 Considérations éthiques et réglementaires

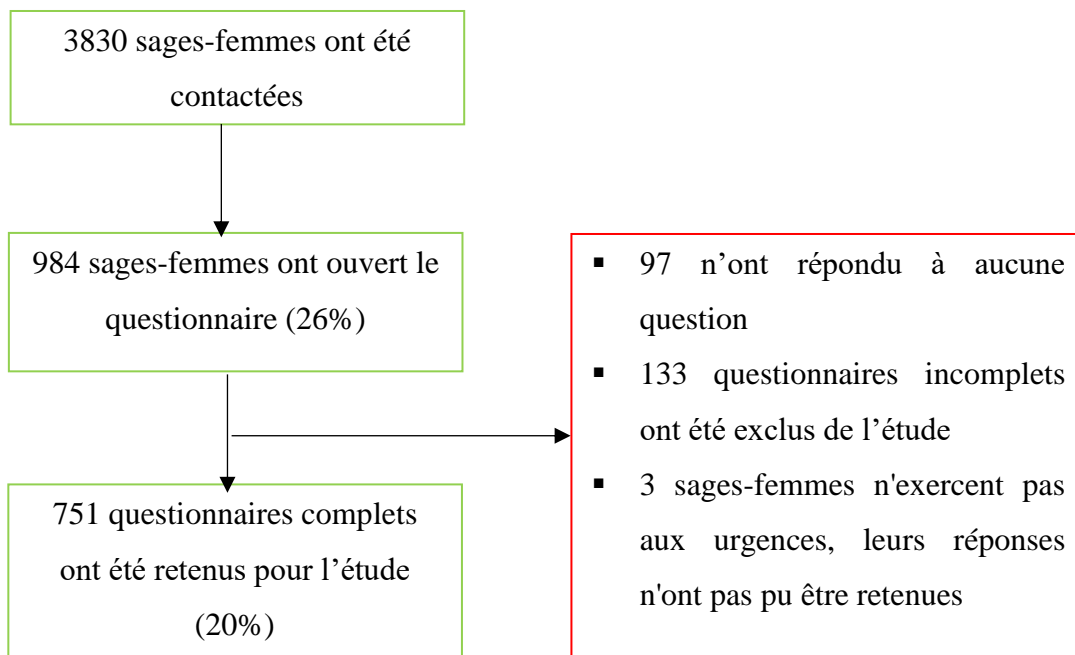
Les sages-femmes avaient la possibilité de répondre ou non au questionnaire. Un accord de principe a été donné par les sages-femmes coordinatrices pour diffusion à l'ensemble de l'équipe. Toutes les données ont été recueillies de façon strictement anonyme. Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le référent de l'université avant sa diffusion.

3 Résultats

3.1 Description générale de la population d'étude

3.1.1 Diagramme des flux

Nous avons contacté 100 sages-femmes coordinatrices pour la diffusion de notre étude. Nous avons obtenu 92 réponses positives, 8 n'ont pas donné suite. Certaines sages-femmes coordinatrices exerçaient dans plusieurs maternités, le questionnaire a donc, in fine, été envoyé dans 100 maternités différentes. Ce sont donc 3830 sages-femmes qui ont été sollicitées, 524 exercent dans des maternités de type un (32 établissements), 1364 exercent dans des maternités de type deux (40 établissements) et enfin 1942 exercent dans des maternités de type trois (28 établissements).



3.1.2 Description de la population

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population (n = 751)

Identité de genre	Femmes	727 (97%)
	Hommes	24 (3%)
Type de maternité d'exercice	Type 1	123 (16%)
	Type 2	259 (34%)
	Type 3	369 (50%)
Années d'expériences	Moyenne	13,27 ans
	Médiane	12 ans
	Écart-type	9,73 ans
Formation sur les violences conjugales	Oui	573 (77%)
	Non	178 (23%)

Nous notons une majorité de femmes, exerçant dans des maternités de type 3. Les trois quarts des sages-femmes interrogées (77%) ont reçu au moins une formation sur la violence conjugale.

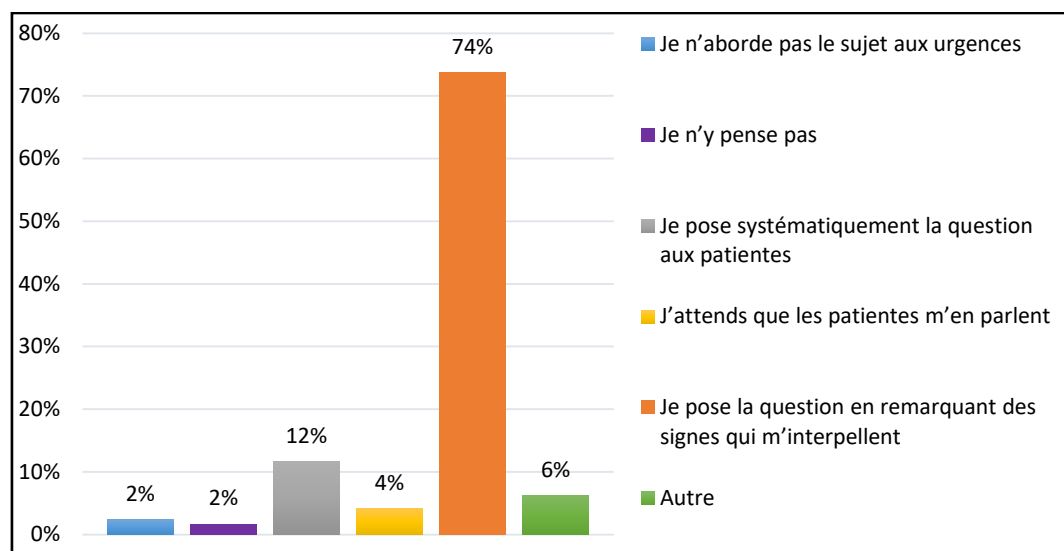
La région la plus représentée était l'Auvergne Rhône Alpes (19% des réponses). La répartition géographique de la population d'étude est présentée en annexe I.

Enfin, 79% des sages-femmes considéraient les urgences obstétricales comme un lieu clé pour dépister la violence conjugale.

3.2 Principaux résultats

3.2.1 Dépistage des violences conjugales aux urgences obstétricales : pratique clinique

Figure 1 : Comment les sages-femmes dépistent-elles la violence conjugale aux urgences obstétricales (n = 751) ?



La grande majorité des sages-femmes (n=554) posaient la question devant des signes qui les interpellaient. Nous retrouvons dans les propositions « autre » : systématiquement à l'ouverture du dossier (n=29) puis devant des signes qui les interpellent, quand la charge de travail le permet (n=4), si le conjoint n'est pas présent (n=4).

Nous nous sommes alors intéressées aux signes qui interpellaient les sages-femmes et les amenaient à poser la question des violences conjugales. Les données sont présentées dans le tableau 2 ci-après. Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Tableau 2 : Quels sont les signes qui suggèrent une situation de violences conjugales (n = 554)

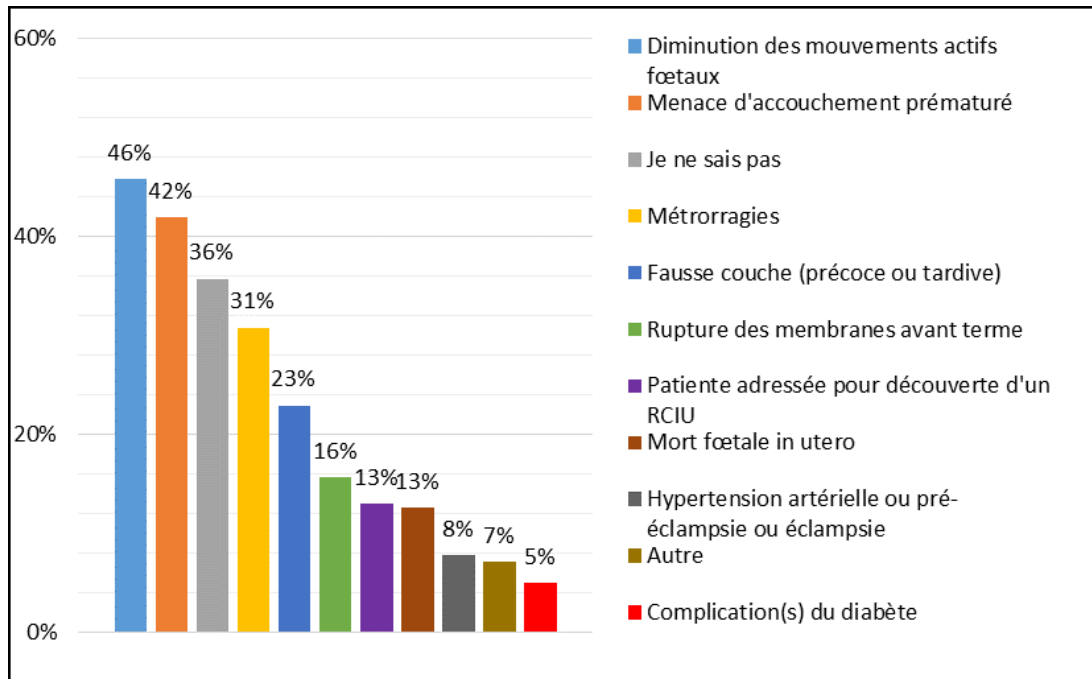
	« Je pose la question en remarquant des signes qui m'interpellent », N (%)
Comportement du conjoint	531 (96%)
Symptômes physiques inexplicables	508 (92%)
Troubles psychologiques	410 (74%)
Consultations itératives	401 (72%)
Grossesse peu ou pas suivie	300 (54%)
Complications maternelles de la grossesse	102 (18%)
Complications fœtales	32 (6%)
Autre	31 (5%)

Le comportement du conjoint et les symptômes physiques inexplicables étaient les deux réponses les plus représentées. Dans les propositions « autre » nous retrouvons également : une patiente effacée ou craintive (n=10), la présence d'ecchymoses ou de traces de coups (n=13), une chute évoquée par la patiente (n=12).

3.2.2 Conséquences cliniques des violences pendant la grossesse

Nous avons demandé aux sages-femmes quelles étaient les symptomatologies qu'elles rencontraient fréquemment aux URGO lorsqu'elles prenaient en charge des patientes victimes de violences conjugales (figure 2 ci-dessous). Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Figure 2 : Impact des violences conjugales sur la grossesse : les symptomatologies les plus rencontrées aux urgences obstétricales (n = 751)



Les complications de grossesse les plus rencontrées étaient la diminution des mouvements actifs fœtaux et la menace d'accouchement prématuré. Il est à noter qu'un tiers des sages-femmes (36%) ne savait pas répondre à cette question.

3.3 Résultats secondaires

3.3.1 Les freins au dépistage des violences aux urgences obstétricales

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la faisabilité d'un dépistage systématique (DS) des violences conjugales aux URGO : la majorité (52%) considérait qu'il était difficile à mettre en place, 6% pensaient qu'il était inutile car le simple dépistage sur signes d'appel leur paraissait suffisant. À travers le tableau 3 ci-après nous avons cherché quels étaient les freins à la réalisation d'un dépistage systématique aux urgences obstétricales.

Tableau 3 : Quels sont les freins à la mise en place du DS aux URGO ? (n = 704)

Mise en place du DS aux URGO Freins évoqués	Facile à mettre en place	Difficile à mettre en place	Déjà en place dans ma pratique	Total
Le conjoint est présent lors de la consultation	156	312	57	525 (75%)
Manque de temps aux urgences	125	260	30	415 (59%)
Manque de connaissances	42	143	2	187 (27%)
Manque de supports sur lesquels s'appuyer pour mener le dépistage	37	103	8	148 (21%)
Ne sais pas vers qui orienter la patiente	40	86	9	135 (19%)
Pas à l'aise avec le sujet	21	82	2	105 (15%)
Pas de freins	15	3	25	43 (6%)
Total	217 (29%)	395 (53%)	92 (12%)	

La présence du conjoint lors de la consultation d'urgences était le frein le plus cité, suivi de près par le manque de temps dans ce service.

3.3.2 La formation des sages-femmes sur la violence conjugale : frein ou moteur du dépistage ?

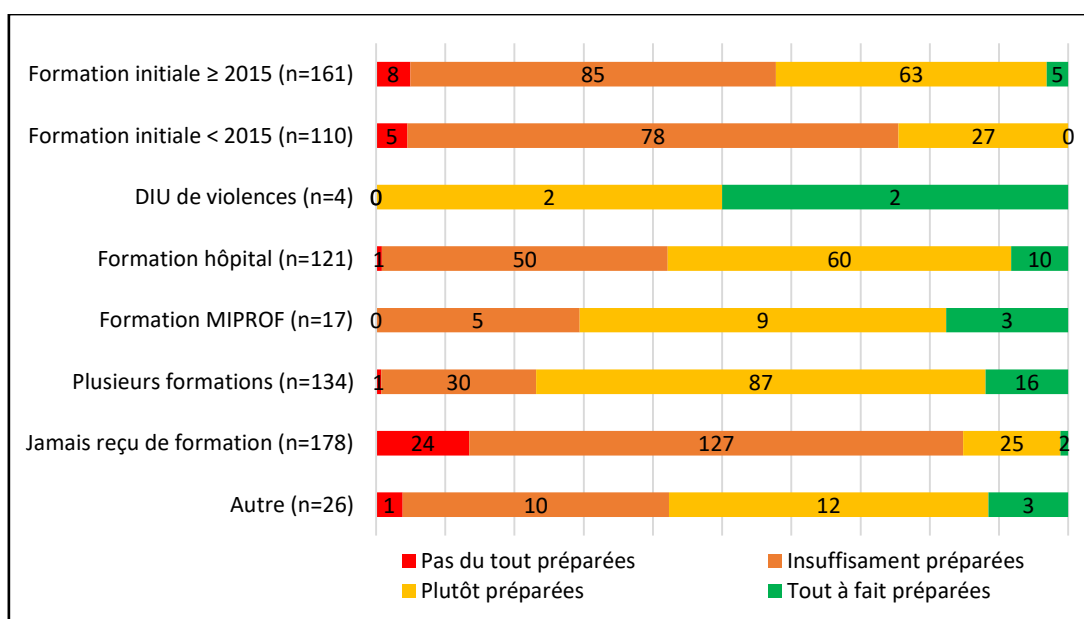
Nous avons questionné les sages-femmes sur le type de formation qu'elles avaient suivi sur la thématique des violences conjugales. Nous notons que 271 sages-femmes (36%) ont bénéficié d'une unique formation au cours de leurs études, 142 (19%) ont bénéficié d'une unique formation après leur diplôme (17 formations par la MIPROF, 121 formations organisées par l'hôpital d'exercice, 4 Diplômes InterUniversitaires (DIU) de violences faites aux femmes), 134 (18%) ont suivi plusieurs formations (initiale et continue ou plusieurs formations continues) et 26 (3%) ont coché la proposition « autre ». Parmi les « autres » formations reçues, on retrouvait : la culture personnelle (n=16), les conférences d'associations (n=10), une formation proposée par le réseau périnatal (n=7).

Quelle que soit la formation reçue, 13% des sages-femmes la considéraient comme suffisante pour leur pratique et 42% moyennement suffisante. À contrario 36% la trouvaient insuffisante voire très insuffisante pour 9%. Parmi les sages-femmes ayant suivi plusieurs formations, 23% considéraient leur formation comme suffisante, 60% moyennement suffisante et 17% insuffisante.

Dans notre étude, 226 sages-femmes (30%) ont été diplômées après l'obligation de formation initiale (loi du 4 août 2014) sur les violences faites aux femmes, parmi elles, 205 (soit 91%) ont reçu une formation lors de leurs études de sage-femme.

Nous avons alors cherché à savoir si le sentiment d'être préparées au dépistage des violences conjugales était en lien avec le type de formation reçue par les sages-femmes. Les résultats de ce croisement de données sont présentés à travers la figure 3 suivante.

Figure 3 : Se sentir préparée à réaliser un dépistage selon le type de formation reçue (n = 751)



Cette figure nous montre que les formations organisées par les MIPROF et le DIU de violences faites aux femmes sont les deux formations grâce auxquelles les sages-femmes de notre étude indiquaient se sentir préparées à réaliser un repérage des violences faites aux femmes. D'autre part, 42% des sages-femmes diplômées après la loi du 4 août 2014, et ayant uniquement bénéficié d'une formation initiale, se sentaient

« plutôt » à « tout à fait préparées » au dépistage des violences. Il est à noter que les sages-femmes ayant bénéficié de plusieurs formations se sentaient mieux préparées au dépistage des violences conjugales que celles n'ayant reçu qu'une unique formation.

Nous avons alors demandé aux sages-femmes quels éléments leur paraissaient indispensables pour dépister la violence conjugale aux URGO. Les résultats sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous. Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Tableau 4 : Devant les derniers chiffres des violences faites aux femmes, les sages-femmes des urgences obstétricales considèrent qu'il est indispensable (n = 751) :

Propositions	N (%)
D'être formées sur le sujet	679 (90%)
D'avoir un réseau pluridisciplinaire	568 (76%)
D'avoir une trame d'entretien	439 (58%)
D'avoir un protocole	437 (58%)
De rencontrer l'ensemble des acteurs juridiques, médicaux, sociaux et associatifs afin d'échanger sur les conduites à tenir	416 (55%)
De faire des réunions d'équipe	220 (29%)

La formation et la présence d'un réseau pluridisciplinaire étaient les deux leviers majeurs permettant aux sages-femmes de dépister et d'orienter les patientes victimes de violences conjugales. Parmi les propositions « autre » nous retrouvons en large majorité (31%) la nécessité « d'avoir le temps » ce qui est « compliqué dans un service d'urgence » ainsi que la nécessité d'une « personne ressource/référente » vers qui les sages-femmes pourraient orienter la patiente (25%).

3.3.3 Outils et réseau pluridisciplinaire : moteurs du repérage des violences conjugales

Nous avons questionné les sages-femmes sur les supports et les personnes ressources auxquels elles pouvaient se référer pour les aider dans leurs démarches de repérage et d'orientation des patientes. Les sages-femmes avaient accès à plusieurs outils : 58% disposaient de brochures et d'affiches avec les coordonnées d'associations et les numéros d'urgence (82 maternités), 16% pouvaient se référer à un protocole de service (47 maternités) et 7% disposaient d'un questionnaire type à destination des patientes (16 maternités). À contrario, 33% n'avaient aucun outil sur lequel s'appuyer. Au sein de chaque maternité interrogée, toutes les sages-femmes y exerçant ont répondu ne pas avoir accès aux mêmes outils, il semblerait que toutes ne soient pas informées de l'existence de brochures, d'un protocole ou d'un questionnaire type à destination des patientes.

Sur l'ensemble du territoire, les sages-femmes avaient globalement aisément accès aux divers acteurs juridico-psycho-sociaux indispensables à la prise en charge des femmes victimes de violences : 91% pouvaient faire appel à un/une assistant(e) sociale, 86% à un/une psychologue, 57% collaboraient avec la police/la gendarmerie, 82% pouvaient solliciter les centres de protection maternelle et infantile (PMI) à proximité de la maternité. Il existe cependant une disparité d'accessibilité aux associations d'aide aux victimes. C'est en Île de France que les sages-femmes rapportaient aisément avoir accès aux associations d'aide aux victimes (69%), dans la majorité des autres régions, seules 45 à 55% des sages-femmes semblaient disposer d'associations de proximité vers lesquelles orienter les patientes. Parmi les propositions « autre » on retrouvait : la présence d'une sage-femme référente violences faites aux femmes (n=15), l'existence au sein de la maternité d'un pôle violence (n=5) ou d'une unité de victimologie (n=4). Selon les réponses des sages-femmes, une grande majorité des établissements dans lesquels elles exerçaient disposaient d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) à proximité, cependant, il est apparu que toutes les sages-femmes de ces maternités n'avaient pas connaissance de l'existence de ces UMJ.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Concernant le mode de dépistage aux URGO, une très large majorité des sages-femmes (74%) posaient uniquement la question devant des signes qui les interpellaient lorsque la femme se présentait aux urgences. Ce résultat vient confirmer notre première hypothèse, le dépistage n'est pas systématique dans ce service.

Notre étude révèle que 77% des sages-femmes ont été formées sur les violences conjugales. Cependant, plus de la moitié ne se sentaient pas suffisamment préparées à réaliser un dépistage de ces violences. Ainsi, un manque de connaissance concernant les violences conjugales (27%) et l'orientation des patientes victimes (19%) a été relevé par les sages-femmes. Ces données nous permettent de ne valider que partiellement notre deuxième hypothèse. C'est avant tout la présence du conjoint (75%) et le manque de temps dans les services d'urgences (59%) qui représentent les freins les plus cités par les sages-femmes. L'interprétation de ces données sera détaillée dans la discussion.

Enfin, nous avons émis l'hypothèse qu'un réseau pluridisciplinaire et des outils seraient des leviers à l'orientation et à la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Notre étude confirme partiellement cette hypothèse puisque la présence d'un réseau pluridisciplinaire à proximité a été évoquée comme indispensable par 76% des sages-femmes, ainsi qu'un support écrit (trame d'entretien et/ou protocole de service) pour 58%. C'est cependant la formation qui est le premier levier à la réalisation d'un dépistage des violences conjugales comme l'ont évoqué 90% des sages-femmes.

4.2 Discussion des résultats et comparaison à la littérature

4.2.1 Comment dépister la violence conjugale aux urgences ?

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent. Aucune symptomatologie spécifique, permettant d'emblée de poser le diagnostic de violences au sein du couple, n'a pu être mise en évidence au fil des années (30). Dans ses recommandations pour la pratique clinique (RPC) publiées en 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) nous fait part des « signes d'alerte » les plus fréquents, qui doivent amener à poser la question des violences conjugales : dépression, anxiété, plaintes fonctionnelles, douleurs chroniques, consultations itératives, comportement inadapté du conjoint ou de la patiente. Devant ces signes, l'HAS recommande de questionner la patiente sur la présence de violences au sein du couple en s'appuyant sur les symptômes présentés par cette dernière pour ouvrir le dialogue (35). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) nous indique également divers motifs de consultation qu'il est possible de retrouver chez une patiente victime de violences conjugales : asthénie, douleurs musculaires, aggravation d'une pathologie chronique, troubles psychosomatiques d'étiologies inconnues, troubles psychiques (42). Nous avons donc demandé aux sages-femmes dans quel contexte elles posaient la question des violences conjugales aux URGO. Pour plus de facilité, nous avons regroupé, dans notre questionnaire, les différents signes cliniques en thématiques plus générales : complications fœtales, complications obstétricales, troubles psychologiques, symptômes physiques. Les trois quarts des sages-femmes (74%) interrogées dans notre étude ont indiqué poser la question devant des signes d'alerte. Ainsi, 96% posaient la question lorsque le comportement du conjoint leur paraissait inadapté, 92% devant des signes physiques inexplicables par la patiente, 74% devant des troubles psychologiques et 72% dans un contexte de consultations itératives. Les signes interpellant les sages-femmes de notre étude sont donc comparables à ceux mentionnés dans les RPC de l'HAS et du CNGOF. Cela fait état d'une bonne connaissance des sages-femmes des signes d'alerte pouvant indiquer une situation de violences conjugales. Dans sa thèse sur la faisabilité d'un

dépistage systématique aux urgences générales, soutenue en 2020, le Dr CAGNARD nous présente des chiffres similaires : 70% des médecins urgentistes interrogés disaient poser la question des violences en cas de suspicion clinique (43). Le Dr CHAUMONT, dans sa thèse sur la prise en charge des victimes de violences aux urgences, retrouvait également une majorité de questionnements sur signes d'appel (86% des urgentistes) (44). Le dépistage orienté semble donc être la pratique privilégiée des professionnels des urgences. Dépister et accompagner les patientes nécessite un environnement favorable à l'écoute et un professionnel disponible, ce qui peut rapidement devenir difficile dans un service d'urgences. En effet, régulièrement surchargés, ces services ne disposent que de peu de temps pour effectuer un dépistage systématique, comme l'ont évoqué 59% des sages-femmes de notre étude. Cette difficulté est également relevée par les médecins urgentistes interrogés par le Dr CAGNARD puisque 60% rapportaient ne pas avoir « assez de temps, le service est surchargé » (43). Pour autant, 79% des sages-femmes de notre étude considéraient les urgences comme un lieu clé du dépistage des violences conjugales. Ces chiffres sont également retrouvés aux urgences adultes, puisque seulement 21% des médecins urgentistes ont coché la proposition « le lieu et le contexte sont inadaptés pour réaliser ce dépistage » (43). Nous pouvons donc supposer que 79% de ces urgentistes considéraient les urgences comme un service propice au repérage des violences conjugales. Du point de vue des patientes, le dépistage systématique est bien accepté comme ont pu le montrer plusieurs études (31) (32). Dans le cadre de sa thèse, le Dr DETAVERNIER a questionné systématiquement, durant un mois, toutes les femmes venues aux urgences générales (270 femmes). Grâce à ce dépistage systématique, 11% des femmes se sont révélées être victimes de violences conjugales au moment de la consultation. Quel que soit le type de violence subie, les femmes se sont majoritairement rendues aux urgences plutôt que chez leur médecin généraliste : 57% sont venues aux urgences pour des violences sexuelles contre 26% ayant consulté leur médecin généraliste (45). Ces données nous montrent que les services d'urgences sont un lieu opportun pour le repérage des violences et également l'un des premiers endroits vers lequel se tournent les femmes victimes. La forte adhésion des soignants, comme des patientes, au dépistage de ces situations dans les services d'urgences doit être le

point de départ d'une mise en place d'un dépistage plus systématique des violences conjugales aux urgences générales comme obstétricales.

Comme évoquée précédemment, la présence du conjoint lors de la consultation est le frein au dépistage des violences conjugales le plus cité par les sages-femmes. Particularité de l'obstétrique, les sages-femmes prennent en charge la femme enceinte mais également le couple. Le conjoint est donc régulièrement présent. Inversement, aux urgences générales, où la prise en charge des femmes est, par habitude, sans accompagnant, la présence du conjoint n'a été perçue comme un frein que pour 5% des urgentistes interrogés par le Dr CAGNARD (43). Pour autant, dans notre étude, l'attitude du conjoint est le signe d'appel le plus fréquent devant lequel les sages-femmes seraient incitées à poser la question des violences conjugales. Exclure totalement le conjoint de la consultation n'est donc pas envisageable. Comment faire alors pour prendre en charge le couple, tout en gardant un moment seul avec la patiente, afin de poser la question des violences éventuellement subies ? Il serait envisageable de séparer la consultation en deux temps. Un temps seul avec la patiente afin de créer un environnement favorable au dépistage, un temps avec le couple pour expliquer la prise en charge proposée selon le motif initial de venue aux urgences. Cette stratégie permettrait aux sages-femmes de se sortir de cette zone d'inconfort qui les empêche d'aborder le sujet tout en prenant en charge le couple.

4.2.2 Leviers au dépistage et à l'orientation des femmes victimes de violences conjugales

Depuis août 2014, le diplôme d'état (DE) de sage-femme contient un module sur la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes en formation initiale. Depuis 2016-2018, le collège national des sages-femmes de France et la société française de maïeutique ont inclus, dans le cadre de la formation continue, le repérage, l'accompagnement et l'orientation des femmes et des couples en situation de vulnérabilité. L'objectif est de former les sages-femmes, d'aujourd'hui et de demain, au repérage des violences afin d'améliorer l'accompagnement des victimes et de faciliter une prise en charge pluridisciplinaire (46). Ainsi, la violence faite aux femmes doit être abordée, obligatoirement, en formation initiale et lors de formations

continues. Diverses questions posées dans notre étude rejoignaient celles posées par la MIPROF en 2014 dans le cadre de l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes auprès des sages-femmes en activité (réalisée du 1^{er} juin au 10 novembre 2014) (47). Il nous est donc apparu opportun de comparer les réponses des sages-femmes de cette étude aux nôtres. Dans l'enquête menée par la MIPROF, 70% des sages-femmes rapportaient qu'elles n'avaient pas été formées sur les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale. Bien que nous n'ayons abordé que la thématique des violences conjugales dans notre étude, nos données sont encourageantes. En effet, 91% des sages-femmes diplômées depuis cette enquête ont reçu une formation sur les violences conjugales aux cours de leur cursus universitaire. Ces données nous indiquent que les différents changements opérés quant à la formation initiale des sages-femmes sont fructueux. Toutefois, nous constatons que plus de la moitié des sages-femmes interrogées n'ont pas disposé d'une formation continue, quelle que soit leur année d'obtention du DE. Nos résultats sont comparables à ceux émis par la MIPROF. En 2014, 70% des sages-femmes déclaraient ne pas avoir bénéficié d'une formation continue, notre étude en retrouve 64%. La thématique des violences conjugales est complexe, la formation initiale est un point de départ mais n'est pas suffisante pour acquérir tout le savoir-faire que nécessitent ces prises en charge très spécifiques. Les formations continues doivent alors prendre le relais. Enfin, 81% des sages-femmes interrogées par la MIPROF ont rapporté ne pas se sentir suffisamment préparées à faire face à une situation de violences après l'avoir repérée. Bien que plus optimistes, nos données révèlent cependant que 57% des sages-femmes interrogées se sentaient insuffisamment à pas du tout préparées. Comment expliquer que plus de la moitié des sages-femmes de notre étude rapportaient ne pas être suffisamment préparées alors que les trois quarts (77%) ont bénéficié d'une formation sur la violence conjugale ?

Prendre en charge une femme victime de violences c'est ouvrir le dialogue, en lui posant la question, attester des violences subies par la rédaction d'un certificat, évaluer le danger immédiat et protéger la patiente, et enfin orienter la victime pour une prise en charge pluridisciplinaire (48). Toutes ces étapes nécessitent des connaissances et une formation préalable comme l'ont souligné 90% des sages-femmes de notre enquête. Plusieurs d'entre elles nous ont fait remonter être très « sensibilisées » et

« préparées » au repérage des violences mais ne savent pas « vers qui orienter la patiente ». Les données issues de notre étude posent la question du contenu de la formation et du mode de formation proposé (cours magistral, congrès, table ronde, simulation ...) ainsi que du temps qui s'est écoulé depuis la dernière formation. Bien que formées, les sages-femmes de notre enquête étaient freinées dans leurs pratiques par un manque d'informations sur l'orientation et l'accompagnement des patientes. Outre la formation théorique, c'est la formation pratique qui semble ici ne pas être optimale. Ainsi, plus de la moitié des sages-femmes interrogées étaient désireuses d'outils et de procédures de référence pour le repérage et la prise en charge des victimes. Une trame d'entretien et/ou un protocole à suivre en cas de découverte de violences ont été jugés indispensables pour plus de la moitié des sages-femmes. Un support préconstruit, élaboré autour de la violence et rédigé avec des questions prédéfinies a donc été plébiscité. Un tel questionnaire doit être court, facile d'utilisation, explorer tous les types de violences, et, surtout, rapide d'emploi car le temps aux urgences est précieux comme évoqué précédemment. Le questionnaire canadien Woman Abuse Screening Tool (WAST) possède toutes ces propriétés (annexe IV). Il est composé de huit questions fermées : les deux premières abordent la relation de couple, les six autres interrogent sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles éventuellement subies par les patientes. Les réponses sont rapportées sur une échelle de Likert en trois points (de 0 à 2). Le score total est obtenu en additionnant les scores des différents items. Un score supérieur ou égal à 5 pose le diagnostic d'exposition à des violences conjugales. Testé aux États-Unis, au Canada et en Asie, ce questionnaire est bien accepté par les patientes et les professionnels, avec une sensibilité et une spécificité de plus de 90% (49) (50) (51). Une version française de ce questionnaire a récemment été testée au sein du service de médecine légale du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (52). L'acceptabilité a été très bonne avec un taux de réponse supérieur à 95% dans les deux groupes (femmes victimes de violences conjugales et femmes non victimes). Cette forte adhésion des patientes peut indiquer une plus grande aisance à remplir un questionnaire papier plutôt que d'aborder directement le sujet lors de la consultation. La version française de ce questionnaire est donc un outil utilisable aux URGO. Bien qu'à l'origine il s'agisse d'un auto-questionnaire, son utilisation comme support d'entretien semble possible.

Il permettrait aux sages-femmes d'identifier facilement et rapidement les femmes susceptibles d'être victimes, ce qui serait un atout important dans un service d'urgences. D'autre part, un protocole clair, concis et simple d'utilisation, est également plébiscité par les sages-femmes. Une conduite à tenir unique et facile à suivre est une nécessité aux URGO. Il est indispensable d'y mentionner le réseau de professionnels formés auxquels les sages-femmes peuvent faire appel afin d'organiser rapidement la prise en charge multidisciplinaire des patientes. La fiche réflexe de l'urgentiste rédigée par la MIPROF semble correspondre aux attentes des sages-femmes de notre étude (annexe V) (15). Dans cette fiche il est possible de retrouver des informations sur la violence conjugale et ses conséquences, mais aussi les clés pour aborder le sujet, adapter son discours lorsque la patiente se révèle victime et l'orienter pour la continuité de sa prise en charge. Cette fiche peut également servir de support pour la réalisation de l'examen clinique, la tenue du dossier médical et la rédaction du certificat médical descriptif.

Ainsi, bien que complexe à mettre en place, le dépistage systématique des violences dans les services d'URGO pourrait être envisagé selon les sages-femmes de notre étude. Plusieurs freins ont cependant été relevés. Une formation initiale et continue doit être proposée pour y remédier. Comme nous l'avons montré, de multiples leviers ont été mentionnés par les sages-femmes. Plusieurs outils existent pour aider les professionnels dans leurs pratiques et doivent donc être connus et mis à la disposition de tous aux urgences.

4.3 Implications et perspectives

L'accompagnement et l'orientation des femmes victimes de violences sont au cœur des préoccupations des sages-femmes de notre étude. La prise en charge de ces femmes nécessite des intervenants multiples, aux compétences diverses, en intra comme en extrahospitalier avec lesquels il est nécessaire de collaborer. Il serait intéressant de créer dans chaque service d'urgences un répertoire ciblé sur la violence, s'il n'existe pas déjà, avec les coordonnées de chaque acteur de la prise en charge. Cela permettrait aux sages-femmes d'orienter aisément et rapidement les victimes. Les différents professionnels devant y être mentionnés sont : les psychiatres, psychologues, assistantes sociales, référent violences de l'hôpital et professionnels des UMJ. Plus de 500 référents violences ont été formés par la MIPROF, depuis 2016, afin qu'ils puissent épauler l'ensemble de leurs confrères dans le dépistage et l'accompagnement des victimes. Leur aide dans la prise en charge des patientes se présentant aux URGO est donc précieuse, les sages-femmes doivent pouvoir s'y référer (53). L'accompagnement juridique doit être assuré par les commissariats et UMJ de proximité, ainsi que les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), disponibles sur l'ensemble du territoire. Ces centres ont pour mission d'accompagner les femmes dans l'accès à leurs droits, de lutter contre les violences, et de les aider à obtenir une autonomie professionnelle. Chaque ville en France dispose d'un représentant de ces CIDFF vers lequel il est possible d'orienter les patientes. Il est également important d'assurer un relai extrahospitalier quant à la prise en charge médico-psycho-sociale via les représentants de la Fédération France Victime et les centres de PMI (54) (55). Les coordonnées de ces acteurs extrahospitaliers doivent également être accessibles aux URGO.

Un autre point important de notre étude est la nécessité, évoquée par les sages-femmes, de bénéficier d'une formation sur l'accompagnement des victimes. Comment faire pour allier théorie et pratique ? Une formation en « conditions réelles » pourrait être expérimentée. Il serait envisageable de proposer des séances de simulation haute-fidélité, réunissant l'ensemble des professionnels des urgences (sages-femmes, médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes coordinatrices ...) autour d'un même cas clinique. Cela permettrait d'échanger sur le regard que chacun porte sur la

thématique, de définir le rôle de chaque profession dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes et ainsi de renforcer la coopération indispensable de ces différentes professions dans l'accompagnement de ces femmes. C'est le travail d'équipe et la prise en charge multidisciplinaire qui permettront d'assurer à la victime une continuité dans les soins et lui offriront l'aide dont elle a besoin.

Enfin, nous espérons que notre étude a réaffirmé le rôle central des sages-femmes des URGO auprès des femmes victimes de violences conjugales et que sa diffusion aux équipes apportera quelques réponses à certaines interrogations, en soulèvera d'autres et permettra, in fine, d'amorcer des travaux d'équipes afin d'optimiser le repérage et l'orientation des victimes aux urgences obstétricales.

4.4 Limites et biais

4.4.1 Concernant la population d'étude

Tout d'abord il existe un biais de sélection. En effet les professionnels interrogés étaient uniquement des sages-femmes, hospitalières, exerçant dans des structures publiques. Chaque sage-femme était libre de répondre ou non au questionnaire. Ainsi, nous pouvons supposer que les sages-femmes ayant participé portaient un intérêt pour la thématique étudiée. Par ailleurs, le questionnaire a été adressé à l'ensemble des sages-femmes des 100 maternités, toutes n'exercent pas aux URGO ce qui implique une population vraisemblablement plus restreinte mais impossible à chiffrer. D'autre part, bien que nous ayons essayé d'équilibrer les participants selon les différents types de maternité, nous notons une surreprésentation des sages-femmes exerçant dans des maternités de type trois. En effet, ces maternités, généralement pourvoyeuses d'un grand nombre d'accouchements, ont des équipes plus conséquentes que les maternités de type un. De ce fait plus de sages-femmes exerçant dans des maternités de type trois ont été sollicitées par rapport aux maternités de type un. Il est logique que les réponses dans les structures de type trois soient donc plus nombreuses. Néanmoins nous pouvons souligner que les taux de participation sont les mêmes au sein des divers types de maternités.

Il existe également un biais de désirabilité sociale. Ce biais consiste à se présenter favorablement aux yeux de l'enquêteur et de la société. Il est possible que pour certaines questions les sages-femmes aient hésité à mettre la réponse qui leur paraissait être celle attendue par l'auteur de l'enquête ou recommandée par les sociétés savantes plutôt que celle reflétant leurs pratiques. Le choix du questionnaire n'imposait pas de limite de temps pour répondre aux questions, ce qui constitue un biais de réflexion. Si la grande majorité des sages-femmes ont probablement répondu de façon spontanée il n'est pas impossible que certaines se soient informées avant de répondre.

4.4.2 Concernant le questionnaire et l'interprétation des données

Concernant notre questionnaire, plusieurs limites ont été soulevées à mesure que les réponses nous parvenaient. Nous notons un fort taux d'abandon à la question 7 qui concernait le mode de dépistage utilisé par les sages-femmes aux URGO. Sur les 133 questionnaires incomplets, 99 sages-femmes ont abandonné à cette question soit 75%. Nous pouvons supposer que ces sages-femmes n'exerçaient pas aux URGO et donc n'étaient pas concernées par cette question ou bien qu'elles n'abordaient pas la question des violences aux URGO et donc ne se sentaient plus concernées par la thématique de notre étude.

La question 8 portait sur le nombre de femmes dépistées selon la réponse à la question précédente sur le mode de dépistage utilisé. Près de la moitié des sages-femmes (44%) ayant répondu ne savaient pas répondre à cette question. De plus, sans données probantes sur le nombre de femmes qui se présentent aux urgences de chaque maternité, cette question ne nous autorisait pas à conclure sur la pertinence d'un mode de dépistage plutôt qu'un autre. Devant ces deux biais, cette question a été exclue de nos résultats et n'a donc pas été interprétée.

La question 16 sur la pertinence des outils mis à disposition des sages-femmes a également été exclue de l'étude car non pertinente. En effet un grand nombre de sages-femmes ont plusieurs outils à disposition, la question telle qu'elle a été posée dans le questionnaire ne permettait pas d'évaluer précisément quels outils étaient obsolètes, suffisants, incomplets ou au contraire très complets. Afin de repérer les outils les plus adaptés aux pratiques des sages-femmes il aurait été plus pertinent de les interroger sur l'intérêt qu'elles portaient à chaque outil individuellement.

Comme évoqué précédemment, nous n'avons pas interrogé les sages-femmes sur les délais qui se sont écoulés depuis leur dernière formation, cette donnée aurait pu nous éclairer sur la fréquence à laquelle une formation doit être renouvelée pour être optimale. Par ailleurs, nous n'avons pas interrogé les sages-femmes sur le mode de formation (cours magistral, congrès, table ronde ...) leur permettant d'être le mieux préparées. Ces informations auraient pu nous apporter un éclairage sur le contenu manquant et les besoins spécifiques des sages-femmes des urgences.

Pour finir, deux questions ont été exclues des résultats car elles ne nous ont pas permis, finalement, de répondre aux hypothèses. Les données issues de ces deux questions n'ont donc pas été interprétées mais sont présentées en annexe II.

4.5 Points forts de l'étude

La principale force de l'étude est sa population. En effet, nous avons pu recueillir 751 réponses de sages-femmes exerçant sur tout le territoire français y compris dans les DOM. De plus, nous avons interrogé des sages-femmes exerçant dans des maternités de types différents et ayant un nombre d'accouchements variable (de 500/an pour certaines maternités à 6000/an pour d'autres). Cet échantillon permet d'avoir un aperçu global et fiable des pratiques hospitalières à travers la France. Nous avons également pu mettre en évidence une sensibilité accrue des sages-femmes pour la problématique des violences conjugales. En effet, l'objectif initial des 100 répondants a rapidement été dépassé. Le taux de participation global est de 26% (chiffre ramené à 20% de questionnaires complets) ce qui démontre un grand intérêt des sages-femmes pour notre étude.

Pour finir, la thématique abordée est également un point fort. Les chiffres concernant les violences faites aux femmes ne diminuent pas et le rôle des soignants reste essentiel. D'après nos recherches, aucune étude n'a encore été réalisée à la fois sur l'ensemble du territoire français (y compris les DOM) et spécifiquement aux urgences obstétricales. Le caractère novateur de cette enquête nous a permis d'effectuer un état des lieux des pratiques cliniques des sages-femmes hospitalières en France et d'ouvrir ainsi la voie à de nouvelles perspectives d'accueil et d'écoute au sein de ces services. Ce travail a également permis de rappeler le rôle essentiel des sages-femmes et des services d'urgences dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Un autre objectif du choix de cette thématique était, indirectement, de sensibiliser les sages-femmes à la violence conjugale, à sa fréquence lors de la grossesse, à son retentissement sur la grossesse et le développement fœtal ainsi qu'au rôle majeur qu'elles ont auprès de ces femmes. Cet objectif nous semble avoir été atteint, beaucoup de participants et sages-femmes coordinatrices, souhaitaient recevoir nos conclusions et nous ont remerciées pour l'abord de cette thématique. Plusieurs sages-femmes ont mentionné dans les commentaires avoir été « remotivées » à poser la question des violences conjugales, à se former et s'informer sur le sujet après avoir répondu à notre questionnaire.

Conclusion

Dans l'histoire des violences faites aux femmes, celles au sein du couple sont les plus représentées. Longtemps passées sous silence, ces violences sont aujourd'hui reconnues par la loi, la santé publique, le monde politique et la société toute entière. Bien que condamnables, elles n'en restent pas moins tuées par les femmes victimes (12). La sage-femme intervient auprès des femmes de l'adolescence à la ménopause, dans le cadre du suivi gynécologique mais surtout au cours de la grossesse. Elle est donc amenée à rencontrer régulièrement des femmes victimes de violences conjugales. Interlocutrice privilégiée lors de la grossesse, le repérage des violences par la sage-femme est donc une nécessité. La thématique doit être abordée systématiquement lors du suivi de grossesse afin de donner aux victimes l'opportunité de s'exprimer. Les violences venant accroître le risque de pathologies obstétricales, toute sage-femme est susceptible de prendre en charge ces complications, de surcroît dans un service d'urgences obstétricales. Premier point de contact avec le système de santé, les urgences obstétricales, ouvertes à toutes 24h/24, sont donc un lieu privilégié pour le repérage de la violence (8).

Force est de constater, à travers notre étude, que les sages-femmes considèrent les urgences obstétricales comme un lieu propice au dépistage de telles situations. Si le dépistage n'y semble pas systématique, notre travail a montré que les sages-femmes souhaitent s'impliquer de plus en plus dans cette voie. La singularité de ces situations exige une adaptation de la pratique professionnelle. L'instauration d'un repérage systématique doit passer par une formation, initiale et continue, apportant des connaissances sur le cycle des violences, le questionnement systématique et l'orientation des victimes. La collaboration, entre les différents corps de métier nécessaires à l'accompagnement des victimes, est alors indispensable afin de les aider au mieux. Chaque patiente est unique, chaque prise en charge est différente, il convient de poser le diagnostic de violences puis d'identifier et de hiérarchiser les priorités dans l'action à mener, selon les besoins exprimés par la patiente (8).

Simone de Beauvoir disait « *La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité [...] il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux* » (*Le Deuxième sexe*, 1949 (56)). Les femmes ne sont pas destinées à être des victimes. La violence conjugale n'est donc pas une fatalité. Il convient de faciliter l'instauration du dialogue, d'accompagner les femmes et de simplifier leur prise en charge. Si nous, sages-femmes, sommes formées et résolues à aborder systématiquement le sujet avec les patientes lors de leur venue aux urgences obstétricales, alors nous pouvons espérer que la violence conjugale régressera (37).

Bibliographie

1. *Déclaration pour la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Mlambo-Ngcuka P. s.l. : [en ligne] page consultée de 11/01/2022, 25 novembre 2020. <https://www.unwomen.org/fr/news/stories/2020/11/statement-ed-phumzile-international-day-for-the-elimination-of-violence-against-women>.
2. Bonaparte N. *Code Civil*. 1801.
3. ONU. *Déclaration et programme d'action*. Beijing : s.n., 1995.
4. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion JM, Fougeyrollas-Schwebel D, et al. *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. s.l. : Population et société, 2000.
5. Gouvernement. *Grenelle contre les violences conjugales*. Paris : Service de presse de Matignon, 2019.
6. Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Paris : La documentation française : Rapport au ministre chargé de la santé, 2001.
7. *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. ONU. New York : Assemblée générale, 1993. Résolution 48/104.
8. MIPROF. *ELISA des outils pédagogiques à destination des professionnel-le-s*. Paris : s.n., 2017.
9. Huecker M, Smock W,. *Domestic violence*. s.l. : StatPearls, 2020.
10. Dalingand L. *Les violences conjugales*. s.l. : Presses Universitaires de France, 2016. Vol. 118 pages.
11. *Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. OMS. Genève : s.n., 2013.
12. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. *Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2020*. s.l. : Lettre n°17 de l'observatoire national des violences faites aux femmes, Novembre 2021.

13. MIPROF. *Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions*. Juillet 2020.
14. Casalis M-F. *Eléments spécifiques de la stratégie des auteurs de violences sexistes*. s.l. : Collectif féministe contre le viol, 2008.
15. MIPROF. *ANNA : un outil pédagogique à destination des professionnel-le-s*. Paris : s.n., 2017. https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_anna_.pdf.
16. *Loi n°92-684 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et des délits*. s.l. : Code pénal, 22 juillet 1992.
17. *Loi n°2004-439 relative au divorce*. s.l. : Journal officiel : 27 mai 2004 : n°9319.
18. *Loi n°2006-399 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs*. s.l. : Journal officiel : 5 avril 2006 : n°5097.
19. *Loi n°2010-769 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants*. s.l. : Journal officiel : 10 juillet 2010 : n°12762.
20. *Loi n°2014-873 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes*. s.l. : Journal officiel 5 août 2014 : n°12949.
21. *Loi n°2020-936 visant à protéger les victimes de violences conjugales*. s.l. : Journal officiel : 31 juillet 2020 : n°0187.
22. *Abuse and violence*. Royal Australian College of General Practitioners. 4th edition, Melbourne : RACGP, 2014, Vol. Working with our patients in general practice .
23. *Risk factors for domestic violence during pregnancy : a meta-analytic review*. James L, Brody D, Hamilton Z,. s.l. : Violence Victim, 2013.
24. Jahanfar s, Howard LM, Medley N. *Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women*. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.
25. *Rapport de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales*. Soullez C. s.l. : ONDRP, 2012. Repère n°18.
26. *Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states : association with maternal and neonatal health*. Silvermann G, Decker M, Reed E, Raj A,. s.l. : American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2006. n°195, p140-148.

27. *Conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales au cours de la grossesse*. Rodrigues M. Limoges : [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme], 2016.
28. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. *Violence conjugale et famille*. Dumas, 2016.
29. Saurel-Cubozolles M, Blondel B, Lelong N, Romito P,. Violence conjugale après la naissance. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1997, Vol. Vol 25, p159-164, n°2.
30. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. *J. Gynécol Obstet Biol Reprod*. 2005.
31. National Institute for Health and Care-Excellence. *Domestic violence and abuse : multi-agency working*. London : NICE, 2014. Public Health guideline.
32. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, and al. *How far does screening women for domestic violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?* London : Health Technol Assess, 2009.
33. Ramsay J, Richardson J, and al. *Should health professionals screen women for domestic violence*. London : British Medical Journal, 2002.
34. OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Genève : WHO clinical and policy guidelines, 2013.
35. HAS. *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple*. s.l. : Recommandations de bonne pratique, Juin 2019. Argumentaire scientifique.
36. ACOG. *Intimate partner violence*. s.l. : Obstet Gynecol, 2012. Committee opinion n°518.
37. *Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme*. Delespine M, Ronai E. s.l. : Sages-femmes, dossier : vulnérabilité et grossesse, 2020.
38. *Violences faites aux femmes et périnatalité*. Delespine M. s.l. : Enquête action du réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien, 2014.
39. *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle*. ONU. Genève : Manuel Clinique, 2015.
40. *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation*. Branchu C, Vanackere S. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2017.

41. Le Griguer Atig F. Dépistage systématique des violences conjugales au service d'accueil des urgences. *La revue de l'infirmière*. Novembre 2014, n°205.
42. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique : dépistage des violences faites aux femmes*. Paris : s.n., Décembre 2004. Tome XXVIII.
43. Cagnard D. *Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes*. s.l. : [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine d'urgence], Juin 2020.
44. Chaumont M. *Prise en charge des femmes victimes de violences par les médecins et sages-femmes des urgences et des maternité des centres hospitaliers de Charente-Maritime*. s.l. : [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine], Décembre 2018.
45. Detavernier L. *Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens*. Université Lille 2 : [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine], 2018.
46. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes*. s.l. : Journal Officiel Sénat, 11/02/2013.
47. MIPROF. *Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes*. 2015.
48. *Rôle des soignants dans la lutte contre les violences*. Habelski AL. s.l. : Conférence : journée pour le droit des femmes, 9 mars 2022.
49. *Screening for intimate partner violence, elderabuse, and abuse of vulnerable adults: An evidence review for the U.S.* Feltner C, Wallace I, Berkman N, and al. s.l. : Preventive Services Task Force, 2018. No. 18-05240-EF-1.
50. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G,. *Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting*. s.l. : J Fam Pract, 2000. 49(10):896-903..
51. *Who is identified by screening for intimate partner violence ?* Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL. s.l. : Womens Health Issues, 2018. 18(16):423-32.
52. Debost-Légrand A, Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F. Validation de la version française d'un outil de dépistage des

violences conjugales faites aux femmes, le WAST. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Février 2021, Vol. p32-40.

53. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. *Formation des référent.e.s "violences faites aux femmes" des services d'urgences*. s.l. : Dossier de presse, Juin 2016.

54. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. *Lutte contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels*. s.l. : <http://www.justice.gouv.fr/>, Octobre 2008.

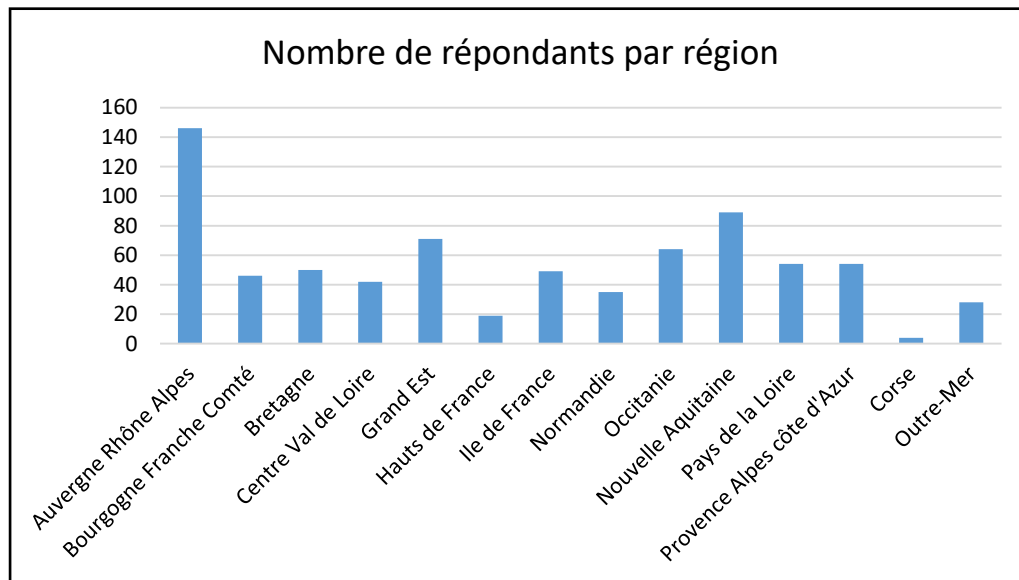
55. Delespine M. Brochure d'aide à l'orientation. 2014.

56. De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*. 1949.

Annexes

Annexe I : Répartition géographique de la population d'étude

Figure 1 : population d'étude



Annexe II : Autres résultats

Figure 2 : La violence conjugale : un problème médical ?

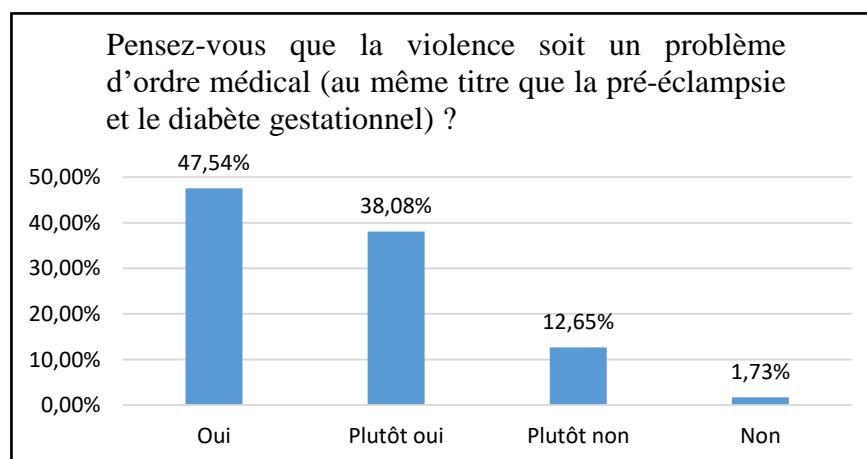


Figure 3 : Impact de la médiatisation des violences sur les pratiques des sages-femmes

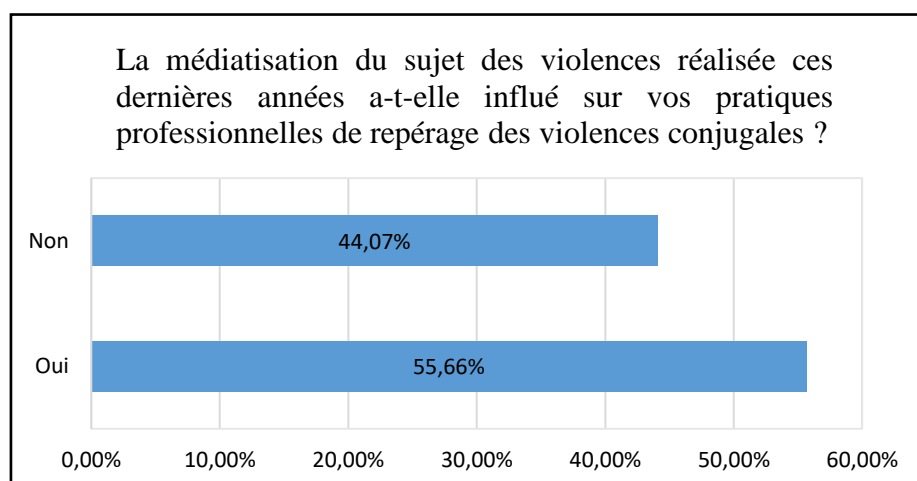


Tableau 1 : Commentaires

A la question « la médiatisation du sujet des violences réalisée ces dernières années a-t-elle influé sur vos pratiques professionnelles de repérage des violences conjugales » les sages-femmes avaient la possibilité de nous laisser une explication sur leur réponse. Nous avons ainsi recueilli 296 commentaires, nous les avons regroupés sous forme de thématiques (pour les réponses les plus fréquentes) pour plus de compréhension.

OUI (n=418)		NON (n=331)	
<u>Commentaires</u>	N = 224 (54%)	<u>Commentaires</u>	N = 72 (22%)
Sensibiliser les soignants, les rendre plus vigilants	54 (24%)	Déjà sensible avant la médiatisation	33 (46%)
Libérer la parole des femmes, lever le tabou	41 (18%)	Pas de formation malgré la médiatisation	11 (15%)
Légitimer et/ou faciliter la question	34 (15%)	A commencé à exercer dans ce contexte donc sensibilisation dès le diplôme	10 (14%)

Tableau 1 : Commentaires (suite)

OUI (n=418)		NON (n=331)	
<u>Commentaires</u>	N = 224 (54%)	<u>Commentaires</u>	N = 72 (22%)
Mise en place d'un dépistage systématique	32 (14%)	Pas de changement de pratique	4 (6%)
Prise de conscience de la fréquence des violences faites aux femmes et lors de la grossesse	31 (14%)	Ne sais pas car diplômée depuis trop peu de temps	3 (5%)
Sensibilisation des femmes	19 (8%)	Expérience professionnelle qui a modifié les pratiques	1 (1%)
Formations à cette occasion et/ou mise en place d'outils	17 (8%)		
Meilleures connaissances, aisance plus importante pour aborder le sujet	11 (5%)		
Prise de conscience du rôle des sages-femmes dans le dépistage	2 (0,9%)		
Ne sais pas car diplômée depuis trop peu de temps	2 (0,9%)		

Annexe III : Trame questionnaire

Dépistage des violences conjugales aux urgences maternité en France

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Léa CHEVILLON, je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'université de Saint Quentin en Yvelines (78). Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, dirigé par Priscilla POUDENSAN, sage-femme à l'hôpital de Pontoise (95), j'ai choisi d'étudier la place du dépistage des violences conjugales aux urgences obstétricales/maternité en France.

Vous l'aurez compris, pour traiter ce sujet au plus proche de la réalité du terrain, j'ai besoin de vous et votre concours me sera précieux !

Je me permets donc de vous solliciter à travers un questionnaire dont l'objectif est de comprendre l'organisation du dépistage des violences conjugales sur les femmes enceintes se présentant aux urgences. Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes accueillant des patientes aux urgences maternité.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vos réponses resteront strictement anonymes.

Ce questionnaire se compose de 20 questions à choix multiples ou uniques, il ne vous prendra qu'une dizaine de minutes.

Merci beaucoup pour votre participation ☺

Renseignements généraux

1. Êtes-vous :
 - Une femme
 - Un homme
2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?.....
3. Dans quel département exercez-vous (n°) ?.....
4. Dans quel type de maternité exercez-vous ?
 - Type 1
 - Type 2
 - Type 3

5. D'une manière générale vous sentez-vous suffisamment préparé(e) au dépistage des violences conjugales (tous types de violences confondus) ? (une seule réponse possible)
- Tout à fait
 - Plutôt
 - Insuffisamment
 - Pas du tout
6. Le service des urgences obstétricales vous semble-t-il être le lieu clé du dépistage de la violence conjugale ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

Dépistage des violences conjugales aux urgences obstétricales (URGO)

7. Comment dépistez-vous la violence conjugale aux URGO ? (une seule réponse possible)
- Je n'aborde pas le sujet aux urgences
 - Je n'y pense pas
 - Je pose systématiquement la question aux patientes
 - J'attends que les patientes m'en parlent
 - Je pose la question en remarquant des signes qui m'interpellent
 - Autres (précisez) :
8. Ainsi, sur les 12 derniers mois, combien de patientes, ayant fait l'objet d'un dépistage aux URGO, se sont révélées être victimes de violences conjugales ? (une seule réponse possible)
- Aucune
 - Une femme tous les 3 mois
 - Une femme par mois
 - Une femme par semaine
 - Plus d'une femme par semaine
 - Je ne sais pas
9. Parmi les situations ci-dessous, rencontrées aux urgences obstétricales, lesquelles vous amènent à poser la question des violences conjugales ? (plusieurs réponses possibles)
- Complication(s) maternelle(s) de la grossesse
 - Symptômes physiques inexpliqués
 - Complication(s) fœtale(s)
 - Trouble(s) psychologique(s)
 - Comportement du conjoint
 - Consultations itératives
 - Grossesse mal suivie
 - Autres (précisez) :

10. Parmi les symptomatologies suivantes lesquelles retrouvez-vous le plus souvent chez des patientes victimes de violences conjugales se présentant aux urgences? (plusieurs réponses possibles)
- Fausse couche (précoce ou tardive)
 - Mort fœtale in utéro
 - Rupture des membranes avant terme
 - Menace d'accouchement prématuré
 - Hypertension artérielle ou pré-éclampsie ou éclampsie
 - Complication(s) du diabète (gestationnel ou pré-existant)
 - Métrorragies
 - Diminution des mouvements actifs fœtaux
 - Patiente adressée pour découverte d'un RCIU
 - Je ne sais pas
 - Autre motifs (précisez) :
11. Poser systématiquement la question des violences conjugales aux URGO est : (une seule réponse possible) :
- En place dans ma pratique
 - Facile à mettre en place
 - Difficile à mettre en place
 - Inutile, poser la question sur signes d'alerte est suffisant
 - Autre :
12. Quelles sont les raisons qui vous freinent, ou peuvent vous freiner, dans la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales aux urgences obstétricales ? (plusieurs réponses possibles)
- Le conjoint est présent lors de la consultation ce qui complique ma démarche de dépistage
 - Je manque de connaissances sur le sujet
 - Je ne sais pas vers qui orienter ma patiente
 - Je n'ai pas de supports, d'outils, sur lesquels je peux m'appuyer pour le dépistage
 - Je n'ai pas assez de temps aux URGO
 - Je ne suis pas à l'aise avec le sujet
 - Je ne rencontre pas de freins
 - Autre (précisez) :

Formation

13. Quel type de formation sur la violence conjugale avez-vous reçu ? (plusieurs réponses possibles)
- Lors de mes études de sage-femme, en formation initiale
 - J'ai un Diplôme Universitaire de violences faites aux femmes
 - A l'occasion d'une formation organisée par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)

- Lors de formations organisées par l'hôpital (table ronde, conférence, intervenant extérieur, réunion de service)
 - Je n'ai jamais reçu de formation
 - Autre (précisez) :
14. Diriez-vous que votre formation concernant les violences conjugales est : (une seule réponse possible) :
- Suffisante
 - Moyennement suffisante
 - Insuffisante
 - Très insuffisante

Outils et partenaires médico-sociaux

15. Quels sont les outils mis à votre disposition afin de vous aider dans le repérage de la violence ? (plusieurs réponses possibles)
- Des brochures, des affiches de sensibilisation, les coordonnées d'associations, des services sociaux, numéros d'urgence
 - Un protocole de service sur le dépistage, accessible aux URGO
 - Les fiches synthèse de la Haute Autorité de Santé
 - Un questionnaire type à destination des patientes
 - Aucun outil
 - Autres (précisez) :
16. Considérez-vous que ces outils sont (plusieurs réponses possibles) (*si vous avez répondu « aucun outil » à la question 15, merci de ne pas répondre à cette question*) :
- Très complets
 - Suffisants
 - Incomplets
 - Obsolètes
 - Autre (précisez) :
17. Quelles instances pouvez-vous solliciter, en terme d'accessibilité géographique, lorsque vous êtes face à une femme victime de violences conjugales (si la patiente vous donne son accord) ? (plusieurs réponses possibles)
- Assistante sociale
 - Unité de Médecine Judiciaire
 - Police/Gendarmerie
 - Protection Maternelle et Infantile
 - Psychologue
 - Associations
 - Aucune, toutes ces instances sont trop éloignées de mon lieu d'exercice
 - Autre (précisez) :

Et maintenant ?

18. La médiatisation du sujet des violences réalisées ces dernières années a-t-elle influé sur vos pratiques professionnelles de repérage des violences conjugales ?
- Oui
 - Comment, Pourquoi ?
 - Non
 - Comment, Pourquoi ?.....
19. 6 à 8 % des femmes enceintes en France subissent des violences de la part de leur partenaire durant la grossesse, pour 40% d'entre elles les violences ont débuté à l'annonce de la grossesse⁽¹⁾. Devant ces données, diriez-vous qu'il devient indispensable pour vous, les sages-femmes aux urgences obstétricales : (plusieurs réponses possibles)
- D'être formé(e)s sur le sujet
 - D'avoir un protocole
 - De rencontrer l'ensemble des acteurs juridiques, médicaux, sociaux et associatifs afin d'échanger sur les conduites à tenir
 - D'avoir une trame d'entretien
 - De faire des réunions d'équipe
 - D'avoir un réseau pluridisciplinaire
 - Autre (précisez) :
- (1) 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.
20. Pensez-vous que la violence devrait être considérée comme un problème d'ordre médical (au même titre que la pré-éclampsie et le diabète gestationnel) ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

Le mot de la fin :

Merci infiniment d'avoir répondu à ce questionnaire. Si vous avez des commentaires, remarques, suggestions, libre à vous, n'hésitez pas ! Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude merci de le préciser.

Ci-dessous les noms des documents et recommandations sur lesquels je me suis appuyée (en partie) pour construire ce questionnaire :

- HAS Juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT REPÉRER - ÉVALUER (fiche synthèse)
- HAS Juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT AGIR (fiche synthèse)
- Courts métrages MIPROF « Elisa » et « Anna » (2014)

Annexe IV : Questionnaire WAST

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2021/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

Annexe V : Fiche réflexe MIPROF (8)

Accueil et prise en charge de la patiente majeure victime de violences : L'urgentiste en première ligne

CONTEXTE

Chaque année, en France, 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de leur ex-conjoint (enquête CVS, INSEE ONDRP 2010-2015).

Par ailleurs, 62 000 femmes âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir été victime d'un viol ou d'une tentative de viol au cours des douze derniers mois (enquête VIRAGE, INED 2016).

Les conséquences des violences sur la santé sont immédiates, à moyen et long-terme, et portent sur toutes les dimensions : physique, psychologique, reproductive, périnatale et autres. Les violences subies par les femmes sont reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé (OMS).

Tous les jours des milliers de patientes poussent la porte des urgences.

L'urgentiste se trouve en première ligne pour accueillir et prendre en charge les patientes victimes de violences.

OBJECTIFS

Améliorer le dépistage et la prise en charge des patientes majeures victimes de violences hors réquisition judiciaire.

TREIZE ETAPES

1. Constats, signes et facteurs

Il n'existe pas de symptomatologie typique, tous les retentissements des violences sur la santé sont possibles. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences. Le tableau adapté de l'OMS ci-après indique les nombreuses pathologies pouvant résulter de violences.

Les conséquences psychologiques et somatiques des violences étant fréquentes et redoutables, l'urgentiste doit faire le lien en symptomatologie passée et présente, ainsi que les violences subies pour ne pas traiter les symptômes « écrans ».



PHYSIQUE

- Traumatique (plaies, brûlures, fractures, handicaps...)
- Signes fonctionnels (céphalées, douleurs abdominales, lombalgies, vertiges... - avec bilan étiologique négatif)
- Déséquilibre de pathologies chroniques (par mésusage et/ou



SANTE PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTS

- Etat de stress post-traumatique
- Dépression, anxiété
- Troubles de l'alimentation et du sommeil
- Pensées et comportements suicidaires
- Dépendance à l'alcool, au tabac, à la drogue



SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

- Pathologies gynécologiques
- Douleurs pelviennes chroniques
- Hémorragies et infections vaginales, infections urinaires
- Complications lors de la grossesse, fausses-couches
- Grossesses non-désirées, avortements dangereux

Des signaux d'alertes : le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime (elle ne souhaite pas se déshabiller,...), les attitudes du conjoint (il veut toujours être présent, il répond à la place de sa conjointe, il fait preuve d'autorité,...).

2. Le dépistage systématique

Hors les situations de violences déclarées (demande de certificat médical, réquisition judiciaire), la façon la plus simple de repérer les violences est d'y penser et de poser directement et systématiquement la question. La littérature scientifique montre que le dépistage systématique est utile, efficace et permet de poser un diagnostic médical adapté. Le questionnement est très bien accepté par les patientes. Il convient de poser quelques questions simples et explicites :

- « Est-ce que vous avez déjà subi des violences dans votre vie, au travail, dans votre enfance, à la maison ? »
- « Est-ce que vous avez subi des événements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire du mal aujourd'hui ? »
- « Avez-vous été victime de violences physiques, psychologiques, verbales, sexuelles dans votre vie ? »

Précautions pour l'entretien clinique

La consultation doit être confidentielle : en tête-à-tête avec la femme seulement. Eviter de recourir à un proche pour l'interprétariat. Rappeler la confidentialité de l'entretien médical.

Cas particuliers de la patiente victime de violences conjugales accompagnée de son enfant lequel est victime de violences psychologiques en raison de sa présence au moment de l'agression et/ou il a lui-même été victime de violences physiques par son père ou beau-père.

Prendre en compte l'enfant victime de violences conjugales et proposer une prise en charge adaptée.

3. Adopter une écoute active et bienveillante

- Croire ce qu'elle vous révèle et le lui dire.
- Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur.
- La laisser s'exprimer.
- L'aider à formuler ses demandes d'aide.
- Respecter ses choix et les accompagner.
- Délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche.

A dire à la patiente victime
 « Vous n'y êtes pour rien. »
 « L'agresseur est le seul responsable. »
 « La loi interdit et punit les violences. »
 « Si vous le souhaitez, je peux établir un certificat médical. »

4. Examiner avec bienveillance la patiente

Lui demander son accord avant chaque étape de l'examen que vous allez réaliser après lui avoir donné toutes les explications nécessaires. Lui expliquer que vous pouvez être amené-e à lui demander de se déshabiller afin de constater des blessures, y compris sur les zones intimes, blessures qu'elle peut ne pas avoir encore observées. Lui proposer de se couvrir les parties du corps déjà examinées.

5. Noter précisément dans le dossier médical

- Inscrire le N° de portable personnel de la patiente victime.
- Retranscrire les déclarations concernant les violences de la patiente avec ses mots en ayant obtenu son accord préalable.
- Décrire précisément les symptômes et lésions physiques et psychologiques constatés (taille, localisation, couleurs).
- Si possible prendre des photographies avec un repère métrique.
- Renseigner des dessins corporels.
- Indiquer les examens effectués ou prescrits ainsi que les médicaments prescrits.

Cas particuliers : pour les patientes victimes de viol hors réquisition, voir la dernière page de la présente fiche Rubrique « Cas particulier de la patiente victime de viol »

6. Etablir un certificat médical descriptif

Voir les notices explicatives du Conseil de l'ordre des médecins et du Conseil de l'ordre des sages femmes.

La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical.

Remettre l'original uniquement à la patiente et conserver une copie dans le dossier. Si elle ne souhaite pas de certificat, l'établir quand même et les 2 exemplaires doivent être conservés dans le dossier. Il pourra lui être utile *a posteriori*.

7. Délivrer tout traitement utile et un arrêt de travail si nécessaire

8. Evaluer la situation pour identifier le danger et les risques encourus

Plusieurs hypothèses doivent être envisagées concernant la situation de la patiente victime : le retour à son domicile, ses possibilités d'hébergement, la mise en sécurité immédiate. Prendre en compte notamment :

- ✓ Les visites antérieures aux urgences ou dans d'autres services médicaux.
- ✓ La vulnérabilité (grossesse, handicaps, personnes âgées).
- ✓ La peur exprimée par la patiente.
- ✓ La présence d'arme au domicile.
- ✓ La fréquence et la gravité des violences commises, les menaces de mort.
- ✓ Les idées suicidaires ou tentatives suicidaires.
- ✓ L'isolement de la victime.
- ✓ Les soutiens et relais familiaux et amicaux.
- ✓ Les démarches déjà entreprises auprès d'autres professionnel-le-s et associations.
- ✓ La présence d'enfants.
- ✓ L'intervention de la police, de la justice avec garde à vue actuelle de l'agresseur.
- ✓ Les antécédents judiciaires de l'agresseur.

9. Hospitaliser la patiente si nécessaire

Alerter les professionnel-le-s partenaires : (pédiatre, assistante sociale, psychologue, association) pour qu'ils prennent contact avec la patiente avant sa sortie.

Rendre anonyme le dossier informatique de la patiente en cas de risque de représailles de l'agresseur.

En cas de danger et avec l'accord de la patiente, le procureur de la République peut être avisé.

! Si la patiente est une personne vulnérable, un signalement doit être adressé au procureur de la République.

10. Informier et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs.

Rappeler qu'elle peut se présenter aux urgences 24H/24 7j/7. L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sent prête. L'inviter à appeler le 3919 pour parler et être conseillée. Remettre des dépliants, les coordonnées de tout-e autre professionnel-le intra-hospitalier (assistante sociale, psychologue, pédiatre,...) ou structure partenaire extra-hospitalière (associations, intervenante sociale ou psychologue du commissariat, les services sociaux...)

Grâce à votre aide, elle saura qui contacter quand elle sera prête.

Dans tous les cas, il faut respecter son choix. Si elle ne veut pas porter plainte ou prendre contact avec les associations tout de suite, elle est décisionnaire.

A dire à la patiente victime

« Vous pouvez être aidée par d'autres professionnel-le-s dont je vous donne les coordonnées. »

« Appelez le **3919** pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous. »

« Vous pouvez déposer plainte. »

« Les urgences sont ouvertes 24h/24 7j/7. »

11. Prévenir le service social ou autre partenaire intra et extra hospitalier

Avec l'accord de la patiente, communiquer ses coordonnées au service social, à tout autre service partenaire, à l'association partenaire. Ce partenaire contactera la patiente pour faire un point sur sa situation et ses besoins.

12. Proposer une consultation de suivi ou de soins de suite

13. A remettre à la patiente victime

- Son certificat médical.
- Une ordonnance, si nécessaire.
- Un arrêt de travail, si besoin.
- La date de la consultation de suivi ou de soin de suite.
- Les dépliants et/ou les coordonnées des partenaires.
- Le scénario de protection.

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple>

Annexe VI : Rédaction du certificat, règles de bonne pratique HAS 2019 (35)

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL SUR DEMANDE DE LA PATIENTE d'après le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 2015 (114)

Téléchargeable à : www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes_nov_2015.pdf

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'Ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom.)¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,
autre) _____²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur
_____ (Nom, Prénom) _____³

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom, Prénom) _____.

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de⁴ _____,
le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- État gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant)

: _____

- Sur le plan physique

- Sur le plan psychique

: _____

Depuis, elle dit « se plaindre de ⁵ _____ ».

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

Comment constater les faits dans le certificat ?

La sage-femme est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif :

- l'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits : le certificat ne doit pas comporter d'omissions et la sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits ;
- il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux ;
- il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales ;
- la sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« *madame X dit avoir été victime de...* »).

Il ne faut pas employer des mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit de propos tenus par la patiente, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets.

En pratique, la sage-femme est tenue de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat : elle doit consigner avec précision ses constatations et ne peut présenter comme faits avérés des agressions sur la seule foi de déclarations. Elle doit décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, etc.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, de l'heure et du lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif... En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser.