



**HAL**  
open science

# **La place des professionnels médico-sociaux dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales au sein des centres médico-sociaux de Seine-Maritime**

Alicia Aubert

► **To cite this version:**

Alicia Aubert. La place des professionnels médico-sociaux dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales au sein des centres médico-sociaux de Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-04113433>

**HAL Id: dumas-04113433**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04113433v1>**

Submitted on 1 Jun 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.



HAL Authorization

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**  
**DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGES-FEMMES**

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
PROMOTION 2022

**LA PLACE DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX DANS LE REPERAGE  
ET LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES AU SEIN DES  
CENTRES MEDICO-SOCIAUX DE SEINE-MARITIME**

MEMOIRE PRESENTE PAR : Madame Alicia AUBERT née le 30 mai 1998

SOUS LA DIRECTION DE : Professeur Gilles TOURNEL



## REMERCIEMENTS

*Au Professeur Tournel, pour la direction de ce mémoire.*

*A Mme Allix, Mme Darcet et Mme Bourdon, pour m'avoir guidé tour à tour dans la confection de ce mémoire.*

*A Mme Pois Basone, pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.*

*A Mme Darcet, directrice de l'école de Sage-Femme, pour m'avoir soutenue associativement et dans mes études tout au long de ces années.*

*A l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour m'avoir soutenue et aidée même dans les moments les plus difficiles.*

*A ma famille, pour m'avoir supportée toutes ces années, notamment dans les moments de doute où je pouvais pleurer au téléphone pour trois fois rien.*

*A Eden, Lucile, Camille, Lucie, Delphine, Margaux, Marjo, Augustine et Emeline, mes copines de promo, pour tous ces moments de joie et d'entraide durant toutes ces années.*

# SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	1
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. VIOLENCES CONJUGALES.....</b>	<b>2</b>
1.1 LES DIFFERENTES VIOLENCES .....	2
1.1.1 VIOLENCE PHYSIQUE.....	2
1.1.2 VIOLENCE SEXUELLE.....	3
1.1.3 VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE.....	3
1.1.4 VIOLENCE SOCIALE.....	3
1.1.5 VIOLENCE ECONOMIQUE.....	3
1.1.6 VIOLENCE ADMINISTRATIVE.....	4
1.1.7 LES DIFFERENTES RELATIONS DE VIOLENCES CONJUGALES.....	4
1.2 LE CYCLE DE LA VIOLENCE .....	5
1.2.1 LA REMISSION.....	5
1.3.1 LA TENSION.....	5
1.3.2 L'EXPLOSION DE LA VIOLENCE.....	5
1.3.3 LA JUSTIFICATION.....	6
1.3 L'EMPRISE .....	6
1.4 PSYCHOPATHOLOGIE DES VIOLENCES CONJUGALES .....	7
1.4.1 L'AUTEUR DES VIOLENCES .....	7
1.4.2 LA VICTIME DES VIOLENCES.....	8
1.5 FACTEURS DE RISQUE DE LA VIOLENCE .....	9
1.5.1 FACTEURS INDIVIDUELS.....	9
1.5.2 PRECARITE ET VIOLENCES.....	9
1.5.3 FACTEURS SOCIETAUX.....	10
1.5.4 FACTEURS CULTURELS.....	10
1.6 EVOLUTION DES VIOLENCES ET DU CADRE JURIDIQUE .....	10
1.6.1 ANTIQUITE .....	10
1.6.2 MOYEN AGE .....	11
1.6.3 ANCIEN REGIME (XVI <sup>EME</sup> SIECLE) .....	11
1.6.4 SIECLES DES LUMIERES (XVIII <sup>EME</sup> SIECLE) .....	11
1.6.5 XIX <sup>EME</sup> SIECLE.....	12
1.6.6 XX <sup>EME</sup> ET XXI <sup>EME</sup> SIECLES.....	12
1.7 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR.....	13
1.7.1 STATISTIQUES MONDIALES, EUROPEENNES ET FRANÇAISES.....	13
1.7.2 LE COÛT DE LA VIOLENCE EN FRANCE.....	14
1.7.3 CONSEQUENCES SUR LA SANTE DES FEMMES.....	14
1.7.4 COMPLICATIONS OBSTETRIQUES.....	15
1.8 ENQUÊTES ET ACTIONS DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS .....	15
1.8.1 RECHERCHE APPROFONDIE EN FRANCE .....	16
1.8.2 PREVENTION PRIMAIRE.....	16
1.8.3 PLAN TRIENNAUX ET DISPOSITIFS MIS EN PLACE.....	17
<b>2. VIOLENCE ET COVID-19.....</b>	<b>20</b>
<b>3. L'INTERET DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE .....</b>	<b>21</b>

<b>4. PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>23</b>
4.1 INFORMATION PREOCCUPANTE.....	24
4.2 CERTIFICAT MEDICAL.....	24
4.3 ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES.....	25
4.4 ORIENTATIONS POSSIBLES .....	26
<b>5. CENTRES MEDICO-SOCIAUX.....</b>	<b>26</b>
5.1 ASSISTANTS SOCIAUX .....	27
5.2 PMI.....	28
5.2.1 L'INSTITUTION PMI .....	28
5.2.2 CONSEILLERES CONJUGALES ET FAMILIALES .....	28
5.2.3 SAGES-FEMMES.....	29
<b>ETUDE .....</b>	<b>32</b>
<b>1. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>32</b>
1.1 PRESENTATION DE L'ETUDE .....	32
1.1.1 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES .....	32
1.1.2 OBJECTIF DE L'ETUDE.....	32
1.1.3 POPULATION ETUDIEE.....	33
1.1.4 ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	33
1.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	34
1.2.1 FAISABILITE DE L'ETUDE .....	34
1.2.2 REALISATION DES ENTRETIENS.....	34
1.2.3 ANALYSE DES ENTRETIENS.....	35
1.2.4 RESULTATS ET DISCUSSION.....	35
<b>2. RESULTATS .....</b>	<b>37</b>
2.1 PROFIL DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX.....	37
2.2 FORMATION INITIALE ET CONTINUE.....	38
2.2.1 FORMATION INITIALE .....	38
2.2.2 FORMATION CONTINUE .....	39
2.3 EXPERIENCE PROFESSIONNELLE.....	39
2.4 SIGNES DE VIOLENCES .....	40
2.5 REPERAGE .....	41
2.6 AXES D'AMELIORATION.....	42
2.7 COVID ET VIOLENCE .....	44
2.8 PRISE EN CHARGE DE LA VIOLENCE.....	44
2.9 ORGANISATION DES CMS ET RÔLE DES PROFESSIONNELS.....	46
2.10 ENDROIT PROPICE .....	46
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>
<b>1. UN REPERAGE ET UNE PRISE EN CHARGE EFFICIENTES DES VIOLENCES CONJUGALES PASSENT PAR LE RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS MEDICO- SOCIAUX .....</b>	<b>48</b>
1.1 UN RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE NECESSAIRE.....	48
1.2 UN RENFORCEMENT DE LA FORMATION CONTINUE INDISPENSABLE.....	49

<b>2. LE REPERAGE SYSTEMATIQUE LORS DE CHAQUE CONSULTATION EST PLUS EFFICACE QUE LE REPERAGE CIBLE SUR FACTEURS DE RISQUE .....</b>	<b>50</b>
<b>3. LE CONFINEMENT, DECLENCHEUR OU REVELATEUR DE VIOLENCES CONJUGALES ?.....</b>	<b>52</b>
<b>4. UNE PRISE EN CHARGE ADEQUATE DES FEMMES VICTIMES .....</b>	<b>53</b>
<b>5. LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX SONT DES ENDROITS PROPICES AU REPERAGE ET A LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES .....</b>	<b>54</b>
<b>6. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE .....</b>	<b>55</b>
<b>7. AXES D'AMELIORATION .....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	
<b>SITOGRAFIE.....</b>	
ANNEXE I : Tableaux des résultats de l'ENVEFF .....	
ANNEXE II : Le violentomètre .....	
ANNEXE III : Modèle de certificat médical.....	
ANNEXE IV : Grille d'entretien.....	

## **GLOSSAIRE**

**AS** : Assistante Sociale

**ASAE** : Accueil Solidarité de l'Agglomération d'Elbeuf

**AVRE76** : Aide aux Victimes par la Réparation et l'Entraide 76

**CAPS** : Comité d'Action et de Promotion de la Santé

**CASA** : Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions

**CCF** : Conseillère Conjugale et Familiale

**CIDFF** : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

**CMS** : Centre médico-social

**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DIU** : Diplôme Inter-Universitaire

**DPC** : Développement Professionnel continu

**DU** : Diplôme Universitaire

**EMHAVI** : Équipe Mobile Hospitalière d'Aide aux Victimes de Violences

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

**EPP** : Entretien Prénatal Précoce

**FCS** : Fausses Couches Spontanées

**FNSF** : Fédération Nationale Santé Femme

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MIPROF** : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONDRP** : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

**ONM** : Œuvre Normande des Mères

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PAVIF** : Pôle d'Accueil des Violences Intra-Familiales

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**SF** : Sages-femmes

**TGD** : Téléphone Grave Danger

**UTAS** : Unités Territoriales d'Action Sociale



# INTRODUCTION

Depuis toujours, les inégalités hommes-femmes existent. Elles ont engendré la violence au cours de l'histoire, l'homme étant toujours posé comme un être supérieur aux femmes. Mais comment cette inégalité se traduit-elle dans la sphère privée ?

Notamment par de la violence physique, morale voir parfois sexuelle envers les femmes. Cela s'appelle de la violence conjugale. Aujourd'hui, en France, encore une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint (1). C'est un problème de santé publique majeur, dont l'Etat s'est par ailleurs emparé.

Le gouvernement a mis en place des actions de prévention, des lois protégeant les victimes ainsi que des plans d'actions afin de l'enrayer. Cela n'est pas suffisant.

Si même les actions du gouvernement ne suffisent pas à faire disparaître la violence conjugale, que pouvons-nous faire de plus pour aider et prévenir la violence envers les femmes ?

En tant que professionnel de santé, nous nous sommes interrogés sur ce que nous pouvions faire dans ce sens. Ainsi, nous nous sommes intéressés au repérage et à la prise en charge de ces violences. Notre question de recherche, guidant notre travail, sera donc « *Comment améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales ?* ».

Les professionnels médico-sociaux étant en première ligne dans le repérage et la prise en charge des violences, nous interrogerons lors d'entretiens semi-directifs des sages-femmes, la grossesse étant un facteur de risque de violences conjugales (2), des assistantes sociales, pouvant les prendre en charge sur le plan administratif et des conseillères conjugales, s'interrogeant sur la relation de couple et leurs problématiques.

Tous ces professionnels travaillant dans des centres médico-sociaux, nous attacherons un intérêt particulier à ces lieux, recevant en majorité des femmes ayant un faible niveau socio-économique, facteur de risque de violences conjugales (3).

Afin de répondre à notre problématique, nous réaliserons d'abord une revue de la littérature permettant de faire émerger plusieurs hypothèses. Puis, nous détaillerons le matériel et la méthode mis en œuvre. Et enfin, nous analyserons les résultats obtenus en les comparant à notre revue de littérature afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises.

# REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1. VIOLENCES CONJUGALES

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme « *l'utilisation de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (4).

Dans le cadre des violences conjugales, envers les femmes, cette définition peut être affinée et redéfinie comme « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* » (5).

A l'heure actuelle, nous connaissons six formes de violences, la violence physique, sexuelle, psychologique, sociale, économique et administrative. Celles-ci s'entrecroisent, plusieurs formes pouvant être présentes.

### 1.1 LES DIFFÉRENTES VIOLENCES

#### 1.1.1 VIOLENCE PHYSIQUE

La violence physique est la forme la plus repérable. Elle se caractérise par des coups, des morsures, des griffures, et, dans les formes les plus graves, par des attaques à l'arme blanche. Le cou et le visage sont deux endroits fréquemment visés car ils représentent les organes des sens ; le visage pour l'odorat, l'ouïe, la vue, et, le cou pour le goût. La bouche est également un endroit privilégié puisque c'est une méthode pour les agresseurs de faire taire sa victime (6).

Cette violence physique est le plus souvent camouflée par les victimes. Si ce n'est pas le cas, elle le cache autrement, notamment en mentant. « *Je me suis cognée* », « *je suis tombée* »... disent-elles. Pourtant, lorsque le dépistage est possible, nombre d'entre elles acceptent le certificat médical rendant possible le dépôt de plainte si elles le souhaitent (6).

La violence physique ne vient pas en premier, plusieurs formes de violences pouvant être présentes avant. Elle peut également aller jusqu'au décès de la victime.

### **1.1.2 VIOLENCE SEXUELLE**

La violence sexuelle dans le couple se définit par deux cas distincts.

Le premier cas est une contrainte aux rapports sexuels, ce qui est reconnu comme un viol entre époux. En effet, certains agresseurs peuvent ne pas se rendre compte de ce qu'ils sont en train de faire endurer à leurs victimes. Pour eux, ces rapports sont normaux et sont imposés à la victime. Cela reste une minorité des agresseurs. Dans d'autres cas, l'agresseur peut filmer le rapport sexuel afin de la menacer par la suite. Cette contrainte aux rapports sexuels peut également s'effectuer par le biais de la prostitution. En effet, l'auteur impose à sa victime de se prostituer.

Le deuxième cas est une absence de relations sexuelles contrainte par le conjoint, ce qui porte atteinte à l'intimité de la femme et dégrade les rapports dans le couple (6).

### **1.1.3 VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE**

La violence psychologique s'impose à la victime. Elle est décrite comme la pire violence qui soit. Elle détruit jusqu'à l'estime de soi. L'agresseur manipule, intimide, disqualifie sa partenaire. Il l'humilie, la dénigre en l'insultant, la menace de meurtre dans certains cas. Cependant, l'indifférence de l'agresseur est décrite, par les victimes, comme pire que les injures (6).

### **1.1.4 VIOLENCE SOCIALE**

La violence sociale se traduit par un isolement total de la victime engendrée par son conjoint. Il la sépare de sa famille, de ses amis, de son travail en lui confisquant téléphone, ordinateur, voiture... Elle devient alors totalement dépendante de lui. Tous ses mouvements sont scrutés et analysés (6).

Nous développerons dans une autre partie le phénomène d'emprise (cf. paragraphe 1.3 : L'emprise).

### **1.1.5 VIOLENCE ECONOMIQUE**

La violence économique se caractérise par une limitation des ressources de la victime par l'agresseur. Il gère ses comptes, ses biens, l'empêche de travailler. La victime est alors totalement dépendante de lui (6).

### **1.1.6 VIOLENCE ADMINISTRATIVE**

Enfin, la dernière forme de violence que l'on peut retrouver est la violence administrative. L'agresseur peut, en effet, décider de lui prendre tous ses documents d'identités tels que sa carte d'identité, sa carte vitale, son livret de famille, son passeport... Cela lui permet d'empêcher sa victime de partir mais aussi d'être présent à tous les rendez-vous médicaux et sociaux (6).

### **1.1.7 LES DIFFERENTES RELATIONS DE VIOLENCES CONJUGALES**

#### ⇒ Violence agression ou symétrique

La violence agression ou symétrique prend la forme d'un conflit *malgré tout* rapport d'égalité. L'un peut dominer au niveau physique tandis que l'autre dominera à un autre niveau, psychologique par exemple. Les deux acteurs en sont conscients. C'est la raison pour laquelle une femme battue, se trouvant dans ce schéma de violence symétrique, affirmera qu'elle n'a pas peur de son conjoint même si ce dernier la brutalise (7).

Lorsque l'épisode de violence se termine, vient une pause complémentaire pendant laquelle la personne en position de force s'excuse et soigne son partenaire. Cette pause se compose de trois étapes.

La première est une émergence du sentiment de culpabilité. La deuxième se compose d'un comportement de réparation permettant l'oubli de l'acte. Et la troisième est le développement de mécanismes de régulation de la relation. C'est souvent lors de cette pause que les partenaires choisissent de demander de l'aide à un thérapeute ou une instance sociale.

*« Le pronostic est positif, les séquelles psychologiques sont limitées et l'estime de soi est conservée. Il y a conscience de l'incongruence de la violence et il existe une préoccupation et une volonté de s'en sortir » (7).*

#### ⇒ Violence complémentaire ou punition

La violence complémentaire ou punition se caractérise par une relation inégalitaire dans laquelle un des partenaires est en supériorité et l'autre sous emprise de ce dernier. Dans ce schéma de violence, nous pouvons retrouver des femmes avec d'anciennes cicatrices, des fractures n'ayant jamais été traitées, ainsi que des traces de souffrance physique et des brûlures (7).

Aucune pause n'est constatée dans cette forme de violence, ce qui la rend davantage indétectable. Le partenaire victime est dans l'incapacité de se protéger. Il est compliqué d'envisager une quelconque intervention thérapeutique puisque peu de victimes dévoilent la violence n'en ayant pas conscience.

⇒ Violence punition avec symétrie latente

La violence punition avec symétrie latente est une variante de la violence punition. Le partenaire est en position d'infériorité, soumis à des violences conjugales. Il essaie en vain de résister, de s'opposer à lui, ce qui n'a pour effet que d'augmenter davantage la violence. « *Le passage à l'acte revendicatif est fréquent dans ce type de violence (délits contre la famille, agression ou suicide)* » (7).

Chaque cas de violences conjugales est unique de par l'utilisation de telle ou telle forme de violence. Cependant, le discours des victimes, parfois même des agresseurs, montre que cette violence se passe selon un cycle assez similaire.

## **1.2 LE CYCLE DE LA VIOLENCE**

### **1.2.1 LA REMISSION**

Ce cycle commence par une période où l'amour et le bonheur font foi. Elle était avant surnommée la « *lune de miel* ». C'est le début de la relation amoureuse pendant laquelle chacun s'idéalise. On y retrouve également l'excitation intense, l'euphorie de la rencontre. Cette période peut durer des semaines, des mois, des années ou seulement quelques jours (6).

### **1.3.1 LA TENSION**

Chacun découvre les défauts et les limites de l'autre. L'insatisfaction naît tout comme la volonté de changer son partenaire. La tension monte. Le moindre petit détail peut déclencher de l'impatience, et c'est le cri. Les critiques fusent. L'ambiance est tendue en permanence (6).

### **1.3.2 L'EXPLOSION DE LA VIOLENCE**

La violence explose. Elle peut se manifester par toutes les formes possibles, physique, psychologique, sexuelle... Cette violence peut durer quelques jours comme

quelques mois. Pendant ce temps, la victime est partagée entre la peur, la tristesse et la colère (6).

### **1.3.3 LA JUSTIFICATION**

L'agresseur justifie son comportement en incriminant sa compagne, en la culpabilisant notamment, ou en mettant cela sur le compte de facteurs extérieurs tels que le stress, le travail, l'alcool... La victime accepte et comprend ces justifications en pensant que cela ne se reproduira plus. Le calme revient (6).

Et le cycle recommence, encore et encore, de plus en plus rapidement. La période de rémission diminue peu à peu au fil des cycles jusqu'à disparaître totalement. Ce cycle peut être d'autant plus violent, voir se déclencher lors d'événements particuliers tels que la grossesse, un déménagement, un accident, une séparation... (2)(6)

Selon une étude de 2020 réalisée par le ministère de l'intérieur, les deux causes principales de meurtre au sein du couple seraient en effet les disputes et les séparations non acceptées (1).

Plusieurs questions se posent. Pourquoi les victimes ne sont-elles pas parties aux prémices de la violence ? Comment ont-elles pu subir cela jusqu'à, pour certaines, en mourir ? Cela peut s'expliquer en partie par un phénomène appelé l'emprise.

### **1.3 L'EMPRISE**

L'emprise se définit comme « *l'expression irrépressible d'un besoin* » pour l'auteur, le besoin de dominer l'autre, en comblant un manque. S'il n'est pas comblé, l'auteur ne peut être heureux. Ce manque peut être comblé par de l'attention, de la soumission, des caresses, des baisers, des regards câlins... C'est pourquoi la victime peut, au premier abord, confondre cette pulsion avec de l'amour fusionnel (6).

L'auteur exprime ses exigences subtilement lors des premiers rendez-vous amoureux. Il pense que tout ce qu'il a pu dire est accepté par la victime. Et peu à peu, il impose des règles de vie, de plus en plus nombreuses, auxquelles la victime ne peut déroger sous peine d'être violentée. L'auteur pense que ces exigences sont normales, et amène sa victime à le penser également (6).

Un décalage se crée entre les deux partenaires. Ils ne cherchent pas la même chose. L'auteur des violences pense vie commune et impose un « contrat » dans lequel toutes

ses exigences sont répertoriées et cadrées. Pour lui, inconsciemment, ce contrat est « figé dans le marbre » et s'il est rompu, la violence commence. Quant à la victime, elle n'a pas connaissance de ce contrat et pense que cela peut évoluer et changer avec le temps alors qu'en réalité, il s'impose à elle (6).

Alessandra Duc Marwood, psychiatre, explique que « *l'amour, être deux, vaut bien quelques sacrifices. L'auteur n'en fait pas, au nom d'une forte souffrance, argumentant régulièrement qu'il ne se sent pas compris ou affirmant qu'il a plus d'expérience dans la vie* » (8).

La victime est accusée d'être la cause de la souffrance de l'auteur, notamment par l'influence de son entourage. L'auteur comprend le besoin de l'autre comme une menace à son bonheur ou un manque d'amour. Il doit donc davantage dominer sa victime afin de mieux la contrôler. C'est alors que la victime se retrouve de plus en plus isolée (8).

Les besoins de l'auteur priment donc sur ceux de sa victime. En effet, il les lui impose en se cachant derrière la souffrance que lui procure l'immense amour qu'il porte à sa victime. Cela se passe non pas par violence ou menace mais par activation de l'empathie de la victime pour sa souffrance. Celle-ci fait alors passer les besoins de l'auteur avant les siens, le plaçant dans son esprit comme une victime qu'il faut protéger (8).

C'est ce qui différencie le phénomène d'emprise de la jalousie classique présente dans la plupart des couples.

L'emprise peut s'expliquer par les mécanismes de la violence.

## **1.4 PSYCHOPATHOLOGIE DES VIOLENCES CONJUGALES**

### **1.4.1 L'AUTEUR DES VIOLENCES**

L'auteur des violences transgresse les limites imposées par la société, tel un enfant avec ses parents. Plus il est confronté jeune aux violences, plus il est difficile pour lui « *de croire en la capacité des adultes de contenir, protéger, instaurer des règles et des cadres sécurisants* » (9).

L'enfant, aujourd'hui reconnu comme victime de la violence exercée dans le couple, va intérioriser des scènes menaçant son développement psychique et physique, et va s'identifier à l'un de ses deux parents, dont l'un est victime et l'autre agresseur (10).

L'identification à l'un ou l'autre peut entraîner à l'âge adulte une répétition de la violence, soit en tant que victime, soit en tant qu'agresseur. C'est ce que nous appelons la répétition transgénérationnelle (10).

En effet, la personnalité se construit dans un environnement violent, qui peut par la suite se développer de manière pathologique si l'identification s'est faite à partir de l'adulte agresseur. Ce développement se traduit notamment par un affaiblissement du Moi. Des sentiments comme la dévalorisation, l'humiliation et la frustration vont en découler. Cela constitue une souffrance pour l'enfant, qu'il pourra ensuite transposer à l'âge adulte par un manque d'empathie, une rigidité de la pensée et une dépendance infantile à sa compagne (10).

Grandir dans un environnement violent peut entraîner des troubles psychomoteurs. Cela se caractérise par un arrêt ou un retard du développement cognitif, un défaut d'intégration des règles morales ou encore un sentiment de dévalorisation narcissique. Ce dernier va par la suite être camouflé par une démonstration de toute puissance, tel un enfant ne réussissant pas à l'école et qui comblerait cela en faisant le clown en classe. La violence débutera alors (10).

#### **1.4.2 LA VICTIME DES VIOLENCES**

Souvent, la victime ne travaille plus et n'a que très peu de centres d'intérêts et de loisirs. Elle est anxieuse, a des bouffées d'angoisse. Elle développera des troubles du sommeil caractérisés par une difficulté d'endormissement et des réveils fréquents dans la nuit. Il peut aussi y avoir une décompensation sub-dépressive et/ou dépressive (11).

Une perturbation de la vie affectivo-sexuelle est observée avec une ambivalence des sentiments, un désinvestissement de soi et des espoirs déçus. Il existe également une difficulté à être lucide, à porter témoignage de quelque chose d'intolérable (11).

La femme a peur de la violence de l'autre, des menaces, qui sont parfois plus subtiles selon la phase du cycle, en l'occurrence pendant la période de rémission. Elle a également peur d'être abandonnée, que l'autre la quitte. Et parfois, une dépendance matérielle complique davantage, voire empêche, la reconnaissance de cette violence et donc le dévoilement de celle-ci (11).

La violence provoque chez les victimes un état de sidération qui les paralyse et entraîne un excès de production d'adrénaline et de cortisol mettant en péril l'équilibre du corps humain. Celui-ci réagit alors en faisant « disjoncter » le cerveau grâce à l'amygdale cérébrale et en produisant en excès de la morphine. Cela génère une dissociation

émotionnelle inhibant l'hippocampe, permettant de stocker en temps normal la mémoire. Cette mémoire, non stockée par inhibition de l'hippocampe, est appelée mémoire traumatique. Elle refait surface notamment lorsqu'un objet, un endroit, un son, une odeur, un moment fait rappeler les violences à la victime. Les victimes se retrouvent dans une situation d'insécurité permanente. Elles ont une piètre image d'elles-mêmes, sont incapables d'avancer et se sentent coupables (12).

## **1.5 FACTEURS DE RISQUE DE LA VIOLENCE**

### **1.5.1 FACTEURS INDIVIDUELS**

Une étude réalisée à Copenhague, au Danemark par Elizabeth Kandel et Sarnoff A. Mednick, a montré que l'accouchement est un facteur de risque de violence conjugale. En effet, des complications de l'accouchement constitueraient chez le nouveau-né un facteur prévisionnel de violence vers 22 ans, surtout lorsque s'ajoute à cela d'autres problèmes au sein de la famille (13) (3).

Cette même étude a montré que des troubles de la personnalité à l'âge de 18 ans et un faible QI à 12 ans étaient corrélées à des actes de violences entre 15 et 22 ans (12) (3). Si des troubles de la personnalité sont retrouvés, il faut se reporter au milieu familial dans lequel l'enfant se développe. Des conditions de punitions violentes et de châtiments corporels dans l'enfance jouent un rôle prépondérant dans la violence à l'adolescence et à l'âge adulte (14).

La grossesse est également retrouvée comme un facteur prépondérant de la violence. En effet, la violence débute pour 40% à l'occasion de celle-ci. Plusieurs études montrent également que la grossesse est un facteur aggravant de violences conjugales préexistantes (2).

### **1.5.2 PRECARITE ET VIOLENCES**

La famille est elle-même influencée par l'intégration dans la société. Plus les familles sont en marge de la société, plus la violence chez les jeunes augmente.

Selon l'OMS, il est retrouvé que la violence touche toutes les classes sociales mais aussi que les femmes ayant un niveau socio-économique bas sont davantage touchées. Cependant, à ce jour, peu d'études montrent pourquoi ce lien entre précarité et violence existe (3).

### **1.5.3 FACTEURS SOCIETAUX**

L'OMS, s'appuyant sur les travaux de Levinson, place les sociétés où l'homme détient le pouvoir économique comme pourvoyeuses de violences entre partenaires intimes. Les territoires venant de subir une guerre ou d'autres conflits le seraient également. Néanmoins, tout cela n'est encore que très peu prouvé, et reste donc anecdotique (3) (15).

### **1.5.4 FACTEURS CULTURELS**

Il existe également un facteur culturel. Les médias, très présents dans la culture française, et très en vogue depuis une dizaine d'années, influencent énormément les comportements et le développement des enfants, qui s'identifient facilement aux images qu'ils peuvent être amenés à voir. Nous pouvons citer la télévision, internet et les réseaux sociaux, sur lesquels nous retrouvons facilement des images violentes, mais aussi la pornographie. Cette dernière montre, en effet, une image fautive et brutale des relations amoureuses et sexuelles. Cela explique l'importance de l'éducation dans la sphère familiale et scolaire (3).

## **1.6 EVOLUTION DES VIOLENCES ET DU CADRE JURIDIQUE**

L'espèce humaine est la première espèce à avoir une conscience en plus d'une faculté instinctuelle. Les instincts primitifs laissent alors place à une reconnaissance de la vie, de la souffrance, de la mort, mais aussi, de la peur et du désir auxquels cela se rattache. « *Ainsi, la force physique se mit au service de la satisfaction du désir* » (7). Ceci est la définition même de la violence. Peut-on donc penser que l'Homme est par nature violent ?

Le plus fort domine le plus faible et obtient des privilèges en arrachant les biens de l'autre en échange de protection. C'est par ces privilèges que sont nés l'exploitation et l'esclavage et ainsi donc, la barbarie (7).

### **1.6.1 ANTIQUITE**

Une autre forme de violence se joue depuis l'Antiquité, les violences envers les femmes. En effet, la femme était destinée à se marier dès son plus jeune âge, douze ans environ, et devait assurer la survie de l'espèce le plus tôt possible. La monogamie était de

mise pour elles alors que les hommes étaient polygames et pratiquaient même la pédérastie<sup>1</sup> (16).

Le christianisme apporte une égalité ontologique des deux sexes et les femmes ne sont plus destinées à se reproduire rapidement. Au contraire, est prônée la chasteté et la virginité avant le mariage. Ce dernier n'est plus forcé et le viol est puni. Cependant, cela n'a en rien protégé les femmes contre les violences masculines, le viol entre époux n'existant pas à cette époque.

A la fin du XII<sup>ème</sup> siècle, revient alors l'infériorité féminine, qu'ils expliquaient à l'époque par la Genèse. Ève est créée à partir d'un os courbe d'Adam, « *d'où l'esprit tortueux de la femme* » (16).

### **1.6.2 MOYEN ÂGE**

Au XIV<sup>ème</sup> et XV<sup>ème</sup> siècles, est apparue la peur du diable. En effet, les femmes accouchaient d'enfants malformés, les malformations étant mal connues à cette époque, et certains procédés médicaux pratiqués pour la majorité par des femmes émergeaient. Elles étaient alors accusées de sorcellerie et à ce titre, étaient traquées et brûlées sur le bûcher. Tout cela donna matière à une guerre des sexes qui continuera jusqu'aux XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles, s'amplifiant par les guerres de religion dont l'hérésie était l'objet (16).

### **1.6.3 ANCIEN REGIME (XVI<sup>ÈME</sup> SIECLE)**

Sous l'Ancien Régime, les violences étaient cachées par la société dont le plus important était le patrimoine qui devait être transmis aux descendants. Il s'en suit que les mariages étaient le plus souvent arrangés dès leur plus jeune âge, de surcroît avec des hommes d'âge mûr. Les femmes devaient engendrer un héritier le plus tôt possible dans cette optique de patrimoine qui devait perdurer.

Les relations sexuelles étaient à ce titre souvent forcées, le viol entre époux n'étant pas encore reconnu comme une violence à part entière (16).

### **1.6.4 SIECLES DES LUMIERES (XVIII<sup>ÈME</sup> SIECLE)**

Les femmes sont considérées comme faibles et vulnérables. Il faut les protéger à tout prix, leur corps étant le berceau de la vie. Elles ne peuvent, dans cette idée, réfléchir

---

<sup>1</sup> Hommes ayant des relations avec des hommes

et se concentrer, et donc, travailler. Elles sont alors obligées de rester chez elles et de s'occuper de leurs enfants (16).

Les juristes des Lumières, quant à eux, créent les droits de l'homme, apportant avec eux une nouvelle forme de violence, la violence politique envers les femmes. « *Une maladie nommée hystérie sert désormais à disqualifier celles qui refusent la soumission « naturelle » à leur sexe* » (16). Blâmer leur violence, leur permettait de discréditer la conscience politique des femmes.

### **1.6.5 XIX<sup>EME</sup> SIECLE**

L'espoir des femmes prit fin en 1804 par le code Napoléon qui place l'homme au centre de la famille, dans une forme de toute puissance (17). C'est ce que l'on appelle aujourd'hui le patriarcat. Cela continue six ans plus tard par le code pénal de 1810, qui ignore totalement l'inceste.

Le viol est de plus en plus dénoncé et devient peu à peu un crime. Cependant, les plaintes pour viol restent mal venues selon le juge, les bâtards et les filles-mères dénigrés existant encore (18).

Au décours du XIX<sup>ème</sup> siècle, un mouvement féministe a vu le jour. Il s'est davantage développé sous la III<sup>ème</sup> République, jusqu'en 1944, année pendant laquelle les femmes ont obtenu des droits politiques. Certains comportements jusqu'à lors jugés normaux deviennent immoraux, notamment le viol entre époux et les violences à l'égard du jeune enfant. Cependant, ce n'est qu'en 1976 qu'est dénoncé dans un procès, le viol entre époux (16).

### **1.6.6 XX<sup>EME</sup> ET XXI<sup>EME</sup> SIECLES**

En 1994, est créé le chapitre II du livre II – titre II du code pénal, portant sur les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne, dans lequel les violences contre autrui dont les violences conjugales et le viol sont condamnés (19).

Est reconnu comme un viol, en 1994, « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » (20). Il est puni de 15 ans de réclusion criminelle. Cette peine est majorée à 20 ans s'il est commis sur un mineur ou une personne d'une particulière vulnérabilité. En 2006 seulement, cette majoration de peine est valable également s'il a été commis par un conjoint ou un concubin.

Le mouvement *#MeToo* a été initié cette même année par Tarana BURKE. Il faisait référence à une jeune fille noire de 13 ans qui lui avait expliqué qu'elle était victime de violences sexuelles. Tarana BURKE n'avait su lui dire qu'elle aussi avait été victime. Ce hashtag était donc une façon pour elle de lui avouer. Le mouvement a vraiment pris de l'ampleur en 2017 grâce à l'affaire WEINSTEIN qui « *a été perçue comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase* » (21). Le *#MeToo* a alors fait le tour du monde, a touché toutes les sociétés et s'est même transformé en *#BalanceTonPorc* (22).

Ce mouvement a marqué un véritable tournant dans la lutte contre les violences envers les femmes et donc des violences conjugales, notamment par la promulgation de plusieurs lois en France.

En effet, en 2010, les violences psychologiques dont l'auteur est le conjoint sont reconnues comme des violences à part entière et sont punies par la loi comme telles (23).

En 2018, le mineur est considéré comme une victime dès lors qu'il est témoin d'une scène de viol ou de violences entre époux. La peine encourue par l'auteur sera alors majorée. Et enfin, le 23 avril 2021, est aussi décrit comme un viol, tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par la victime.

Les violences ont donc toujours existé. C'est un problème de santé publique majeur pour lequel nous devons continuer de nous battre.

## **1.7 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR**

### **1.7.1 STATISTIQUES MONDIALES, EUROPEENNES ET FRANÇAISES**

En 2013, l'OMS affirme que, dans le monde, 35% de femmes ont subi au moins une fois dans leur vie des violences par leur conjoint ou mari, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, et que 38% des femmes victimes de meurtre auraient été tuées par des partenaires intimes (24).

Chaque jour, dans le monde, 137 femmes sont tuées par un proche. En 2017, plus d'un tiers d'entre-elles auraient été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint (25).

En Europe, en 2013, 22% des femmes ont subi des violences physiques ou sexuelles par leur partenaire intime et 43% ont été victimes de violences psychologiques (26).

En France, en 2019, une femme est tuée tous les 2 à 3 jours par son partenaire ou ex-partenaire. 41% auraient subi des violences auparavant. 213 000 femmes ont déclaré avoir subi des violences, physiques ou sexuelles, dans l'année. Cependant, moins d'une femme sur 5 a porté plainte (27).

### **1.7.2 LE COÛT DE LA VIOLENCE EN FRANCE**

En 2010, le coût global des violences conjugales étaient estimées à 2 472 milliards d'euros par an. Ce montant se compose du coût pour le système de soins, du secteur médico-social et judiciaire, des pertes de production au travail dues aux décès, incarcérations et absentéisme, et, du coût humain des viols et blessures graves.

Concernant le système de soins, son coût représente 20% du coût global et est dû à des consultations plus fréquentes, des soins plus importants ou encore à des prises de médicaments plus importants chez les femmes victimes.

Les coûts du système médico-social et judiciaire sont représentés par les condamnations pour violences conjugales, les procédures pénales engagées ou encore par le recours aux services de police et à la justice et aux aides sociales. Ce coût est estimé à moins de 15% du coût global.

Les pertes de production sont estimées à 44% du coût global et les coûts humains des viols et préjudices à 22% du coût global (28).

### **1.7.3 CONSEQUENCES SUR LA SANTE DES FEMMES**

Les femmes victimes de violences conjugales sont, le plus souvent, sans emploi et dites incapables de s'occuper d'elles-même et de leurs enfants (3).

Les estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes de l'OMS en 2013, montrent que 42% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles ont été blessées à un moment dans leur vie (24).

Les femmes victimes présentent notamment des troubles fonctionnels dont la cause n'est pas retrouvée car imputable à la violence. Ces troubles peuvent entraîner chez ces femmes des syndromes du côlon irritable, des fibromyalgies, des troubles gastro-intestinaux ou encore des syndromes de douleurs chroniques (3).

La santé génésique des femmes est également touchée. On retrouve des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles très souvent chez ces femmes, notamment par interdiction de mettre des préservatifs ou encore d'avoir une contraception (3).

Ces femmes sont aussi plus susceptibles de se suicider, de tomber dans la dépression, et d'avoir des angoisses et des phobies en tout genre. Elles sont également presque deux fois plus enclines à avoir des problèmes d'addictions, à l'alcool notamment (24).

D'après la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), 64% des femmes de 21 à 75 ans ont été blessées par des coups portés par un partenaire intime. 66% auraient des troubles psychologiques à la suite de violences. 56% déclarent que ces violences auraient eu des conséquences sur leur vie quotidienne (27).

#### **1.7.4 COMPLICATIONS OBSTETRIQUES**

Du fait des violences, la femme enceinte se retrouve dans un état de stress permanent entraînant avec elle toutes les conséquences obstétricales qui lui sont imputables, notamment des troubles cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle pouvant entraîner des risques de pré-éclampsie plus fréquentes, ou encore le diabète gestationnel.

Dus à une violence physique, nous pouvons citer les risques de fausses couches récidivantes ou encore de morts fœtales in utero. La prématurité est aussi une conséquence directe de la violence physique. Ce risque est augmenté de 37% lors de violences conjugales.

La femme peut également être amenée à avoir recours aux soins tardivement, la grossesse se retrouvant ainsi mal suivie. Dans 17% des cas, il est retrouvé pendant la grossesse des fœtus petits pour l'âge gestationnel ou des retards de croissance in utero (2).

Au regard de ces éléments, nous pouvons admettre que la violence conjugale représente un problème de santé publique majeur. Le gouvernement français s'en est emparée et a élaboré des mesures permettant de contrer cela.

### **1.8 ENQUÊTES ET ACTIONS DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS**

L'OMS, dans son dernier rapport mondial sur la violence et la santé en 2002, développe l'importance de mettre en place des mesures au niveau local et national contre les violences conjugales.

Elle explique notamment que les interventions de lutte devraient être faites par des femmes puisque la réussite des projets dépendrait de l'attitude des organisateurs face aux violences, les hommes étant biaisés par leur façon de penser, différente de celle des femmes. Cela permettrait une meilleure fiabilité de l'intervention (3).

L'OMS préconise également une approche multisectorielle pour lutter contre les violences conjugales, notamment dans les domaines de la police et de la justice, du système de santé et du système social.

En écho à cela, elle recommande une recherche approfondie au local sur la violence exercée par des partenaires intimes et de mettre l'accent sur la prévention primaire.

### **1.8.1 RECHERCHE APPROFONDIE EN FRANCE**

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) de 2000 est la première enquête réalisée au national sur ce sujet. Elle a recensé une grande partie des femmes victimes de violences au cours de l'année précédente, en les classant par âge (cf. Tableau 1 – Annexe I : Tableaux des résultats de l'ENVEFF).

Elle a révélé que c'est dans la sphère privée que les violences, de quelque nature que ce soit, sont les plus virulentes et qu'une femme en couple sur dix entre 20 et 59 ans a subi des violences ou en subit encore (cf. Tableau 2 – Annexe I : Tableaux des résultats de l'ENVEFF). Cette enquête a également mis « *en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent* » (29).

En ont découlé des enquêtes sur les violences faites aux femmes réalisées chaque année par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) et l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) depuis 2007 afin de constater l'évolution de ces violences. Les derniers résultats datent de 2019. Nous les avons évoqué précédemment.

### **1.8.2 PREVENTION PRIMAIRE**

En 2011, a été signée et ratifiée par certains pays, dont la France, la Convention d'Istanbul ou Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Cette convention a pour but de protéger, poursuivre et éliminer la violence envers les femmes, d'éliminer les discriminations et d'obtenir l'égalité réelle homme/femme, de concevoir des mesures de protection et d'assistance pour les femmes victimes, et enfin, de soutenir et d'assister les organisations et les services répressifs visant à éliminer la violence (30).

La loi du 4 août 2014 est venue compléter cette convention. Elle est relative à l'égalité homme/femme. Cette loi prévoit notamment des actions de prévention et de protection permettant de lutter contre les violences faites aux femmes (31).

La prévention prévue dans ces lois est une prévention primaire de la violence, soit avant qu'elle ne commence. Elle s'apparente, dans le système de santé, à une promotion de la santé. Concernant les violences, c'est avant tout une prévention sociale et sociétale. Cela concerne tous les citoyens, hommes, femmes, enfants ou adultes (32).

En France, le ministère de la santé a publié des plans triennaux depuis 2005. L'objectif de ces plans était de permettre la mise en place d'actions de prévention au niveau national et local.

### **1.8.3 PLAN TRIENNAUX ET DISPOSITIFS MIS EN PLACE**

Le premier plan, de 2005 à 2007, était axé sur dix mesures préventives concernant les violences (33).

Il a notamment été créé à la suite de ce plan, la permanence téléphonique « *VIOLENCES CONJUGALES INFOS* » par le 3919, gérée par la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF).

En Seine-Maritime, une unité médico-judiciaire a été créée, au sein du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen, appelée *Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions* (CASA). Il a pour mission de simplifier le parcours médico-judiciaire des victimes. Il a un rôle d'écoute et de conseil. Dans ce centre d'accueil, on retrouve des professionnels de santé, des psychologues ainsi que des assistants sociaux.

A la suite de ce plan, il a également été développé des lieux d'accueil des victimes. Actuellement, en Seine-Maritime, il existe le *Pôle d'Accueil des Violences Intra Familiales* (PAVIF) à Rouen, l'*Accueil Solidarité de l'Agglomération d'Elbeuf* (ASAE), l'*Association Femme et Familles en Difficulté* au Havre et l'*Association Havraise d'Action et de Promotion Sociale*.

Le deuxième plan, de 2008 à 2010, a été établi sur 4 axes de travail, mesurer, protéger, prévenir et coordonner. Il a surtout permis un travail en rapport avec l'auteur des violences, dans une démarche de prise en charge thérapeutique (34).

Le troisième plan a été peu efficace dans cette lutte. Le quatrième, de 2014 à 2017, quant à lui, a placé le 3919 comme numéro de référence contre les violences faites aux femmes. Il a également permis de doubler le nombre d'intervenants sociaux, tels que les assistants sociaux ou encore les conseillers conjugaux, et, de créer des dispositifs pédagogiques à l'égard des professionnels (35). Ces dispositifs sont notamment un court-métrage « Anna » et un livret d'accompagnement que nous pouvons retrouver sur le site [arrêtonslesviolences.gouv.fr](http://arrêtonslesviolences.gouv.fr).

Le cinquième et dernier plan, de 2017 à 2019, a été établi sur 3 axes (36). Le premier axe était d'assurer l'accès aux droits et de sécuriser les dispositifs déjà mis en place, ce qui a permis de former des professionnels, d'amplifier le nombre d'hébergements d'urgence, et, de mobiliser davantage des dispositifs de protection d'urgence tels que l'éviction des conjoints, l'ordonnance de protection ou encore le Téléphone Grave Danger (TGD).

Ce dernier dispositif est un service de téléprotection qui peut être attribué à la victime par le procureur de la république pour une durée de six mois renouvelables en cas de grave danger la menaçant, seulement en l'absence de cohabitation avec l'auteur. Il permet notamment la géolocalisation de la victime en cas de déclenchement de l'alerte (37).

Une ordonnance de protection peut être prononcée pour toute personne victime de violence par son partenaire actuel, ex-partenaire, pacsée ou non, cohabitant ou non. Elle est délivrée dans un délai maximum de six jours après sa prononciation. Elle est provisoire, dure maximum six mois et peut être renouvelée si, par exemple, une requête de divorce est demandée.

Le juge aux affaires familiales, pour protéger la victime, peut prononcer une interdiction d'entrer en contact, de se rendre dans certains lieux, d'avoir une arme, une délimitation du secteur à ne pas dépasser avec un mobile anti-rapprochement ou encore une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique de l'auteur.

Le logement, qu'occupent les deux parties, par principe, est attribué à la victime. Cependant, l'ordonnance de protection peut aussi amener à l'attribution prioritaire d'un logement social pour la victime.

*« Le non-respect des mesures imposées dans l'ordonnance de protection constitue un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende » (38).*

Le deuxième et le troisième axe étaient respectivement de renforcer l'action publique et de déraciner les violences par la lutte contre le sexisme qui banalise la culture de la violence et du viol.

⇒ Grenelle de 2019

A la suite de ces plans, a eu lieu un grenelle qui a regroupé deux groupes de travail sur deux thèmes différents (39).

Le premier groupe de travail sur le thème de la protection des victimes a permis de modifier le code pénal en faveur de la levée du secret professionnel en cas de danger immédiat pour tous les professionnels médicaux.

C'est la loi du 30 juillet 2020. Elle explique que la levée du secret professionnel est applicable « *au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République* » (40). Cela signifie que les professionnels de santé peuvent passer outre le secret professionnel en cas de danger immédiat pour la victime. Cependant, l'appréciation de ce qu'est un danger immédiat reste subjective, ce qui peut mettre en difficulté les professionnels. Le gouvernement, prenant en compte cette difficulté pour les soignants, a créé avec la HAS et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, un vade-mecum pour guider les professionnels sur le danger immédiat et l'emprise (41).

Ce groupe a également permis une meilleure sensibilisation des soignants par la création d'un guide de repérage et de prise en charge des violences établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) (42). Nous reviendrons plus en détail sur ce guide plus tard dans notre écrit (cf. partie 4. Prise en charge).

Le deuxième groupe de travail, réfléchissant sur le suivi de l'auteur et la prise en charge des violences, a permis de mettre en place une évaluation psychologique de l'auteur systématiquement avant le jugement, et une prise en charge de l'auteur par l'administration pénitentiaire.

⇒ Communiqué de presse 25 Novembre 2021 par le 1<sup>er</sup> ministre

Lors de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, le 1<sup>er</sup> ministre a tenu à réaffirmer et poursuivre l'action du gouvernement dans la protection des femmes victimes (43).

Pour cela, trois nouvelles mesures viennent s'ajouter aux précédentes. La première est l'ouverture de 1000 nouvelles places d'hébergement d'ici fin 2022, ce qui fera un total de 9000 places ouvertes, dédiées à l'accueil des femmes victimes. La deuxième mesure est le déploiement de 5000 TGD en 2022.

Enfin, la dernière concerne l'éducation de nos enfants, une des racines de la violence. Le 1<sup>er</sup> ministre annonce la mise en place d'une semaine de l'égalité entre les filles et les garçons, permettant de mobiliser les enfants et les enseignants autour de projets forts sur ce sujet.

Certaines actions prévues par le Grenelle de 2019 et le communiqué de presse du 1<sup>er</sup> ministre sont encore à mettre en place aujourd'hui, le virus du COVID-19 les ayant retardées.

## **2. VIOLENCE ET COVID-19**

Le confinement s'est refermé tel un piège sur les victimes de violences conjugales. Le gouvernement, en ayant pleinement conscience, a immédiatement développé, après l'annonce du confinement, un plan d'urgence (44).

Les objectifs de ce plan étaient le suivi de la situation et établir rapidement des chiffres afin de proposer des leviers et des aménagements des mesures de protection déjà en place (44).

Ce plan a été élaboré sur trois axes de travail (44).

Le premier consistait à libérer la parole des victimes de manière « silencieuse ». Pour cela, le gouvernement a accentué la communication sur les dispositifs d'alerte que ce soit sur internet, ou, à la télévision où la diffusion des nombreux numéros d'alerte déjà existants apparaissait en permanence. Il a également développé des points d'accueil de victimes dans les centres commerciaux. Le signalement dans les pharmacies a été mis en place avec un code simple et peu repérable par les auteurs, « *MASQUE19* ».

Le deuxième axe était relatif à la protection des victimes. Il a permis la mise en place d'interventions systématiques par la police ou gendarmerie dès qu'un signalement

était effectué. Le gouvernement a créé des plateformes d'hébergement pour favoriser l'éviction du conjoint violent, et, des lignes d'écoute pour les auteurs, dans une démarche thérapeutique.

L'accompagnement des victimes se reportait au troisième et dernier axe de ce plan d'urgence. Cela passait notamment par l'adaptation à la situation de toutes les associations d'aide aux victimes.

Le Haut Conseil à l'Égalité a évalué tout au long du confinement et même après les actions du gouvernement en rapport aux violences conjugales.

Il a constaté que le nombre d'appels aux 3919, 17<sup>2</sup>, 116 006<sup>3</sup> et 114<sup>4</sup> n'a pas cessé d'augmenter pendant le confinement, la communication massive ayant permis une visibilité inédite des dispositifs d'alerte. L'Organisation des Nations Unies (ONU) dénombre 30% de signalements en plus lors du premier confinement (45).

Le nombre de victimes enregistrées a augmenté du fait des interventions systématiques à domicile. Nous retrouvons une hausse de 48% des interventions à domicile et de 4% des victimes enregistrées lors du premier confinement comparé à la même période en 2019 (45).

Ainsi, le nombre de victimes n'a pas augmenté. En revanche, le nombre de signalement a lui significativement augmenté, ce qui a permis de détecter des foyers violents préexistants à la pandémie dont nous n'avions pas connaissance auparavant.

Le confinement aurait donc été révélateur de violences et non déclencheur de violences. Il aurait également été un facteur aggravant de situations violentes préexistantes.

Dans ce contexte, il est donc important de repérer efficacement les violences.

### **3. L'INTERET DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE**

Plusieurs études ont été menées dans les années 2000 et montrent toutes les mêmes résultats. Les femmes parlent lorsque la question des violences est posée en consultation et sont même satisfaites d'être écoutées et de se voir proposer une aide.

---

<sup>2</sup> Numéro de la police

<sup>3</sup> Numéro européen

<sup>4</sup> Numéro dédié aux signalements

Dans une étude menée par le Dr Gilles Lazimi en 2007, la question des violences a été posée à 557 patientes par 51 médecins et 2 sages-femmes et 63% d'entre elles ont déclaré avoir subi des violences dont 90% en parlaient pour la première fois (46).

D'autres études ont ensuite été menées par des conseillères conjugales, des sages-femmes et des médecins dans le cadre de leur mémoire/thèse de fin d'études et dans chacune d'entre elles, la majorité des femmes déclarent avoir été victimes de violences (46).

*« Les patientes peuvent enfin parler, être écoutées, reconnues comme victimes et mises en relation avec le réseau de soutien dont elles ont besoin. Le praticien peut faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Le dialogue devient possible et favorise la réflexion »* écrit le Dr Gilles Lazimi (47).

Cependant, les professionnels médico-sociaux restent trop peu à poser la question systématiquement lors de leur consultation. Pour quelles raisons ?

En 2014, plusieurs obstacles au dépistage ont été retrouvés dans une enquête menée auprès de médecins généralistes (48).

Les premiers sont intrinsèques aux violences conjugales elles-mêmes. Il est noté l'absence de reconnaissance du problème médical, mais aussi, que la violence n'existe que dans certaines cultures. Nous retrouvons également le fait que ce soit du domaine du privé et que l'échantillon de personnes ayant subi des violences conjugales est trop faible.

D'autres obstacles ont été retrouvés en rapport avec la victime et les représentations que l'on en a. La responsabilité des victimes, co-responsables des violences en serait un. Le fait qu'elles ne parlent pas, qu'une prédisposition, dite transgénérationnelle, existe, la peur des représailles, que la patiente ne vienne pas seule en consultation ou encore la barrière de la langue seraient plusieurs facteurs pouvant empêcher un dépistage optimal.

Enfin, les derniers obstacles que nous pourrions retrouver sont associés aux professionnels de santé. En effet, encore beaucoup de professionnels méconnaissent la problématique des violences conjugales aussi et ont peur de la réaction des patientes, de mettre le doigt sur une situation de violence dont la patiente ne se plaignait pas au départ, peur de ne pas pouvoir les aider et d'être impuissant et démuni face à la situation.

Il est aussi décrit qu'une absence de formation initiale et/ou continue à ce sujet les empêcherait de poser la question ou encore que certains professionnels de santé banalisent et minimisent le problème par méconnaissance de la problématique et des conséquences des violences conjugales (48).

Pour essayer de palier à cela, la HAS a publié en 2019 des recommandations de bonne pratique. Concernant le repérage, elle décrit qu'il est de bonne pratique de mettre des affiches et brochures sur les violences faites aux femmes dans les salles d'attente (42).

Elle explique également que le repérage systématique et précoce est indispensable « *car les faits de violences s'aggravent et s'accélèrent avec le temps* » comme nous avons pu le voir précédemment (cf. partie 1.2 relatif au cycle de la violence).

Cependant, parfois la patiente ne répond pas favorablement à la question posée, mais un doute subsiste sur d'éventuelles violences au sein du couple. Dans ce cas, la HAS recommande de ne pas insister, afin de lui laisser le temps de cheminer, ainsi que d'indiquer les différentes possibilités de prise en charge si la patiente souhaite plus tard y avoir recours. Les éléments de doute doivent être notés dans le dossier médical.

#### **4. PRISE EN CHARGE**

La première étape de la prise en charge est donc l'écoute empathique des besoins de la femme victime tout en lui faisant prendre conscience de la situation qu'elle vit.

Pour cela, un outil peut être utile à tout professionnel pouvant être amené à repérer et à prendre en charge des situations de violences conjugales. Cet outil est le violentomètre (cf. Annexe II : Le violentomètre). Il a été lancé par la mairie de Paris fin 2018 et a ensuite été remanié par le Centre Hubertine Auclert luttant pour l'égalité hommes-femmes.

Il reprend, sous forme de règle, ce qui relève de la violence. Il évalue également via un code couleur le niveau de danger auquel la femme peut être exposée.

Il convient ensuite de se préoccuper de la présence d'enfants au domicile conjugal et d'informer des conséquences et du danger de la violence conjugale sur les enfants, en rappelant aux femmes qu'un enfant témoin est un enfant victime de maltraitances (42).

Un rappel de la loi est également recommandé par la HAS. En effet, le professionnel doit encourager la femme à déposer plainte en lui indiquant qu'elle est parfaitement dans son droit en demandant de l'aide. Il convient de lui rappeler aussi qu'elle n'est pas seule et que l'unique responsable de cette situation est son conjoint (42).

Tout cela doit être effectué dans le respect des souhaits de la patiente, sans jamais la presser pour prendre une décision, ni porter de jugement sur ces choix.

Les professionnels prenant en charge les violences conjugales peuvent effectuer une information préoccupante en cas de danger immédiat pour la femme et/ou les enfants, qu'ils peuvent, dans certains cas, envoyer directement au Procureur de la République. Cela s'appelle un signalement.

#### **4.1 INFORMATION PREOCCUPANTE**

L'information préoccupante se fait seulement lorsque la vie de l'enfant ou de la femme est en danger imminent. Une fois rédigée, elle doit être envoyée à la *Cellule départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes* (CRIP) gérée par le Département ou directement au Procureur de la République. Cependant, certaines règles sont à respecter quant à l'écriture de ces informations, comme notamment la confidentialité et le secret professionnel.

A la suite de cette information, la cellule départementale la recevant effectue une évaluation de la situation. Cela se fait par les professionnels médico-sociaux du territoire, souvent une infirmière puéricultrice et une assistante sociale.

Cette évaluation déclenche soit un classement du dossier, soit une protection administrative, soit une protection juridique (49).

Un certificat médical peut être joint à cette information.

#### **4.2 CERTIFICAT MEDICAL**

Ce certificat médical peut être rédigé par un médecin ou une sage-femme. Il s'établit seulement sur demande de la patiente.

Plusieurs règles régissent sa rédaction. L'identité et les coordonnées professionnelles du médecin ou de la sage-femme doivent notamment figurer, ainsi que l'identité de la patiente, le lieu, la date et l'heure à laquelle il a été établi.

Il doit être lisible, précis et écrit au présent de l'indicatif. Le professionnel ne doit pas interpréter les faits. Il doit retranscrire avec justesse les déclarations faites par la patiente, entre guillemets.

Concernant l'examen clinique, le professionnel doit décrire de manière factuelle et précise les signes cliniques constatés. Des photographies peuvent être jointes au certificat.

Celui-ci ne doit en aucun cas violer le secret professionnel et doit être remis en main propre uniquement à la patiente. Le professionnel peut en garder une copie également (50).

L'Ordre National des sages-femmes propose un exemple de certificat médical (cf. Annexe III : Modèle de certificat médical).

La HAS recommande également d'informer les femmes victimes des aides associatives, judiciaires et sanitaires possibles.

### **4.3 ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES**

Au national, la FNSF gère les appels du numéro 3919, disponible 24h/24h depuis Août 2021. Elle tente d'aider les femmes victimes face à une justice qui prend que trop de temps pour prononcer un jugement favorable à leur demande. « *En 2001, la FNSF se dote d'une commission justice composée d'avocates, de salariées et/ou de militantes des associations adhérentes* » (51). Elle a également élaboré des revendications comme par exemple la création de brigades de police et de gendarmerie spécialisées dans les violences.

D'autres associations se sont développées au local afin de lutter contre les violences faites aux femmes.

En Seine-Maritime, nous retrouvons notamment le *Comité d'Action et de Promotion Sociale* (CAPS). Il organise dans les lieux défavorisés des actions afin de prévenir la marginalisation et aider à l'insertion sociale et/ou professionnelle.

Il existe aussi un *Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles* (CIDFF). Son rôle est d'écouter, de repérer et d'informer les femmes victimes de violences, de sensibiliser et former les professionnels en contact avec ces femmes (professionnels de la santé, travailleurs sociaux, police/gendarmerie...) et d'intervenir dans des établissements scolaires, entreprises ou autres établissements à des fins de prévention.

Enfin, l'association *Les Nids* permet la protection de l'enfance lors de violences intrafamiliales par exemple. Ils offrent un cadre de vie stable à l'enfant pendant son placement, une éducation, une inscription scolaire et activités extrascolaires et accompagnent les parents afin de les aider à se remobiliser dans l'éducation et la relation affective avec l'enfant.

En Seine-Maritime, l'Œuvre Normande des Mères « organise l'écoute et l'orientation des femmes accompagnées d'enfants, victimes de violences intrafamiliales » (cf. sitographie-ONM). Elle est en relation directe avec les trois associations citées précédemment afin d'accompagner au mieux ces familles.

Au Havre, l'association d'Aide aux Victimes par la Réparation et l'Entraide 76 (AVRE76) permet d'organiser des entretiens individuels afin d'accompagner les femmes victimes. Il existe également un Centre de suivi et de Prise en Charge des Auteurs de violences qui a pour objectif de prévenir la récurrence de la violence. Celui-ci est opérationnel depuis le 1er mars 2021 à la suite du Grenelle de 2019.

Au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf, une Équipe Mobile Hospitalière d'Aide aux Victimes de violences (EMHAVI) propose un accompagnement psychologique, social, et médical aux victimes avec notamment des consultations anonymes et gratuites. Cette équipe est composée d'un médecin urgentiste, d'une assistante sociale et d'un psychologue.

Les violences conjugales peuvent être intimement liées aux addictions du couple, comme nous avons pu le voir précédemment. Dans ce sens, il convient d'orienter les femmes victimes ayant des addictions vers des associations luttant contre cela. En Seine-Maritime, il existe douze Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), répartis sur Elbeuf, Rouen et le Havre.

#### **4.4 ORIENTATIONS POSSIBLES**

La HAS recommande également aux professionnels de s'entourer d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire.

Dans ce réseau, on peut retrouver les centres hospitaliers, le médecin traitant de la victime, les sages-femmes, les médecins d'unités médico-judiciaires, les psychologues, les centres de soins en psycho-trauma, les travailleurs sociaux tels que les assistants sociaux police gendarmerie, ou encore les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) se trouvant dans des centres médico-sociaux.

### **5. CENTRES MEDICO-SOCIAUX**

Nous n'avons retrouvé aucune référence dans la littérature sur l'organisation des centres médico-sociaux (CMS), c'est pourquoi nous avons effectué un entretien avec la

sage-femme coordinatrice au département. Elle nous a alors expliqué que l'organisation des CMS dépendait de chaque département et que les seules références qui existaient étaient des documents internes ne pouvant être divulgués au public.

Elle nous a notamment expliqué que le département de Seine-Maritime est divisé en cinq Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS). L'étendue de ces UTAS est définie par le nombre d'habitants. Ce dernier doit être équitable dans chacune d'entre elles.

89 CMS sont répartis en Seine-Maritime parmi ces UTAS et chaque commune a un CMS de rattachement.

Les CMS sont composés de deux services, un service social et un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), comprenant ainsi tous les professionnels nécessaires à la prise en charge des violences conjugales et intrafamiliales.

Le service social est notamment composé d'assistants sociaux, de secteur ou polyvalents.

## **5.1 ASSISTANTS SOCIAUX**

Les assistants de service social permettent la mise en œuvre d'actions visant à aider les personnes ayant des difficultés sociales ou socioprofessionnelles. Pour cela, ils recherchent les causes de ces difficultés et essaient de les prévenir et d'y remédier.

Ils travaillent en réseau avec les professionnels du secteur social, médico-social, éducatif, de l'emploi et de la santé.

Ils peuvent exercer leurs fonctions dans la fonction publique territoriale, d'État ou hospitalière, dans les établissements pénitentiaires, ainsi que dans les établissements et services médico-sociaux, par exemple, les centres médico-sociaux.

Le diplôme d'État d'assistant de service social s'obtient après trois ans de formation. Ces trois années sont séparés en semestre. A chaque validation de semestre, est affecté 30 crédits européens à l'étudiant.

La formation est divisée équitablement en une partie théorique et une partie pratique. La formation théorique comprend quatre modules. Dans le premier module intitulé « intervention professionnelle en travail social », est abordée les violences faites aux femmes. Le volume horaire de cet enseignement n'est pas précisé.

La formation pratique permet l'acquisition de compétences et l'approfondissement de celles acquises avec la formation théorique. Elle est conduite sous

la tutelle d'un référent professionnel. Ce dernier réalisera l'évaluation de l'étudiant lors de ses différents stages (52).

Les CMS sont également composés d'un service de PMI.

## **5.2 PMI**

### **5.2.1 L'INSTITUTION PMI**

Créée à la fin de la Seconde Guerre Mondiale par l'ordonnance du 2 Novembre 1945, le service de PMI a évolué en même temps que la société, sur le sujet de la famille notamment. D'abord créée afin de diminuer la mortalité infantile, il est maintenant question de prévention et de promotion de la santé, de la famille et de l'enfance.

*« Le service de PMI assure le traitement épidémiologique et permet la mise en place d'actions adaptées aux besoins mieux repérés des familles. (...) Les services de PMI deviennent alors de véritables services de santé publique » (53).*

La protection de l'enfance est, en effet, devenue un enjeu de santé publique énorme. Passer par l'enfant permettrait à l'État de réguler la famille, de changer radicalement les façons de pensées actuelles et donc de prévenir certains comportements, comme par exemple, la maltraitance (49).

Afin d'effectuer cette mission de protection, la PMI regroupe différents professionnels avec des compétences bien distinctes, qui collaborent pour un suivi au plus proche des besoins de la famille. D'abord constituée de médecins et d'assistants sociaux, la PMI comprend maintenant aussi des sages-femmes (SF), des puéricultrices, des auxiliaires de puériculture et des conseillères conjugales et familiales (CCF).

### **5.2.2 CONSEILLERES CONJUGALES ET FAMILIALES**

La formation au conseil conjugal se fait sur deux années. Elle comprend une formation théorique et une formation pratique. Les sujets d'apprentissage sont variés. Nous pouvons noter la sexualité, la contraception, les interruptions volontaires de grossesse, les maladies sexuellement transmissibles, les relations conjugales et familiales, ainsi que l'animation de réunions collectives sur le thème de la vie sexuelle et affective notamment auprès des jeunes.

Les interventions sur le thème de la vie sexuelle et affective commencent dès l'entrée des enfants à l'école primaire (54). Ces interventions sont organisées par des conseillères conjugales, ou encore des sages-femmes et doivent se faire au minimum trois fois par an, jusqu'à la fin du lycée (55).

Elles ont pour objectif de faire prendre conscience aux jeunes de ce qu'ils voient, entendent ou font, et de les faire se questionner sur certains sujets, tels que internet, la pornographie ou encore les violences envers les femmes. C'est donc une forme de prévention de la violence conjugale.

A la fin de sa formation, l'étudiant en conseil conjugal se voit délivrer une attestation de qualification au conseil conjugal et familial, soit une certification.

La fonction de conseiller conjugal et familial s'exerce dans le domaine de la vie affective et sexuelle. Il est notamment capable d'éducation à la sexualité et d'aider les couples dans des situations de conflits et/ou de violences conjugales/intrafamiliales.

Il intervient à la demande de la personne, du couple ou de professionnels, lors d'entretiens. Il revalorise l'estime de soi, favorise la réflexion et accompagne les personnes, cela dans le but de créer une véritable relation de confiance.

Il exerce notamment dans des centres de planification et d'éducation familiale. En Seine-Maritime, il en existe 32 dont 26 sont implantés au sein de CMS.

Le conseiller conjugal et familial peut également exercer en centres hospitaliers (56).

### **5.2.3 SAGES-FEMMES**

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies par le Code de la Santé Publique (57).

La sage-femme a pour compétence la surveillance physiologique de la grossesse, du post-partum et du suivi gynécologique de prévention, et, le dépistage de la pathologie.

Les sages-femmes participent également à des actions de santé publique. Les violences envers les femmes étant un problème de santé publique majeur, la sage-femme a donc pour mission « *la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes* » (58).

Cette mission prend tout son sens lors des entretiens prénataux précoces (EPP) s'effectuant au 4ème mois de grossesse, sachant que 40% des violences conjugales débutent lors de la grossesse (2).

L'EPP a été par le plan périnatalité de 2005-2007 et est devenu obligatoire depuis un an. L'EPP est assuré par une sage-femme ou un médecin, à domicile ou non.

*« Son objectif est de favoriser l'expression des femmes enceintes et des couples sur leurs préoccupations, afin de mieux les informer et si besoin les orienter vers les professionnels le plus proches, susceptibles de les aider et de les accompagner dans la période pré et postnatale pour une grossesse sereine » (53).*

L'EPP est un moment privilégié de dépistage des violences conjugales. Il est donc crucial de libérer la parole des femmes. La sage-femme doit, pour cela, établir une relation de confiance. Elle doit également être bienveillante, dans une démarche d'écoute active, claire dans ses propos, et assurer une confidentialité.

Les études de sages-femmes sont composées de deux cycles, un premier correspondant au niveau licence et un deuxième correspondant au niveau master (59).

A la suite du deuxième cycle, est délivré le diplôme d'Etat de sage-femme.

La formation initiale comporte un tronc commun, composé d'unités d'enseignements obligatoires ainsi que d'autres librement choisies par l'étudiant, et, une formation clinique composée essentiellement de stages.

Parmi les objectifs de l'unité d'enseignement de gynécologie, nous retrouvons l'acquisition de compétences en terme d'éducation à la sexualité. Les violences faites aux femmes sont comprises dedans, et notamment la prévention, le dépistage et les démarches de protection des victimes.

A l'école de Rouen, étant la seule école en Seine-Maritime, la notion de violences faites aux femmes est abordée transversalement sur plusieurs unités d'enseignement. Une unité d'enseignement libre sur ce thème est également proposée.

La formation continue des sages-femmes comprend l'évaluation des pratiques professionnelles et l'approfondissement continu des connaissances.

Chaque sage-femme doit justifier d'une démarche de DPC sur une période de trois ans. Les formations de DPC sont proposées par le conseil national des sages-femmes. Ces formations sont en lien avec des actions de prévention dans le cadre de leurs compétences.

Des formations sur le sujet des violences conjugales peuvent donc leur être proposées (60). Pour les sages-femmes territoriales, le département propose régulièrement des formations, que ce soit sur le thème des violences conjugales ou sur d'autres thèmes. Ces formations de DPC sont proposées à toutes les sages-femmes, qu'elles soient salariées ou en libéral.

Les sages-femmes territoriales travaillent en réseau avec les autres sages-femmes, libérales et hospitalières, mais aussi avec les autres professionnels présents en PMI.

Elles ont pour mission le dépistage et l'accompagnement des femmes à risques médico-psycho-sociaux. En effet, le public cible de la PMI est la famille en situation de vulnérabilité et donc le plus souvent en situation de précarité, la précarité étant elle-même un facteur aggravant de violences conjugales.

A cette fin, la sage-femme de PMI réalise un suivi médico-psycho-social de la femme enceinte. Elle prévient, dépiste et prend en charge les addictions et les violences. Elle repère les dysfonctionnements du lien mère-enfant, lui permettant ensuite de prévenir la maltraitance.

Elle travaille en réseau avec ses collègues et leurs partenaires et exploite également les déclarations de grossesse, transposant certains facteurs de risque de situation de vulnérabilité, pour lesquels elle peut imposer une visite à domicile.

# ETUDE

## **1. MATERIEL ET METHODE**

### **1.1 PRESENTATION DE L'ETUDE**

#### **1.1.1 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES**

Malgré la mise en place de dispositifs de prévention, le nombre des violences conjugales ne diminue pas. Ceci nous amène à nous interroger au sujet de leur repérage et, plus spécifiquement, du dépistage de ces violences au niveau local, en Seine Maritime.

Les interrogations que nous avons sont les suivantes. Quelle est la pratique de dépistage des violences conjugales par les professionnels médico-sociaux ? Quels sont les obstacles à ce dépistage que nous pouvons retrouver ? Quels pourraient être les leviers à ces obstacles ?

Notre question de recherche permettant d'inclure ces interrogations est « *Comment améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales ?* ».

Nous émettons trois hypothèses afin de répondre à cette question.

Un repérage et une prise en charge efficaces des violences conjugales passent par le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels médico-sociaux.

Les Centres Médico-Sociaux sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales.

Le repérage systématique lors de chaque consultation est plus efficace que le repérage ciblé sur facteurs de risque.

#### **1.1.2 OBJECTIF DE L'ETUDE**

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence des pistes d'amélioration quant au repérage et à la prise en charge des violences conjugales. Cela permettrait également de nous interroger sur les actions de prévention qui pourraient être susceptibles d'être mises en place afin de dépister davantage de situations de violences et de diminuer le nombre de celles-ci.

### **1.1.3 POPULATION ETUDIEE**

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi d'étudier les violences conjugales du point de vue des professionnels les repérant et les prenant en charge.

Ces professionnels sont notamment les sages-femmes, ainsi que les conseillères conjugales et familiales, s'interrogeant sur le fonctionnement du couple, et les assistantes sociales, informant sur les prestations sociales pouvant être mises en place par la suite.

Ces trois types de professionnels sont retrouvés dans les centres médico-sociaux. Nous avons donc interrogé, par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, des sages-femmes, des conseillères conjugales et familiales, et des assistantes sociales, travaillant dans ces centres, en Seine-Maritime.

### **1.1.4 ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Afin de les interroger uniformément, nous avons élaboré une trame d'entretien (cf. Annexe IV : Grille d'entretien). Elle a été créée à partir d'octobre 2021 et validée en décembre 2021 par notre directeur et notre guidante de mémoire. Cette trame a été élaborée avec des questions majoritairement ouvertes permettant à chaque type de professionnels de répondre librement. Elle recouvre plusieurs thèmes tels que la formation initiale et continue des professionnels médicaux et sociaux, le repérage des violences conjugales, la prise en charge de celles-ci et la place des CMS dans le repérage et la prise en charge.

Dans l'intention d'établir un premier contact avec chacun des types de professionnels mentionnés précédemment, nous avons envoyé un mail en octobre 2021 à la responsable de la cellule maïeutique et conseil conjugal au sein du Département de Seine-Maritime. Nous lui avons fait part des critères d'inclusion des professionnels dans notre échantillon, à savoir que chacun d'entre eux travaille au sein d'un centre médico-social en Seine Maritime. Préalablement, nous avons fixé le nombre de professionnels soit quatre professionnels par type de profession. Après avoir obtenu l'accord de chaque professionnel, elle nous a recontacté par mail avec leurs noms et leurs adresses mail respectives.

Nous les avons contactés par mail, après validation de notre trame d'entretien. Un premier contact a pu être établi avec neuf d'entre eux. Nous avons relancé les trois autres

professionnels par mail pour certains, par téléphone pour d'autre, sans succès. Ils comprenaient une assistante sociale et deux conseillères conjugales et familiales.

Nous avons alors pris la décision de demander, à la fin de certains entretiens, le nom d'autres professionnels médico-sociaux ainsi que leur mail afin de pouvoir les contacter. Par ce biais-là, nous avons pu contacter avec succès deux autres professionnels, dont une conseillère conjugale et familiale et une assistante sociale.

In fine, notre échantillon est composé de quatre conseillères conjugales et familiales, quatre sages-femmes et trois assistantes sociales travaillant dans des centres médico-sociaux de Seine-Maritime.

## **1.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE**

### **1.2.1 FAISABILITE DE L'ETUDE**

Afin d'évaluer la faisabilité de notre étude et de déterminer une durée moyenne d'entretien, nous avons effectué un test de notre trame auprès de chaque type de professionnels participant à notre étude.

Trois entretiens dits test ont donc été réalisés du 28 décembre 2021 au 12 janvier 2022, en visioconférence pour l'un d'entre eux et en présentiel pour les deux autres. A la suite de ces entretiens test, nous avons modifié notre trame.

En effet, des informations notamment sur l'organisation des différents CMS nous semblaient indispensables dans la réalisation des entretiens afin de mieux comprendre les conditions de travail de chacun des professionnels interrogés. De plus, des informations concernant la formation initiale et continue sur le repérage et la prise en charge des violences nous manquaient afin de pouvoir infirmer ou confirmer notre première hypothèse.

La durée moyenne de chaque entretien a alors été estimée à 30 minutes.

### **1.2.2 REALISATION DES ENTRETIENS**

Les entretiens semi-directifs des trois sages-femmes, des trois conseillères conjugales et familiales et des deux assistantes sociales de notre échantillon (n = 8) ont été effectués du 24 janvier 2022 au 3 mars 2022. Leur durée varie de 19 minutes à 52 minutes, ce qui équivaut à une durée moyenne d'entretien de 33 minutes. Ils ont été

réalisés pour sept d'entre eux par visioconférence. Le huitième a dû se faire par appel téléphonique par manque de connexion Internet.

Au début de chaque entretien, l'accord des participants a été demandé pour enregistrer les échanges afin de pouvoir ensuite les retranscrire à l'écrit. L'objectif de l'étude et les formalités de l'entretien ont également été rappelés.

Les caractéristiques des entretiens ont été reportées sous forme de tableau dans le livre III : Analyses longitudinales et transversales.

Ces entretiens sont retranscrits dans le livre II : Transcriptions.

### **1.2.3 ANALYSE DES ENTRETIENS**

Afin d'uniformiser l'analyse de ces entretiens, nous avons élaboré une grille d'analyse vierge à partir de la trame d'entretien. Chaque entretien a été analysé de manière longitudinale puis l'ensemble des entretiens a été analysé transversalement.

Pour l'analyse transversale, nous avons séparé les huit entretiens d'après la formation de chacune des personnes interrogées afin d'analyser les propos des professionnels issus d'une même formation. Trois analyses transversales ont donc été réalisées, une pour les sages-femmes, une pour les conseillères conjugales et familiales, et une dernière pour les assistantes sociales.

Cela fera ressortir, par la suite, les divergences et les points communs dans le repérage et la prise en charge des violences entre les différents types de professionnels, et par extrapolation, de faire émerger des pistes d'amélioration.

Toutes ces analyses sont reportées dans le Livre III : Analyses longitudinales et transversales.

### **1.2.4 RESULTATS ET DISCUSSION**

A partir de ces tableaux d'analyse, nous allons reprendre les résultats bruts pour chacune des questions posées pendant l'entretien puis nous les discuterons en les comparant avec la revue de la littérature.

Afin d'améliorer la compréhension des résultats et de les rendre plus visuels, nous avons réalisé des nuages de mots avec le site [nuagedemots.fr](http://nuagedemots.fr), qui reprennent les mots clés utilisés par les professionnels interrogés. Ces derniers sont de tailles différentes selon le nombre de fois où ils ont été cités. Par exemple, si le mot « suivi » a été cité cinq fois et

le mot « équipe » deux fois, le mot « suivi » apparaîtra plus gros que le mot « équipe » dans le nuage.

## 2. RESULTATS

### 2.1 PROFIL DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX

	Année de diplôme ou certification	Nombre d'années d'exercice en CMS
Sage-femme A	1990	17 ans
Sage-femme B	2017	5 ans
Sage-femme C	1996	8 ans
Conseillère Conjugale et Familiale A	2000	18 ans
Conseillère Conjugale et Familiale B	2010	12 ans
Conseillère Conjugale et Familiale C	2011	18 ans
Assistante Sociale A	2007	15 ans
Assistante Sociale B	1998	22 ans
Moyennes	19 ans de diplôme	14 années

Tableau 1 : Profil des professionnels médico-sociaux (n = 8)

En moyenne, les professionnels de notre échantillon ont 19 ans d'expérience dans leurs professions respectives. En effet, elles ont été diplômées de 1990 à 2017.

Concernant leur arrivée en CMS, ces professionnels sont en moyenne depuis 14 ans à leur poste actuel. 62,5% d'entre elles ont plus de 14 ans d'expérience en CMS. Nous pouvons donc affirmer que notre échantillon est composé de professionnels confirmés ayant de l'expérience en CMS.

Parmi les trois sages-femmes interrogées, deux d'entre elles ont d'abord travaillé à l'hôpital, que ce soit dans le domaine public ou privé, avant d'exercer en CMS. La troisième a commencé en CMS dès la sortie du diplôme.

Les conseillères conjugales et familiales interviewées ont toutes commencé à travailler au département dès l'obtention de leur certification. Elles ont également toutes exercé une autre profession. La CCF C a notamment exercé la profession d'assistante sociale pendant 13 ans avant de devenir conseillère conjugale et familiale.

En ce qui concerne les assistantes sociales, elles ont toutes commencé à travailler au département dès l'obtention de leur diplôme, dans un premier temps en tant qu'assistante sociale polyvalente puis dans un secteur bien défini.

## **2.2 FORMATION INITIALE ET CONTINUE**

### **2.2.1 FORMATION INITIALE**

Les sages-femmes interviewées ont toutes déclaré avoir eu quelques notions sur les violences conjugales lors de quelques cours. L'une d'entre elles, étant diplômée en 1990, n'aurait pas eu les mêmes notions que celles que nous connaissons actuellement, les violences conjugales étant encore un sujet un peu tabou à cette époque.

Deux des sages-femmes interrogées ont affirmé que leur formation initiale leur avait fait défaut dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales. La SF C, ayant travaillé dans un dispensaire à Mayotte un an après le diplôme, explique que « *ta priorité c'est de savoir si ta patiente elle va accoucher dans ton dispensaire ou dehors dans la brouette* » (9 : SF C). Elle n'a donc pas été mise en difficulté pour les prendre en charge, puisqu'elle a eu « *l'impression qu'en fait c'est venu progressivement* » (9 : SF C).

Deux des trois conseillères conjugales et familiales interrogées ont affirmé avoir eu quelques notions sur les violences conjugales lors de leur formation initiale. La dernière n'a pas « *mémoire qu'on (les) forme là-dessus* » (4 : CCF C).

Toutes n'ont pas été mises en difficultés après leur certification, pour repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. La CCF C le justifie par le fait qu'elle ait travaillé cette problématique « *de mon propre chef quand j'étais assistante sociale* » (6 : CCF C) ainsi qu'avec des formations.

Les deux assistantes sociales interviewées ont déclaré n'avoir eu que quelques notions sur les violences conjugales lors de leur formation initiale. Elles affirment que leur formation initiale leur a fait défaut dans le repérage et la prise en charge de celles-ci. L'AS A complète sa réponse en ajoutant « *qu'on se forme sur le terrain avec les partenaires, avec les situations* » (8 : AS A) et que ça n'est « *pas suffisant* » (8 : AS A).

### **2.2.2 FORMATION CONTINUE**

Les SF A et B ont effectué des formations sur le thème des violences conjugales lors de leur carrière qui les ont aidées par la suite dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes. La SF C a effectué son mémoire de DIU de gynécologie sur les violences conjugales. Cela lui a permis de « *rencontrer, pour des entretiens, tous les partenaires* » (13 : SF C), ce qui l'a aidé par la suite.

Les CCF B et C affirment avoir effectué des formations pendant leur carrière qui l'ont aidées dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales. La CCF A n'a pas souhaité en faire et ne le souhaite toujours pas parce qu'elle a « *trop appris sur le terrain* » (10 : CCF A) du fait de sa longue carrière en CMS.

Concernant les assistantes sociales, elles ont toutes deux effectué des formations qui les ont aidées dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes. L'AS B a également effectué « *un diplôme universitaire sur les violences faites aux femmes* » (10 : AS B) en 2020.

### **2.3 EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Toutes les sages-femmes interrogées affirment avoir rencontré des situations de violences, conjugales ou non, « *au quotidien, 3 à 4 fois par jour* » (10 : SF A) pour la SF A. Elle ajoute même « *je suis à peu près sur les consultations, à deux tiers des patientes qui ont été ou sont victimes de violences conjugales* » (10 : SF A). Lorsque la SF B demandait à ses patientes si elles avaient déjà vécu des situations de violences, conjugales ou non, elle avait « *90% de "oui"* » (14 : SF B).

A la question « *Avez-vous déjà rencontré des situations de violences conjugales dans votre carrière ?* », la SF C a répondu très spontanément « *je travaille en PMI, j'en ai tous les jours !* » (15 : SF C).

Les conseillères conjugales et familiales déclarent avoir reçu de nombreuses femmes victimes de violences principalement en CMS. La CCF B ajoute que « *c'est la majorité des entretiens qui sont autour de la violence conjugale, intrafamiliale* » (12 : CCF B).

Les deux assistantes sociales certifient avoir beaucoup de situations. L'AS B affirme que « la plupart de (s)es accompagnements, au moins un sur deux, tournent autour » (12 : CCF B) des violences conjugales, intrafamiliales.

## 2.4 SIGNES DE VIOLENCES

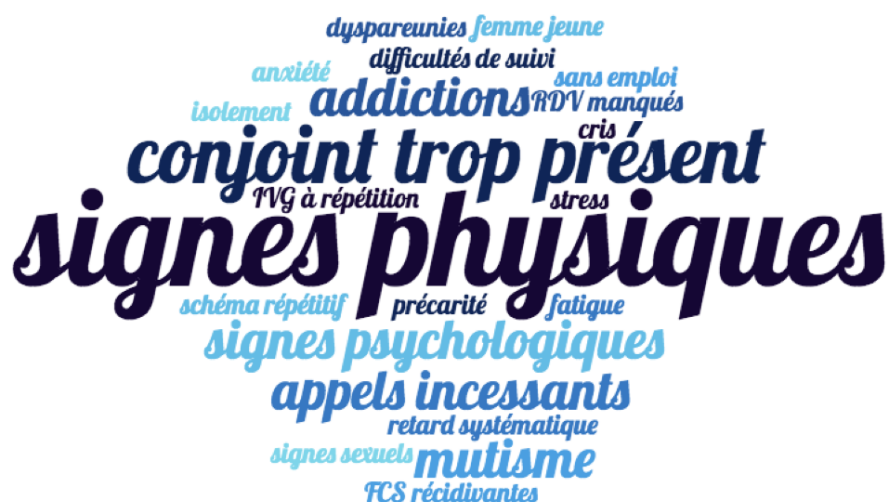


Figure 1 : Signes de violences retrouvés en consultation

Les sages-femmes ont abordé cette question d'une manière beaucoup plus médicale alors que les professionnels du social l'ont abordé plutôt par l'observation des signes de violences non verbaux. Les sages-femmes décrivent notamment comme signes d'appels les IVG à répétition, les FCS récidivantes, les dyspareunies, les patientes déprimées, les difficultés de suivi...

Les CCF décrivent, quant à elles, les violences physiques et sexuelles ainsi que la manipulation et l'humiliation par le conjoint. La CCF C décrit notamment « une posture complètement mutique, complètement effacé, qui à aucun moment va pouvoir s'autoriser à dire quoi que ce soit » (14 : CCF C).

Les AS évoquent le positionnement de la femme en entretien, si les victimes ont un emploi ou non, qui s'occupe du budget à la maison, le schéma répétitif de la violence d'un homme à un autre.

Deux des professionnels interrogés abordent également les addictions dans le couple en expliquant que « *l'alcool c'est souvent un symptôme, un alibi* » (24 : CCF B). C'est un déclencheur de violences physiques mais les violences psychologiques sont souvent déjà présentes avant même l'alcool.

En définitif, les professionnels médico-sociaux connaissent les signes d'appels même si le plus souvent aucun n'est présent comme l'explique l'AS B en disant « *je pense que tu as des femmes qui d'apparence on ne voit rien et quand tu poses la question, tu t'aperçois qu'elles ont été ou qu'elles sont victimes de violences* » (16 : AS B).

## **2.5 REPERAGE**

Les sages-femmes repèrent toutes de manière systématique, à chaque consultation, les violences conjugales. La SF B ajoute « *j'ai fait ça systématiquement au mois de juin. (...) Et j'avais 90% de "oui" en fait. Donc après c'était des violences, des agressions, des viols qui n'étaient pas forcément conjugaux. Mais il y avait beaucoup beaucoup de violences conjugales* » (14 : SF B). Cependant, elle ne le fait que quand elle en a le courage parce que, parfois, la charge mentale est trop importante.

Les CCF et les AS repèrent pour trois d'entre elles sur facteurs de risque. La CCF A explique notamment qu'elle ne pose jamais la question parce que « *le travail de conseillère conjugale (...) c'est d'amener l'autre à prendre conscience de ce qui se passe dans son couple* » (18 : CCF A) et que « *ce n'est pas à nous de lui dire quoi faire et comment vivre sa vie de couple* » (18 : CCF A). Elle pense également « *qu'une femme qui va vous dire non, elle va vous dire non même si elle en vit des violences* » (22 : CCF A).

L'AS A explique l'importance du non verbal et de « *la posture de la femme* » (20 : AS A).

La CCF C pense que le repérage systématique est une violence de plus pour les femmes victimes. En effet, pour elle, « *tu ne peux pas de but en blanc, comme ça, dire "est ce que vous subissez des violences conjugales ?" C'est comme si, une personne qui a été violée, violentée, tu vas lui dire "mais vous avez subi un viol ?". C'est d'une violence* » (16 : CCF C).

La CCF B repère de manière systématique mais par des questions indirectes « *est ce que ça se passe bien ? Tout va bien dans votre couple ?* » (18 : CCF B).

Quant à l'AS B, elle pose la question systématiquement. Elle ajoute également « *je pense que tous les professionnels qu'on travaille dans le social ou dans la santé doivent systématiquement poser la question à toutes les femmes qu'ils rencontrent et pas attendre de voir les signes visibles ou de se dire peut-être qu'elle est victime parce que là, il y a une marque* » (16 : AS B).

## 2.6 AXES D'AMELIORATION



Figure 2 : Axes d'amélioration du repérage et de la prise en charge des violences

La moitié des professionnels interrogés pensent qu'il faut davantage de formations sur le thème des violences conjugales que ce soit dans la formation initiale ou pendant la carrière.

La CCF C explique notamment que « *les formations, elles doivent être régulières* » (18 : CCF C) et ajoute qu'elles devraient s'étendre « *au sein de notre institution, au sein du gouvernement, au sein de... à l'école* » (18 : CCF C). En effet, elle pense que les enfants sont déjà dans une forme de violence entre eux, en particulier lorsqu'ils pointent du doigt les différences de chacun par des moqueries, et qu'il faut donc enrayer le phénomène de violence dès le plus jeune âge. Pour elle, « *c'est une question de base, d'éducation* » (18 : CCF C).

Le travail éducatif est donc le deuxième axe d'amélioration proposé par les professionnels. La SF C image cela en disant « *si tu fais croire à ton fils qu'il a tous les*

*droits parce qu'il a des couilles, et que sa sœur, elle est juste bonne à débarrasser la table après le repas bah évidemment que déjà, ça commence mal, et pour l'un, et pour l'autre donc je pense que c'est un long travail éducatif* » (21 : SF C).

La CCF B pense également « *qu'il faut prévenir dès le plus jeune âge* » (22 : CCF B) notamment lors des interventions au collège dans les classes de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>, qu'elle effectue dans le cadre de ses missions de CCF.

Le troisième axe d'amélioration proposé par les professionnels est le questionnement systématique lors des entretiens. En effet, trois des professionnels interrogés pensent qu'il faut poser la question des violences à chaque consultation. La SF B explique également qu'il faut poser la question systématiquement mais surtout « *en ayant de meilleures conditions de travail dans le médical parce que (...) quand (elle a) une patiente toutes les 30 minutes et qu'(elle) leur pose à toutes la question et qu'elles (lui) répondent à 90% oui (...)* » (20 : SF B), elle a plus le courage de le refaire à cause de « *la charge que ça implique derrière* » (20 : SF B).

Le temps de consultation est donc également un critère d'amélioration du repérage pour deux des professionnels interrogés, dont une SF et une AS.

L'AS B propose également de « *travailler sur les représentations de chacun, sur la place de la femme depuis des années, de travailler aussi sur plus d'égalité entre la femme et l'homme* » (18 : AS B).

La SF C aborde aussi les affiches en salle d'attente et même dans les toilettes. Elle pense en effet qu'« *elles n'oseront peut-être pas prendre en photo le numéro d'appel mais que dans les toilettes, elles peuvent le photographier* » (21 : SF C). La CCF B pense également que les affiches en salle d'attente « *ça marche bien* » (22 : CCF B).

Le dernier axe d'amélioration abordé par les professionnels est le réseau. La SF A explique notamment qu'« *il faut qu'il y ait un réseau qui se crée, c'est-à-dire qu'on ne peut pas rester en tant que sage-femme toute seule avec des violences conjugales* » (22 : SF A).

## **2.7 COVID ET VIOLENCE**

La SF A affirme avoir eu plus de situations de violences conjugales pendant la période du COVID-19. La SF B déclare « *je n'ai pas eu trop de recul sur la situation de ce secteur-là* » (24 : SF B) parce qu'elle a « *changé de boulot juste au moment... 6 mois avant le COVID* » (24 : SF B). La SF C affirme n'avoir pas eu davantage de situations de violences conjugales mais des situations « *plus dégradées et aussi des femmes plus isolées* ».

Les CCF A et C affirment avoir eu plus de violences conjugales au retour du confinement. La CCF C le justifie en disant que la femme « *vi(t) H24 avec la personne qui elle du coup ne peut plus sortir de chez elle etc, et donc ça renforce aussi le seuil d'intolérance de la personne qui est violente* » (20 : CCF B). La CCF B, au contraire, n'a « *pas eu l'impression qu'il y en ait eu plus* » (26 : CCF B) et l'explique par le fait qu'« *il était dans le contrôle* » (26 : CCF B), la femme ne sortait plus et donc « *il ne s'énervait pas* ».

L'AS A déclare qu'« *il y a eu un peu plus de situations, quand même* » (28 : AS A), et de « *femmes qui se sont séparées après* » (28 : AS A) le premier confinement. L'AS B n'a pas constaté d'augmentation du nombre de situations de violences conjugales et a même observé pour certaines femmes que « *ça a été quelque chose de positif du fait justement du confinement qui permettait de ne pas pouvoir sortir donc d'éviter d'être confronté à nouveau avec son agresseur* » (20 : AS B).

En définitif, 50% des professionnels médico-sociaux interrogés déclarent avoir eu plus de situations de violences conjugales. Quant aux 50% restants, ils affirment qu'il n'y a eu aucune augmentation de situations de violences, mais des bénéfiques pour certaines femmes ou des situations davantage dégradées pour d'autres.

## **2.8 PRISE EN CHARGE DE LA VIOLENCE**

La prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes se fait notamment par un travail psychologique avec un rappel à la loi et en essayant de faire prendre conscience aux femmes des violences qu'elles vivent. L'une d'entre elles utilise également le violentomètre.

Les conseillères conjugales et familiales font de même. Et deux d'entre elles rappellent que les enfants sont eux aussi victimes à partir du moment où ils sont témoins des violences, dans le but de créer un électrochoc chez les femmes victimes de violences. En effet, créer cet électrochoc permettra, selon ces deux professionnels, d'aider les femmes à prendre la décision de partir du domicile pour se protéger et protéger leurs enfants.

Les assistantes sociales essaient également de faire prendre conscience de la violence aux femmes victimes. L'AS A évalue ce que la femme envisage par la suite, si elle a besoin d'un juriste, si un relais familial est possible et, trouve un hébergement si elle doit partir rapidement.

Les professionnels médico-sociaux ont identifié comme associations partenaires AVRE76, Terra Psy et Nautilus, le PAVIF, le CIDFF, le CASA, le CAPS, l'ONM, le CADA, l'ASAE, le réseau VIF et EMHAVI.

Ils ont considéré les professionnels présents dans le CMS, les assistantes sociales police gendarmerie, les avocats et les juristes comme des personnes ressources vers qui ils peuvent orienter les femmes victimes afin de les aider dans leurs démarches.

Toutes les sages-femmes interrogées ont déjà effectué des informations préoccupantes dans leur carrière. Seule une conseillère conjugale et familiale n'en a jamais fait parce que c'est la sage-femme qui s'en charge en cas de besoin. Concernant les assistantes sociales, l'AS A en a déjà écrite. L'AS B explique qu'elles sont « *habilitées à répondre à des informations préoccupantes, donc faire des évaluations psychosociales* » (23 : AS B) dans le cadre de leur mission d'assistante sociale mais n'a pas spécifié en avoir déjà rédigé.

Parmi tous les professionnels médico-sociaux, seules deux conseillères conjugales et familiales ont déclaré n'avoir jamais fait de signalement pour violences conjugales. Parmi celles-ci, la CCF C a affirmé en avoir déjà effectué mais « *dans le cadre d'une suspicion d'agression sexuelle sur enfant, pas dans le cadre de violences conjugales* » (28 : CCF C).

En revanche, parmi les professionnels médico-sociaux en ayant déjà effectué, trois ont spécifié que la hiérarchie leur interdisait de les envoyer directement au Procureur de

la République. L'AS A explique notamment « *on signale à nos responsables qui envoient au Procureur de la République. Moi, je ne signale jamais directement, je n'ai pas le droit, au Procureur de la République* » (42 : AS A). Ceci est également vrai pour les sages-femmes. En effet, les professionnels médico-sociaux doivent d'abord l'envoyer au Département avant que celui-ci soit transmis au Procureur de la République.

## **2.9 ORGANISATION DES CMS ET RÔLE DES PROFESSIONNELS**

La majorité des professionnels médico-sociaux interrogés travaille dans des CMS comprenant plusieurs types de professionnels dont notamment des gynécologues, des médecins pédiatres, des assistantes sociales, des sages-femmes, des infirmières puéricultrices, des conseillères conjugales et familiales, et des secrétaires.

Les sages-femmes se retrouvent à l'unanimité dans le repérage et dans la prise en charge des violences conjugales. La SF B ajoute « *comme on sait que c'est pendant la grossesse majoritairement que ça débute, bah forcément on a un grand rôle là-dessus* » (30 : SF B).

Les conseillères conjugales et familiales se situent à l'unanimité dans la prise en charge des femmes victimes plutôt que dans le repérage.

L'AS A affirme se situer dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales tandis que l'AS B se situerait plutôt dans la prise en charge.

## **2.10 ENDROIT PROPICE**

100% des professionnels interrogés pensent que les CMS sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales.

A la question « *Pourquoi vous pensez cela ?* », ils ont répondu :

**Suivi**  
*Femmes de tout âge*  
*Partenaires bien repérés*  
**Plus de temps**  
**Travail en équipe**  
**Toujours présent**  
*Relation de confiance*  
*Petite enfance*  
*Visites à domicile*  
*Prévention*

Figure 3 : Arguments

En effet, les professionnels de santé pensent que les CMS sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales parce qu'ils réunissent tous les professionnels indispensables à la prise en charge initiale des femmes victimes. La CCF C ajoute « *quand elle rentre dans un centre médico-social, la prise en charge elle peut être dans le ici et maintenant* » (32 : CCF C).

La SF C pense également que les partenaires qui gravitent autour des CMS sont « *très bien repérés, ce qui est plus difficile quand tu es au CHU* » (32 : SF C), raison pour laquelle le CMS est un endroit propice.

Les sages-femmes l'argumentent aussi par le temps de consultation plus élevé en CMS plutôt qu'en centre hospitalier ou en libéral. La SF C ayant un passé en centre hospitalier explique notamment qu'« *en PMI, on a des temps de consultations qui sont beaucoup longs* » (32 : SF C). De même, elle indique que le fait de pouvoir aller à domicile est un plus dans le repérage. En effet, « *à domicile, on voit des choses qu'on ne voit pas sur une consultation de vingt minutes à l'hôpital* » (32 : SF C).

Le mot « suivi » apparaît dans cette figure parce que les professionnels interrogés estiment qu'un suivi des femmes au long cours est davantage possible en CMS que dans d'autres structures telles que les centres hospitaliers.

La PMI a notamment pour mission la protection de l'enfance et la prévention, c'est aussi pour cette raison que les professionnels pensent que c'est un endroit propice au repérage.

## DISCUSSION

Notre problématique est la suivante « *Comment améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales ?* ». Afin d'y répondre, nous avons commencé par effectuer des entretiens semi-directifs que nous avons, par la suite, analysés. Cela nous a permis de mettre en évidence les grandes idées de ces entretiens.

Nous allons maintenant reprendre chaque hypothèse, argumenter avec les données recueillies lors des entretiens pour confirmer ou infirmer chacune d'entre elles.

### **1. UN REPERAGE ET UNE PRISE EN CHARGE EFFICIENTES DES VIOLENCES CONJUGALES PASSENT PAR LE RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX**

#### **1.1 UN RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE NECESSAIRE**

La formation initiale des professionnels médico-sociaux prend en compte les violences conjugales. Cependant « *il n'y a pas de modules* » (4 : CCF C) ou d'unités d'enseignement intégralement consacré aux violences, leur formation abordant déjà énormément de sujets importants, comme l'explique une conseillère conjugale et familiale. Pour les sages-femmes, le suivi de grossesse, la contraception ou encore le suivi du travail et le post-partum occupent une place principale lors de la formation initiale et réduisent le temps d'enseignement qui pourrait être consacré aux violences conjugales. Les modules sont davantage axés sur la communication et la réflexion autour de la vie sexuelle et affective, pour les conseillères conjugales et familiales, et sur les aides sociales pour les assistants sociaux.

Ainsi, les formations de sages-femmes, de conseillères conjugales et familiales et d'assistantes sociales ne sont pas les mêmes, il en ressort donc des compétences différentes avec des approches différentes.

Le sujet des violences conjugales est donc noyé dans un flot d'informations. Cela représente pour ces professionnels « *des interventions ponctuelles* » (4 : AS A). L'AS A ajoute à cela « *on se forme sur le terrain par rapport aux violences conjugales* » (4 : AS A).

Nous pouvons donc admettre que les professionnels médico-sociaux ne sont pas suffisamment formés sur le sujet des violences conjugales pendant leurs études.

Afin de savoir si cela les a mis en difficulté, nous avons posé à ces professionnels la question suivante « *Avez-vous eu l'impression que votre formation initiale quant aux violences conjugales vous a fait défaut dans la prise en charge voire dans le repérage des victimes ?* ».

A cette question, la moitié des professionnels ont répondu « oui ». Quant à l'autre moitié, les professionnels expliquent qu'« *on ne cherche pas* » (9 : SF C) au départ parce que ça n'est pas la priorité. Une des conseillères conjugales interrogées explique ne pas avoir été mise en difficulté par sa formation initiale parce que « *toutes ces problématiques-là, je les ai travaillées, j'ai fait des formations pour* » (6 : CCF C), lorsqu'elle était assistante sociale, avant sa reconversion professionnelle.

Les professionnels ont donc pour moitié d'entre eux, été mis en difficultés en sortant des études pour repérer et prendre en charge les violences conjugales.

Cependant, certains professionnels interrogés ont été diplômés il y a plus de vingt ans et la majorité depuis plus de 14 ans. Cela peut donc comporter un biais dans notre étude, dans la mesure où les violences conjugales ont commencé à vraiment être médicalisées et à être décrites comme un problème de santé public majeur dans les années 2000. Leur formation initiale ne comprenait donc pas ou peu de notions sur les violences conjugales.

Ainsi, au regard des programmes de formations des différents professionnels et de leurs réponses lors de nos entretiens, nous pouvons confirmer le début de notre hypothèse « *un repérage et une prise en charge efficaces des violences conjugales passent par un renforcement de la formation initiale des professionnels médico-sociaux* ».

## **1.2 UN RENFORCEMENT DE LA FORMATION CONTINUE INDISPENSABLE**

Le conseil départemental propose régulièrement des formations sur des thématiques différentes aux professionnels médico-sociaux travaillant au sein de celui-ci. Les violences conjugales sont un des thèmes proposés par le département. Cependant, l'approche de ces formations n'est pas la même selon le thème proposé. En effet, les formations peuvent être en rapport avec les enfants victimes, avec le repérage, avec la

psychologie des violences... Ces formations sont très diverses, et des compétences différentes en ressortent.

Tous les professionnels interrogés ont fait des formations les ayant aidés dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales. Une sage-femme a même effectué son mémoire de fin d'études sur le thème des violences conjugales, ce qui lui a permis de « *rencontrer, pour des entretiens, tous les partenaires* » (13 : SF C). Une assistante sociale a également fait un diplôme universitaire sur les violences conjugales. Cependant, les compétences acquises, entre un professionnel effectuant une formation d'une journée, comparée à une formation par un DIU, ne sont pas les mêmes.

De plus, les professionnels connaissent les signes d'appel même si dans certaines situations, il n'y en a pas. Ils ont bien identifié les partenaires et savent comment prendre en charge les violences conjugales.

Nous pouvons donc admettre que les formations qu'elles ont effectué au cours de leur carrière respective leur ont été suffisantes.

Cependant, à la question « *d'après vous, comment pourrions-nous améliorer le repérage de ces violences ?* », les professionnels ont répondu pour quatre d'entre eux qu'il fallait « *un peu plus de formations* » (26 : AS B) sur le thème des violences conjugales (cf. Figure 2 : Axes d'amélioration dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales). Cela signifie donc que pour les professionnels, un rappel régulier est nécessaire pour prendre en charge et repérer efficacement les violences conjugales.

Dans ces conditions, nous pouvons confirmer la fin de notre hypothèse « *un repérage et une prise en charge efficaces des violences conjugales passent par un renforcement de la formation continue* ».

## **2. LE REPERAGE SYSTEMATIQUE LORS DE CHAQUE CONSULTATION EST PLUS EFFICACE QUE LE REPERAGE CIBLE SUR FACTEURS DE RISQUE**

Les études tendent à montrer que le repérage systématique est plus efficace que le repérage sur facteurs de risque. Malgré tout, ce dernier est encore trop peu utilisé sur le

terrain par manque de formation, ce qui est cohérent avec ce que nous venons de montrer (46).

Les professionnels repèrent les violences conjugales par question directe ou indirecte, systématiquement ou non. Tous, en revanche, tiennent le même discours. « *C'est la majorité des entretiens qui sont autour de la violence conjugale* » (12 : CCF B). Cela signifie que, même sur facteurs de risque, les professionnels repèrent les violences conjugales. Mais est-ce tout aussi efficace que le repérage systématique ?

Une sage-femme repérant les violences tantôt sur signes d'appel, tantôt systématiquement, vient répondre à cette question en disant « *j'ai fait ça systématiquement au mois de juin (...) et j'avais 90% de "oui"* » (14 : SF B) pour des violences conjugales, des viols, des agressions... Une assistante sociale ayant fait un diplôme universitaire sur le thème des violences conjugales explique qu' « *à partir du moment où j'ai commencé mon DIU et que j'ai posé la question systématiquement en entretien, j'ai que eu des situations comme ça* » (20 : AS B). Cela correspond aux résultats des études qui montrent que les femmes osent davantage parler de ce qu'elles vivent lorsque l'on pose la question systématiquement.

Cependant, à la question « ***comment pourrions-nous améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales ?*** », seulement trois professionnels sur huit ont répondu « *en posant la question systématiquement* » (18 : SF B), dont un ne la posant pas en temps normal. Cela signifie que, pour les cinq professionnels restants ne posant pas la question systématiquement, le fait de poser la question de façon systématique n'est pas une piste d'amélioration. Il semblerait qu'il pensent que le repérage sur facteurs de risque soit suffisant pour repérer les violences conjugales.

Ces cinq professionnels ne posent pas la question systématiquement pour plusieurs raisons. La première est en rapport avec « *la charge que ça implique derrière* » (20 : SF B). En effet, la SF B s'interroge en disant « *derrière, qu'est-ce que tu fais quoi ?* » (20 : SF B). Elle se demande quelle prise en charge proposer lors de consultations jugées trop courtes. La CCF B explique également qu' « *au début, je n'osais pas peut-être les poser (...) ça me gênait peut-être* » (18 : CCF B). Quant à la CCF C, elle ne pose pas la question parce qu'elle pense que « *c'est d'une violence* » (16 : CCF C) pour la femme victime, de poser la question de but en blanc.

Dans la littérature, une des raisons retrouvée est le manque de formation des professionnels, ce que notre étude a révélé précédemment. Une autre raison est la peur d'être impuissant et démuné face à la situation. Cette affirmation n'est ressortie qu'une unique fois dans notre étude.

Notre hypothèse est la suivante « *le repérage systématique lors de chaque consultation est plus efficace que le repérage ciblé sur facteurs de risque* ». Il semble que les éléments de notre étude ne nous permettent pas de confirmer ni d'infirmer cette hypothèse. En effet, les études le montrent mais, la réalité du terrain est que, même les professionnels médico-sociaux repérant uniquement sur facteurs de risque repèrent des situations de violences. En revanche, notre étude ne nous permet pas de savoir si autant de situations sont repérées sur facteurs de risque qu'en posant la question systématiquement.

Cependant, notre étude a révélé, en interrogeant différents professionnels avec des compétences différentes et des approches différentes, que le repérage systématique n'est pas envisageable pour l'ensemble des professionnels médico-sociaux. En effet, nous pouvons utiliser l'exemple des conseillères conjugales et familiales qui ont une approche basée sur l'écoute et le ressenti de la femme, et donc, qui travaillent sans dossier à proprement parler, par rapport aux sages-femmes qui ont « *un dossier avec des petites cases à cocher* » (20 : CCF A), comme l'explique la CCF A.

### **3. LE CONFINEMENT, DECLENCHEUR OU REVELATEUR DE VIOLENCES CONJUGALES ?**

Les études menées pendant le premier confinement et même après ont mis en évidence une hausse significative du nombre d'appels et donc de signalements. En effet, 30% de signalements en plus ont été recensés en 2020 comparé à 2019 (45).

Le nombre de victimes enregistrées a lui aussi augmenté du fait de la hausse de 48% des interventions à domicile, qui étaient, lors du confinement, systématiques après un signalement. On dénombre malgré tout seulement 4% de victimes enregistrées en plus en 2020 par rapport à 2019 (45).

Au regard de ces chiffres, nous pouvons affirmer que les études tendent à montrer que le confinement n'a pas été déclencheur mais révélateur de la violence préexistante.

Le COVID-19 étant encore un sujet d'actualité, il nous a alors semblé opportun lors de nos entretiens de poser la question suivante aux professionnels ayant été sur le terrain au moment du confinement et même après « *En cette période de COVID-19, avez-vous eu l'impression de rencontrer davantage de situations de violences ?* ».

A cette question, 50% des professionnels médico-sociaux ont déclaré avoir eu plus de situations de violences.

Parmi les autres professionnels, l'AS B explique qu'elle n'a pas eu plus de situations de violences et que « *le COVID a été compliqué pour certaines femmes victimes de violences mais pour d'autres ça a été quelque chose de positif du fait justement du confinement qui permettait de ne pas pouvoir sortir donc d'éviter d'être confronté à nouveau avec son agresseur* » (20 : AS B). La CCF B témoigne également en expliquant que « *souvent, ils me disent "en fait ça se passait plutôt bien parce qu'en fait je sortais pas. Je sortais pas en fait, on voyait personne. Il y avait pas en fait, il s'énervait pas. Il était dans le contrôle, il était là"* » (26 : CCF B).

La SF C, quant à elle, n'a pas eu l'impression d'avoir davantage de situations de violences « *mais des situations plus dégradées et aussi des femmes plus isolées* » (23 : SF C).

Les résultats obtenus lors de notre enquête ne nous permettent donc pas de savoir si le confinement a plutôt été révélateur ou déclencheur de violences.

#### **4. UNE PRISE EN CHARGE ADEQUATE DES FEMMES VICTIMES**

La HAS recommande en premier lieu de laisser du temps aux femmes et de leur faire prendre conscience de leur situation tout en ne les jugeant pas, ce que tous les professionnels interrogés essaient de faire.

Ensuite, deux CCF parlent des enfants et les prennent à parti en essayant de faire prendre conscience aux femmes du danger des violences pour leurs enfants. L'une d'entre elle dit notamment « *je les fais vraiment parler sur les enfants et sur ce qu'elle imagine que les enfants ressentent parce que souvent elles vont vous dire que les enfants sont protégés, que les enfants ne voient rien, que les enfants à cette heure-ci dorment et qu'il n'y a pas de soucis* » (28 : CCF B). Après cela, elle fait un rappel à loi en expliquant que « *quand il y a de la violence dans un couple et qu'un enfant est présent, c'est de la violence sur les enfants* » (28 : CCF B).

Tous les professionnels interrogés font un rappel à loi comme le recommande la HAS.

L'AS A, dans son domaine de compétences, évalue ce que la femme envisage par la suite et propose en conséquence un juriste, cherche un hébergement, ou encore l'incite à déposer plainte. Elle évalue également si un relais familial est possible dans le cas où la femme souhaite quitter le domicile rapidement.

Dans ce sens, la SF A explique à la femme « *que ce qu'il faut qu'elle fasse, c'est une valise de secours, qu'elle essaie d'y mettre un maximum de choses et qu'elle confie cette valise à quelqu'un qui pourrait être une personne ressource ou qu'elle cache tout ça dans un coin, les doubles des clefs, les carnets santé des enfants, les titres de séjour, ses papiers... Qu'elle fasse des copies surtout ça* » (28 : SF A).

La HAS recommande ensuite d'orienter les femmes vers des aides associatives et juridiques et de s'entourer d'un réseau pluridisciplinaire, ce que tous les professionnels font. Par ailleurs, chaque professionnel a su identifier lors des entretiens les partenaires pouvant les aider dans la prise en charge de ces femmes.

In fine, les professionnels interrogés proposent une prise en charge relativement proche de celle recommandée par la HAS.

## **5. LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX SONT DES ENDROITS PROPICES AU REPERAGE ET A LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES**

Notre dernière hypothèse est la suivante « *Les centres médico-sociaux sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales* ». Il semble que cette hypothèse soit confirmée par notre étude.

En effet, les professionnels médico-sociaux interrogés pensent à l'unanimité que les CMS sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales. La SF C a même insisté en disant « *je pense que c'est l'endroit pour le repérage et la prise en charge des violences conjugales* » (32 : SF C).

Nous leur avons ensuite demandé pourquoi ils pensaient cela. La première raison est que le CMS regroupe tous les professionnels nécessaires à la prise en charge initiale

des violences conjugales. En effet, nous l'avons vu, le CMS est composé de deux services, comprenant des professionnels sociaux, médicaux, ainsi que des professionnels liés à la petite enfance. Comme plusieurs professionnels ont pu le dire, les enfants représentent souvent l'élément qui fait quitter le domicile aux femmes victimes.

La deuxième raison, notamment citée par les sages-femmes, est le temps de consultation allongé en CMS. La SF C explique notamment que « *quand t'as vingt minutes pour faire une consultation prénatale d'une patiente qui a peut-être par ailleurs des antécédents longs comme le bras, faut arrêter de se voiler la face, on ne peut pas demander l'impossible aux professionnels de santé* » (32 : SF C). Elle expliquait cela par rapport à son expérience en centre hospitalier.

La troisième raison, également citée par les sages-femmes, est la possibilité de faire des visites à domicile plus facilement par rapport aux sages-femmes libérales étant payées à la consultation. L'une d'elles explique en effet, que, parfois, elles vont à domicile sur un seul point d'appel de vulnérabilité, en l'occurrence, dans son exemple, c'était l'âge de la patiente. Finalement, elles se rendent compte qu'il existe de la violence au sein du couple.

Les professionnels médico-sociaux ont également abordé le suivi au long cours avec les femmes victimes qui savent vers qui se tourner en cas d'aggravation de la violence ou tout simplement pour s'en sortir. L'établissement d'un lien de confiance serait, d'après ces professionnels, facilité au sein des CMS.

Plusieurs ont aussi évoqué la mission de protection de l'enfance, primordiale en CMS, comme raison pour lequel c'est un endroit propice.

## **6. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE**

La première limite que nous pouvons retrouver est notre étude en elle-même. En effet, notre étude est une étude qualitative basée sur les représentations de chacun des professionnels interrogés. L'analyse et l'interprétation des entretiens sont eux aussi un biais dans notre étude, de par leurs caractères subjectifs.

La deuxième limite de cette étude est le temps, nous obligeant à réduire le nombre d'entretiens prévus initialement. En effet, neuf entretiens semi-directifs étaient prévus. Nous en avons seulement effectué huit. Nous avons relancé plusieurs fois le professionnel manquant à cet effectif. Ce professionnel ne répondant pas après plusieurs relances, nous avons décidé par manque de temps et afin de finir ce mémoire, de diminuer le nombre d'entretiens.

La troisième limite de cette étude est l'interrogation de différents types de professionnels avec des formations et des missions différentes. En effet, dans ce cadre, il est difficile de comparer les résultats entre les différents types de professionnels.

Nous avons déjà évoqué l'un des biais de cette étude, concernant les professionnels diplômés il y a plus de 20 ans, bien que cela leur confère davantage d'expérience.

Le dernier biais de cette étude concerne une conseillère conjugale et familiale que nous avons interrogée. En effet, cette dernière était assistante sociale avant de réaliser une reconversion professionnelle. Cela peut comporter un biais dans notre étude, dans la mesure où elle avait déjà fait des formations sur le thème des violences conjugales avant sa formation initiale de conseillère conjugale et familiale.

## **7. AXES D'AMELIORATION**

Notre question de recherche étant « *comment améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales ?* », il nous semblait important de demander directement aux professionnels médico-sociaux leur avis afin de faire émerger d'autres axes d'amélioration auxquels nous n'aurions pas pensés.

Plusieurs axes d'amélioration cités par les professionnels ont déjà été évoqués lors de cette discussion tels que l'augmentation du temps de consultation pour les sages-femmes, les formations régulières sur le thème des violences conjugales, le renforcement de la formation initiale ou encore le fait de poser la question systématiquement en entretien/consultation. Nous ne reviendrons donc pas sur ces éléments vus précédemment.

D'autres axes d'amélioration ont également été suggérés par les professionnels médico-sociaux. La SF C évoquait notamment le fait de mettre davantage d'affiches dans les salles d'attente, comme le préconise la HAS, mais aussi de les mettre dans des endroits plus discrets tels que les toilettes. Selon elle, les femmes victimes « *oseront peut-être pas prendre en photo le numéro d'appel (en salle d'attente) mais dans les toilettes, elles peuvent le photographier* » (21 : SF C).

Les deux AS ainsi que deux des trois CCF interrogées ont abordé l'importance de la prévention dès le plus jeune âge. Elles ont notamment parlé des interventions faites au

collège et lycée sur le thème de la vie sexuelle et affective, pendant lesquelles la question des violences au sens large du terme doit être abordée à chaque fois.

La CCF C a ensuite enchaîné en parlant de l'éducation de nos enfants allant de pair avec cette prévention dès le plus jeune âge. Elle a notamment exprimé cela « *on ne naît pas violent, on ne l'est pas, on le devient* » (18 : CCF C). En effet, elle pense que la société, violente en tout point, dans laquelle nous vivons invite les enfants à pointer chaque petite différence et ainsi à être violent. Elle pense donc, à ce titre, que les professionnels travaillant dans les écoles devraient eux aussi être formés aux violences au sens large, ce qui permettrait peut-être de prévenir la violence conjugale à long terme.

Enfin, l'AS B a évoqué le fait de « *travailler sur les représentations de chacun, sur la place de la femme depuis des années, de travailler aussi sur plus d'égalité entre la femme et l'homme* » (18 : AS B), ce qui permettrait de réduire considérablement les violences conjugales. Nous avons également retrouvé dans la littérature qu'il existait une discrimination de genre dans la société et ce, depuis toujours.

En effet, les hommes sont placés au-dessus des femmes intellectuellement. Cela leur confère un sentiment de puissance absolue et la violence envers les femmes vient alors. Nous pensons donc qu'il faut davantage travailler sur l'égalité homme-femme afin de diminuer considérablement le nombre de femmes victimes.

Pour finir, il nous semble important d'ouvrir cette discussion à l'ensemble des professionnels médico-sociaux. Dans ce cadre, nous pouvons émettre un autre axe d'amélioration, le lien entre les CMS et les hôpitaux notamment. En effet, nous l'avons vu, les professionnels des CMS ont davantage de temps de consultation afin de prendre en charge les violences conjugales. En revanche, tout professionnel médico-social est capable de les repérer. Un lien serait donc nécessaire entre les professionnels de centres hospitaliers, libéraux et ceux de centre médico-social. Cela existe déjà, mais est-ce suffisant ? Ne devrait-il pas être davantage renforcé ?

Un exemple de lien plus direct pourrait se présenter sous la forme d'un dossier informatisé uniforme. Ce dernier serait utilisé dans toutes les structures que ce soit les centres hospitaliers, les cabinets libéraux et les CMS. Cela permettrait de proposer un suivi global des patientes et d'améliorer la prise en charge de celles-ci. Il éviterait notamment aux femmes victimes de violences de devoir répéter à chaque consultation avec un nouveau professionnel leur histoire, déjà assez difficile.

Cependant, si un dossier informatisé, pour lequel tous les professionnels de santé ou même sociaux ont accès, qu'en serait-il du secret médical ? Où peut-on placer la limite du secret médical dans le partage d'informations entre professionnels ?

Actuellement, il existe le dossier médical partagé, qui n'est pas encore effectif sur tout le territoire. Celui-ci se rapproche du dossier que nous proposons mais le secret médical est gardé. En effet, les patientes décident quels professionnels peuvent y avoir accès. Celui-ci ne permet donc pas un suivi global notamment des femmes victimes, qui ne souhaitent pas révéler qu'elles sont victimes ou qui ne le savent tout simplement pas, n'en ayant pas conscience.

## CONCLUSION

Notre question de recherche était la suivante « *Comment améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales ?* ».

Afin de répondre à cette question, nous avons d'abord réalisé une revue de la littérature reprenant les différentes formes de violences, ses facteurs de risques et ses conséquences sur la santé des femmes.

Il nous a également semblé opportun de relater les avancées historiques dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Nous nous sommes ensuite intéressés au repérage et à la prise en charge de celle-ci par les professionnels médico-sociaux travaillant dans des CMS de Seine-Maritime.

Nous nous sommes par ailleurs entretenus avec eux dans le cadre de notre étude qualitative.

Cette étude a mis en évidence plusieurs axes d'améliorations possibles.

Le renforcement de la formation initiale de ces professionnels est nécessaire. Même si les violences conjugales sont aujourd'hui un sujet d'actualités, les professionnels ne se trouvent néanmoins pas encore assez formés et pour certains d'entre eux, mis en difficultés en sortant de leurs études. Des formations régulières pendant leur carrière leur permettrait également de repérer et prendre en charge efficacement les femmes victimes de violences conjugales.

Nous avons également mis en évidence que les CMS sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales. En effet, les professionnels médico-sociaux y travaillant ont une place privilégiée dans le repérage et la prise en charge des violences conjugales, les CMS ayant une mission de protection maternelle et infantile de par la PMI, et la grossesse étant un facteur de risque important de survenue de violences conjugales. Dans ces conditions, un renforcement du lien entre centre hospitaliers, professionnels libéraux et CMS serait-il nécessaire ?

Plusieurs autres axes d'amélioration ont émané de ces entretiens, comme l'importance de la sensibilisation dès le plus jeune âge aux différents types de violences, ainsi que de redoubler d'efforts dans le combat contre les inégalités hommes-femmes.

Cependant, cela sera-t-il suffisant pour obtenir un jour une accalmie des violences, qu'elles soient dans la sphère privée ou publiques ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/mobilisation-contre-violences-intrafamiliales/etude-nationale-sur-morts>
2. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales [Internet]. Dunod; 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100810055-page-64.htm>
3. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
4. Organisation mondiale de la santé. Violence [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
5. Organisation mondiale de la santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 mai 2021]. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/fr/](http://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/)
6. Liliane Daligand. Les violences conjugales [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-violences-conjugales--9782130733508.htm>
7. Perrone R, Nannini M. Violence et abus sexuels dans la famille. 5<sup>e</sup> éd. ESF éditeur; 2012. 191 p. (Art de la psychothérapie).
8. Marwood AD, Regamey V. L'emprise [Internet]. Violences et traumatismes intrafamiliaux. ERES; 2020 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/violences-et-traumatismes-intrafamiliaux--9782749267432-page-39.htm>
9. Marwood AD, Luy H, Mosig M, Regamey V. Violence, violences... [Internet]. Violences et traumatismes intrafamiliaux. ERES; 2020 [cité 22 févr 2021]. 328 p. (Relations). Disponible sur : <https://www.cairn.info/violences-et-traumatismes-intrafamiliaux--9782749267432-page-25.htm>
10. Legrand A. Violence et psychopathologie [Internet]. Violence et famille. Dunod; 2011 [cité 2 nov 2020]. 464 p. (Psychothérapies). Disponible sur : <https://www.cairn.info/violence-et-famille--9782100553723-page-112.htm>
11. Coutanceau R. Chapitre 7. Généralités [Internet]. Violence et famille. Dunod; 2011 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/violence-et-famille--9782100553723-page-74.htm>
12. Salmona M. Chapitre 29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité [Internet]. Dunod; 2013 [cité 22 avr 2022]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/troubles-de-la-personnalite--9782100598694-page-383.htm>
13. Elizabeth Kandel, Sarnoff A. Mednick. Perinatal complications predict violent offending. 1991;29(3):519-29.
14. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of

agression. In: The development and treatment of childhood aggression [Internet]. Lawrence Erlbaum Associates; 1991 [cité 15 oct 2021]. p. 169-88. Disponible sur : <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/83413>

15. Levinson D. Family Violence in Cross-Cultural Perspective. In: Van Hasselt VB, Morrison RL, Bellack AS, Hersen M, éditeurs. Handbook of Family Violence [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1988 [cité 17 avr 2022]. p. 435-55. Disponible sur : [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-5360-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-5360-8_18)

16. Knibiehler Y. Violences contre les femmes, regard sur le passé [Internet]. De la violence conjugale à la violence parentale. Érès; 2001 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/de-la-violence-conjugale-a-la-violence-parentale--9782865869701-page-13.htm>

17. Code civil. Livre Ier : Des personnes (Articles 7 à 515-13) - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089697/#LEGISCTA000006089697](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089697/#LEGISCTA000006089697)

18. Code de la Santé Publique. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. (Articles L2212-1 à L2212-11) - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171542/>

19. Code Pénal. Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67) - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/#LEGISCTA000006149827](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/#LEGISCTA000006149827)

20. Paragraphe 1 : Du viol (Articles 222-23 à 222-26) - Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006417683/2006-04-05/>

21. Désveaux E. L'affaire Weinstein : prédation masculine ou tectonique des plaques. as. 2018;42(2-3):347-59.

22. Véronique Nahoum-Grappe. #MeToo : Je, Elle, Nous | Cairn.info [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-esprit-2018-5-page-112.htm>

23. Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-3) - Légifrance [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289685/2018-08-06/>

24. Organisation mondiale de la santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire [Internet]. 2013 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf?sequence=1)

25. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide [Internet]. 2019 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf)

26. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women : an EU-wide survey [Internet]. 2014 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf)
27. Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes [Internet]. 2020 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/Lettre%20n%C2%B016%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202019.pdf>
28. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Sante Publique. 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
29. Maryse J, Equipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et sociétés, bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques. janv 2001;n°364:4.
30. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. 2011 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680084840>
31. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.
32. Vigourt-Oudart S, Boitout J, Caullireau S, Prud'homme C. La prévention dans le champ des violences sexuelles [Internet]. Dunod; 2016 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/victimes-et-auteurs-de-violence-sexuelle--9782100749379-page-309.htm>
33. Ministère de la Justice. Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007 [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur : [https://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/france\\_planviolences\\_112007\\_fr.pdf](https://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/france_planviolences_112007_fr.pdf)
34. Létard V. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. :23.
35. Ministère des droits des femmes. 4ème Plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [Internet]. Disponible sur : <http://solidaritefemmes-la.fr/wp-content/uploads/2018/03/2013-11-22-Plan-de-lutte-contre-les-violences.pdf>
36. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le sexisme tue aussi : 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
37. Article 41-3-1 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 12 nov

- 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000039778436/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039778436/)
38. L'ordonnance de protection | Justice.fr [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/themes/ordonnance-protection>
39. Ministère de la Justice. Grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 30 oct 2021]. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/PPT-Grenelle-V2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PPT-Grenelle-V2.pdf)
40. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. 2020-936 juill 30, 2020.
41. Soignants et victimes de violences conjugales [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/haute-fonctionnaire-a-legalite-femmes-hommes-12939/missions-12942/soignants-et-victimes-de-violences-conjugales-33564.html>
42. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de Santé. 2019;55.
43. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/partage/12557-journee-internationale-pour-l-elimination-de-la-violence-a-l-egard-des-femmes>
44. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions. MIPROF. juill 2020;85.
45. UNWOMEN. COVID-19 and ending violence against women and girls [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>
46. Piet E. Chapitre 3. Le repérage systématique, une méthode de diagnostic efficace [Internet]. Dunod; 2017 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-page-37.htm>
47. Lazimi G. Chapitre 6. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences [Internet]. Dunod; 2021 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100810055-page-52.htm>
48. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales, médecine générale. Médecine. nov 2014;10(9):423-8.
49. Djaoui E, Corvazier F. L'institution PMI [Internet]. Presses de l'EHESP; 2018 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-institution-pmi--9782810906314.htm>
50. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. 2011;32.
51. Agraz R, Geurts M, Léchenet A, Watine G. Violences conjugales faites aux

femmes : de quel droit ? Nouvelles Questions Feministes. 2009;Vol. 28(2):128-32.

52. Ministère des solidarités et de la santé. Bulletin Officiel : Santé, Protection sociale, Solidarité. 15 sept 2018;(8):839.

53. Anne Hassani, Letoret A, Morellec J. Protection Maternelle et Infantile : De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Berger-Levrault; 2009. 397 p.

54. Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043982349](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349)

55. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

56. Arrêté du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial - Légifrance [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023213236>

57. Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367) - Légifrance [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/)

58. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

59. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.

60. Titre II : Développement professionnel continu des professionnels de santé (Articles L4021-1 à L4021-8) - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031929697/>

## SITOGRAFIE

- <https://www.chu-rouen.fr/service/centre-daccueil-specialise-agressions/>
- [https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#les\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple0](https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#les_violences_au_sein_du_couple0)
- <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
- <https://annuaire.action-sociale.org/?c=ass-caps-760804302&details=caracteristiques>
- <https://www.lesnids.fr/protection-de-lenfance/>
- <https://seinemaritime.cidff.info/nos-services/lutte-contre-les-violences/p-54>
- <https://www.onm.fr/violence-2/>

- <https://aideauxvictimes-avre76.fr/>
- <https://www.seine-maritime.gouv.fr/content/download/45205/294811/file/2021%2003%2018%20C%20entre%20de%20prise%20en%20charge%20auteurs%20violences%20conjugales.pdf>
- <https://chi-elbeuf-louviers.fr/specialite/emhavi/>

## ANNEXE I : Tableaux des résultats de l'ENVEFF

*Tableau 1 - Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)*

Type de violence	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	Ensemble
<b>Dans l'espace public*</b>	(n=717)	(n=1 934)	(n=2 122)	(n=2 197)	(n=6 970)
Insultes et menaces verbales	24,9	15,2	11,7	8,6	13,2
Agressions physiques	2,8	1,6	1,2	1,7	1,7
Être suivie	12,4	5,8	4,0	2,8	5,2
Exhibitionnisme	8,9	3,3	1,7	1,2	2,9
Avances et agressions sexuelles	6,5	2,6	0,9	0,5	1,9
Indice global de harcèlement sexuel (1)	21,9	9,9	5,9	3,9	8,3
<b>Au travail**</b>	(n=335)	(n=1 409)	(n=1 596)	(n=1 408)	(n=4 748)
Insultes et menaces verbales	11,7	10,1	8,8	6,2	8,5
Pressions psychologiques	20,2	18,6	15,2	15,7	16,7
– dont harcèlement moral (2)	5,2	4,7	3,6	3,1	3,9
Destruction du travail, de l'outil de travail	3,6	2,8	2,3	1,3	2,2
Agressions physiques	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Harcèlement sexuel	4,3	2,8	1,9	0,7	1,9
<b>Violences conjugales***</b>	(n=464)	(n=1 707)	(n=1 872)	(n=1 865)	(n=5 908)
Insultes et menaces verbales	6,1	4,1	4,3	3,9	4,3
Chantage affectif	2,7	1,4	2,3	1,6	1,8
Pressions psychologiques	51,2	40,1	35,4	32,6	37,0
– dont harcèlement moral (3)	12,1	8,3	7,5	6,5	7,7
Agressions physiques	3,9	2,5	2,5	2,2	2,5
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	1,2	0,9	1,0	0,6	0,9
Indice global de violence conjugale (4)	15,3	11,0	10,0	8,0	10,0

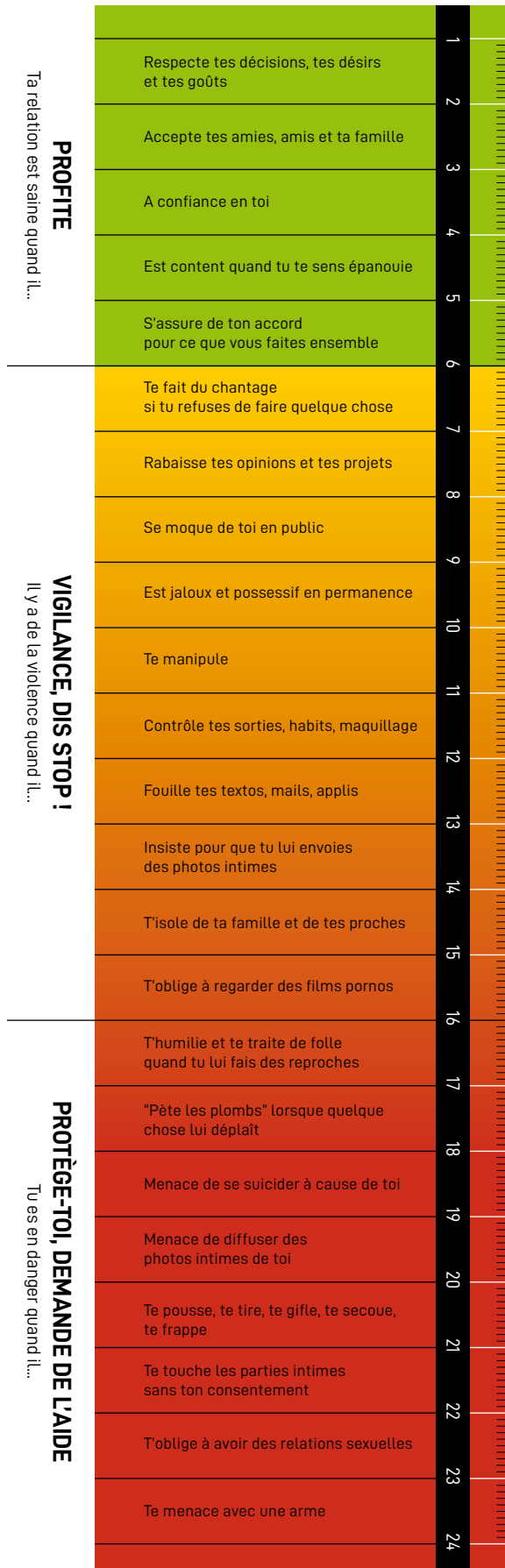
(1) Avoir, au moins une fois, été suivie ou en présence d'un exhibitionniste, ou avoir subi des avances ou une agression sexuelle. (2) Parmi les trois composantes de cet indice (brimades, critiques ou dénigrement, mise à l'écart), l'une au moins a une occurrence fréquente. (3) Avoir subi plus de trois faits constitutifs des pressions psychologiques dont l'un au moins a une occurrence fréquente. (4) Avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles.  
 Champ : \* ensemble des femmes de 20 à 59 ans ; \*\* femmes de 20 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête ; \*\*\* femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.  
 Source : enquête Enveff, 2000.

*Tableau 2 - Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon la situation de couple au moment de l'enquête (en %)*

Type de violence	En couple (n=5 793)	Plus en couple (n=115)	Ensemble (n=5 908)
Insultes et menaces verbales	4,0	14,8	4,3
– dont répétées	1,6	8,1	1,8
Chantage affectif	1,7	8,2	1,8
Pressions psychologiques	36,5	59,4	37,0
– dont répétées	23,5	52,4	24,2
– dont harcèlement moral (1)	7,3	27,3	7,7
Agressions physiques	2,3	10,2	2,5
– dont répétées	1,3	6,9	1,4
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	0,8	1,8	0,9
Indice global de violence conjugale (2)	9,5	30,7	10,0

(1) Avoir subi plus de trois faits constitutifs des pressions psychologiques dont l'un au moins a une occurrence fréquente.  
 (2) Avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles.  
 Champ : femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.  
 Source : enquête Enveff, 2000.

## ANNEXE II : Le violentomètre



## ANNEXE III : Modèle de certificat médical

### Modèle de certificat médical Sur demande de la patiente

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), née \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ domiciliée à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,  
autre) \_\_\_\_\_,

(lorsqu'il s'agit d'un mineur) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur

\_\_\_\_\_ (Nom, prénom) \_\_\_\_\_,

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 de \_\_\_\_\_ (lieu) », le \_\_\_\_\_ (date), à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (lieu) », le \_\_\_\_\_.

Elle déclare/dit se plaindre de « \_\_\_\_\_ ».

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : \_\_\_\_\_.

- Sur le plan physique : \_\_\_\_\_.

- Sur le plan psychique : \_\_\_\_\_.

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

### Les 10 règles d'utilisation du certificat médical

- 1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- 3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- 4 - Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « *me déclare se nommer...* »)
- 5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 - Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 - Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l'accord de la patiente)
- 9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une mineur ou d'une majeur protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 - Conserver une copie du certificat établi

**L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité  
professionnelle de la sage-femme**

→ Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

**ANNEXE IV : Grille d'entretien**

<b>Hypothèses</b>	<b>Thèmes</b>	<b>Sous-thèmes</b>	<b>Questions</b>	<b>Littérature</b>
Un repérage et une prise en charge efficaces des violences conjugales passent par le renforcement de la formation initiale et continues des professionnels médico-sociaux.	Parcours professionnel	Diplôme	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme/certification ?	Expérience
		Carrière	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Expérience
			Relance : depuis quand exercez-vous en PMI/CMS ?	
		Formation	Lors de vos études, avez-vous été formée quant aux violences conjugales ?	Expérience
			Avez-vous eu l'impression que votre formation initiale quant aux violences conjugales vous a fait défaut dans la prise en charge voire dans le repérage des victimes ?	Expérience
			Avez-vous fait des formations en plus à ce sujet ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non, est-ce quelque chose que vous envisagez de faire plus tard ?</li> <li>- Oui, cela vous a-t-il aidé dans l'accompagnement des femmes victimes de violences ?</li> </ul>	Expérience

		Expérience	Lors de vos études et/ou de votre carrière, avez-vous rencontré des situations de violences conjugales ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non</li> <li>- Oui, était-ce en PMI/CMS ? dans quelles circonstances ?</li> </ul>	Expérience
Le repérage systématique lors de chaque consultation est plus efficace que le repérage ciblé sur facteurs de risque.	Repérage	Question systématique	De par votre expérience, quels sont, pour vous, les signes d'appel de violences que l'on peut retrouver lors d'une consultation/entretien ?	A voir
			Comment repérez-vous ces signes en consultation/entretien ?  Relance : posez-vous la question systématiquement ?	
		Axes d'amélioration	D'après-vous, comment pourrions-nous améliorer le repérage de ces violences ?	Paragraphe 1.8
		COVID	En cette période de COVID-19, avez-vous l'impression de rencontrer davantage de situations de violences ?	Paragraphe 2
Un repérage et une prise en charge efficaces des violences conjugales	Prise en charge		Lorsqu'une femme vous apprend qu'elle est violentée par son conjoint ou que vous suspectez qu'elle le soit, comment	Paragraphe 1.9.3, 4.3.3, 4.3.4 et 4.3.5

<p>passent par le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels médico-sociaux.</p>			<p>procédez/procéderiez-vous pour lui venir en aide ?</p> <p>Relance : Infos préoccupantes, signalement : à qui ?, orientation : vers qui ?</p>	
<p>Les CMS sont des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales.</p>	<p>CMS / PMI</p>	<p>Rôle professionnel</p>	<p>Pouvez-vous me dire comment s'organise la PMI/le CMS et me décrire le rôle de chaque professionnel dans le repérage et la prise en charge des violences ? Et où vous, vous vous situeriez ?</p>	<p>Paragraphe 4.3</p>
<p>Endroit propice</p>		<p>Enfin, pensez-vous que la PMI/le CMS est un endroit propice au repérage et à la prise en charge des violences conjugales ? Pourquoi ?</p>		



**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**  
**DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGES-FEMMES**

**LA PLACE DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX DANS LE  
REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES AU  
SEIN DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX DE SEINE-MARITIME**

AUBERT, ALICIA

RESUME :

Dans le contexte des violences faites aux femmes, les violences conjugales sont un problème de santé public majeur. Les pouvoirs exécutif et judiciaire s'en sont emparés, en élaborant des plans d'actions ainsi qu'en promulguant des lois, à l'encontre des auteurs, et, pour protéger les victimes. Malgré cela, encore aujourd'hui, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint. Nous nous sommes alors interrogés sur les raisons pour lesquelles le nombre de femmes violentées et tuées ne diminue pas. En tant que professionnels de santé, nous pouvons notamment améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales. La question « *comment améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales ?* » a alors guidé notre étude.

Afin d'y répondre, nous avons interrogé des sages-femmes, des conseillères conjugales et familiales, et des assistantes sociales, travaillant toutes au sein de centres médico-sociaux.

Nos entretiens avec ces professionnels ont permis de faire ressortir plusieurs axes d'amélioration possibles, comme le renforcement de la formation initiale de ces professionnels, ou encore effectuer régulièrement des formations sur le thème des violences conjugales afin de les repérer et de les prendre en charge efficacement.

Les centres médico-sociaux sont également apparus comme des endroits propices au repérage et à la prise en charge des violences conjugales, renfermant tous les professionnels nécessaires pour cela. Un renforcement du lien entre ces centres, les hôpitaux et les professionnels libéraux serait-il nécessaire ?

MOTS CLES : Centre médico-social – Professionnels médico-sociaux – Repérage –  
Prise en charge – Violences conjugales