



HAL
open science

Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville en 2017 : étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ses alentours en Avril 2017

Yasmine Belouassa

► **To cite this version:**

Yasmine Belouassa. Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville en 2017 : étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ses alentours en Avril 2017. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870364

HAL Id: hal-03870364

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870364>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville en 2017.

Étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ses alentours en Avril 2017

Mémoire présenté et soutenu par

BELOUASSA Yasmine

Directeur de mémoire : PEERS Emeline

Sage-femme enseignante

Promotion [2013-2017]

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville en 2017.

Etude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ses alentours en Avril 2017

Mémoire présenté et soutenu par

BELOUASSA Yasmine

Directeur de mémoire : PEERS Emeline

Sage-femme enseignante

Promotion [2013-2017]

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette année universitaire.

À Madame PEERS, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Metz. En tant que Directeur de mémoire pour son accompagnement et sa précieuse aide tout au long de mon travail.

À Madame VAUTRIN, Déléguée Départementale aux droits des femmes et à l'égalité pour ses conseils précieux et son aide à la relecture.

À Madame MOREL, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Metz, pour son aide pour m'avoir accompagné pour les débuts de mon mémoire.

À ma mère, mon beau père pour m'avoir permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

Anaïs et Virgile, pour leur encouragement.

À mes grands-parents et ma famille, qui m'ont enseigné les valeurs de la famille et m'ont donné la chance d'en avoir une.

À Lucas, qui a toujours été présent dans les bons comme les mauvais moments.

Mes amies de promotion qui m'ont apporté un soutien moral et intellectuel tout au long de mes études.

À ma deuxième mère, qui m'a appris à être une bonne personne, et j'espère que tu es fière de ta Thayazite.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
PARTIE 1	8
1. LES VIOLENCES CONJUGALES FAITES AUX FEMMES	9
1.1 DEFINITIONS	9
1.2 LE MECANISME DE LA VIOLENCE CONJUGALE.	9
1.3 ÉPIDEMIOLOGIE.	10
1.4 LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES CONJUGALES.	11
2. LES ACTIONS PUBLIQUES MISES EN PLACE POUR LUTTER CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES.	12
2.1 HISTORIQUE.....	12
2.2 LES AVANCEES LEGISLATIVES.	13
2.3 LES ACTIONS DE L'ETAT.	14
2.4 LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCE.	15
3. LES VIOLENCES CONJUGALES ET SAGES-FEMMES.	18
3.1 UN ROLE PREPONDERANT.	18
3.2 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES.	18
3.3 LA SAGE-FEMME ACTRICE ET COORDINATRICE.....	19
PARTIE 2	22
1. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.	23
1.1 LA PROBLEMATIQUE.....	23
1.2 LES OBJECTIFS	23
1.3 LES HYPOTHESES	23
1.4 LE TYPE D'ETUDE.	23
1.5 LE DEROULEMENT DE L'ETUDE	23
1.6 LES BIAIS DE L'ETUDE	24
2. LE PROTOCOLE D'ECHANTILLONNAGE.	24
2.1 LA POPULATION DE L'ETUDE.	24
2.2 LES CRITERES D'INCLUSIONS ET D'EXCLUSIONS.	24
2.3 LES DONNEES COLLECTEES.....	24
2.4 LES OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES :	25
3. LES RÉSULTATS :	25
3.1 LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON :	25
3.2 LES VIOLENCES CONJUGALES ET RESSENTI DES SAGES-FEMMES.	26
3.3 LE MECANISME DE LA VIOLENCE CONJUGALE.	28
1.1. L'IMPACT DES VIOLENCES CONJUGALES.	30
3.4 LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE.....	31
PARTIE 3	35
1. LES LIMITES ET LES FORCES DE L'ÉTUDE	36
1.1 LES LIMITES.....	36
1.2 LES FORCES.	36
2. ANALYSE ET DISCUSSION	36
2.1 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	36
2.2 LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES.....	37
2.3 LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES.....	38
2.4 SOLUTION D'ACCOMPAGNEMENT, ET L'ORIENTATION VERS LE RESEAU PARTENARIAL.....	39

3. LES SOLUTIONS PROPOSÉES.	40
3.1 LES SOLUTIONS LORS DE LA FORMATION INITIALE	40
3.2 LES SOLUTIONS POUR LES PROFESSIONNELS	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
TABLE DES MATIERES	50
ANNEXES	52
ANNEXE I	53
ANNEXE II	61
ANNEXE III	62
ANNEXE IV	63
ANNEXE V	64

ABREVIATIONS

AIEM : Association d'Entraide Mosellane

ATAV : Association Thionvilloise d'Aide aux Victimes

ATHENES : Association Thionvilloise pour l'Essor de Nouveaux Espaces Sociaux

CAHU : Centre d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence

CESDIP : Centre de recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales

CESPID : Centre de recherche Sociologique sur le Droit et les Institutions Pénales

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale

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

CMSEA : Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des adultes

CNIDFF : Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CVS : Cadre de Vie et de Sécurité

EMDR : Eye Movement Desensitisation Reprocessing

ESPT : État de Stress Post Traumatique

INED : Institut National d'Étude Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LEA : Lieux d'Écoute et d'Accueil des femmes victimes

MARS : Maison d'Accueil et de Réinsertion Sociale

MC : Main Courante

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PVRJ : Procès-Verbal de Renseignement Judiciaire

RJ : Renseignement judiciaire

UE : Unité d'enseignement

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

INTRODUCTION

Les violences conjugales, sous toutes leurs formes existent depuis la nuit des temps. Pour exemple, Aristote écrivait en l'an 343 avant Jésus Christ, dans « Histoire des animaux » (VIII, 3) que « *le fœtus masculin se dotait d'une âme au bout de quarante jours, contre quatre-vingt-dix jours pour le fœtus féminin* », on estimait qu'il y avait « *quelque chose d'impur dans le corps féminin* ». Ces propos ont été rapportés par Benoîte Groult, en 1976, dans l'émission « Parti Pris » sur France Culture. [1]

En avançant avec le temps, le Moyen-Âge est marqué par des fabliaux où les femmes sont violentées, mais cela faisait rire les hommes. Un de ces fabliaux comique connu se nomme « *De sa rude main, il lui appliqua un soufflet.* »

Les violences faites aux femmes ne cesseront d'exister avec le temps. En faisant un bond de quelques centaines d'année, au début du XXème siècle, alors que le féminisme se développe et que le droit des femmes commence à apparaître, Freud va dévoiler sa théorie de « l'infériorité sexuelle originelle ». Benoite Groult explique que Freud va « *redonner des bases psychologiques, pseudo-scientifiques, à l'oppression féminine* ».

La réelle prise en compte des violences faites aux femmes est donc récente. À titre d'exemple, je tiens à rappeler que le premier « refuge pour femmes battues » a vu le jour en 1975 à Clichy. Il portait le nom « Flora Tristan », en hommage à l'une des précurseurs du féminisme en France au XIXème siècle. [2]

Enfin, d'après l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple [3], « *En 2014, 118 femmes et 25 hommes ont été tués par leur conjoint ou ex-conjoint. On compte également 16 femmes et 6 hommes tués par leur partenaire non-officiels (amants, petits-amis, relations épisodiques...). 35 enfants mineurs ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple* ». Ce constat alarmant nous interpelle sur le danger que constituent les violences conjugales autant pour les adultes victimes que pour les enfants. L'état de grossesse constitue une période à risque particulière, souvent révélatrice de violences débutantes ou aggravées [4]. La sage-femme constitue un interlocuteur privilégié, de par son suivi tout au long de la vie (suivi gynécologique et de grossesse) et l'établissement d'une relation de confiance. De plus elle peut intervenir dans le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes.

Plus personnellement, je me suis toujours sentie concernée par l'évolution des droits des femmes victimes, mais c'est grâce à ma formation au sein de l'école des Sages-Femmes de Metz que j'ai eu un réel déclic. En effet, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage de « Wendo », c'est-à-dire du self-défense. J'y ai côtoyé pendant une semaine des femmes victimes de leur conjoints, les violences étant diverses et à différents échelons. C'est en discutant et en apprenant du vécu de ces femmes, et pour leur rendre hommage que j'ai acté le sujet global de mon mémoire, les violences conjugales.

Ensuite, au cours de mes nombreux stages, et de surcroît dans diverses structures, j'ai pu me rendre compte que ce sujet intéressait les professionnelles mais qu'elles manquaient et surtout étaient en demande de formation. J'ai donc choisi d'orienter précisément mon mémoire sur ce sujet : la formation des

sages-femmes sur les violences conjugales. La problématique sera de savoir si les sages-femmes ont l'ensemble des connaissances (savoir, savoir être, savoir-faire) pour une prise en charge pertinente des femmes violentées ?

Pour y répondre, j'ai pris le parti de réaliser un questionnaire que j'ai diffusé aux sages-femmes diplômées exerçant à Thionville. Je vous présenterais dans la deuxième partie de ce travail leurs réponses.

Enfin, après une analyse de leurs réponses, je proposerai un ensemble de solutions qui pourraient optimiser la formation des sages-femmes au sujet des violences conjugales en prenant en compte leur formation initiale et continue.

PARTIE 1

1. LES VIOLENCES CONJUGALES FAITES AUX FEMMES.

1.1 Définitions.

1.1.1 Définition des violences faites aux femmes.

En premier lieu, il convient de rappeler la définition des violences faites aux femmes. Selon l'article premier de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes du 20 décembre 1993 adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) : « *les termes « violence à l'égard des femmes » désignent 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 de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » [5]

Je m'appuierai sur cette définition durant tout le long de ma recherche.

1.1.2 Définition des violences de partenaires intimes.

Selon l'OMS, il faut entendre par « *violence d'un partenaire intime* », « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique* », notamment par des « *actes d'agression physique* », des « *relations sexuelles forcées* », la « *violence psychologique* » et « *tout autre acte de domination* ». [6]

Ainsi, les violences conjugales sont caractérisées par des violences réalisées entre conjoints et ex-conjoints. Elles peuvent être de nature physique, sexuelle, psychologique, administrative, économique (Annexe II). Chacune peut être exercée de manière isolée ou bien combinée. Elles s'aggravent et leur fréquence s'accélère avec le temps. Les violences au sein du couple supposent un rapport de force (rapport dominant/dominé) qui n'existe pas dans le conflit conjugal. [7]

1.2 Le mécanisme de la violence conjugale.

1.2.1 Définition

Le mécanisme des violences conjugales est régi par un schéma particulier qui prend la forme d'un cycle ou d'une spirale. Il est orchestré par l'agresseur, la victime étant déstabilisée par l'emprise de l'autre.

La spirale de la violence ne s'amorce pas directement par de la violence physique. Dans un premier temps, l'auteur procède par des humiliations, des intimidations, du chantage voire un isolement à l'égard de sa victime. Cela aboutit à un mécanisme d'emprise [7]. Ces stratégies lui permettent de perpétuer la domination sur la victime (Annexe III).

1.2.2 Illustration.

Ce schéma ci-dessous représente le cheminement de la spirale de la violence.

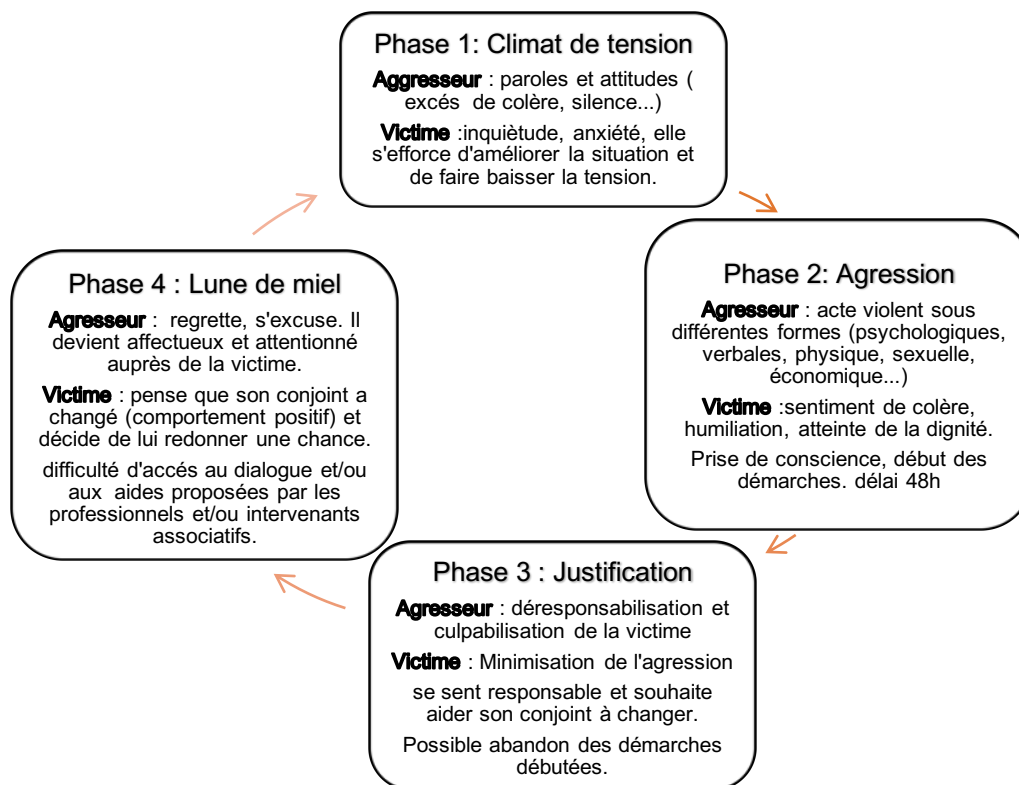


Figure 1 : Spirale de la violence

1.3 Épidémiologie.

Les violences conjugales ont longtemps été limitées à la sphère privée, elles étaient donc difficilement mesurables. Dans un premier temps, ce sont les enquêtes de « victimation » [8], notamment dites « Cadre de Vie et de Sécurité (CVS) », qui ont fourni les premières données statistiques. Elles permettaient de décrire les faits de délinquance précédant le passage de l'enquêteur dans les ménages. À partir de 1986, des études sont menées par le Centre de recherche Sociologique sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP). Puis, de 1996 à 2007, c'est l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) qui poursuit cette démarche. Cependant ces études ne permettaient pas d'isoler les violences contre les femmes de celles réalisées dans la sphère familiale.

En 1995, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes a été organisée à Pékin. Afin de répondre aux recommandations formulées lors de cette conférence, a été réalisée en 2000 la première Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF). Elle mesurait, sur une période de douze mois, la fréquence des violences envers les femmes majeures. L'autre objectif de l'enquête consistait à étudier les réactions des femmes face aux violences ainsi que leurs conséquences sanitaires et psychosociales. Il en ressort qu'une femme en couple sur dix était victime de violences conjugales, et trois femmes récemment séparées sur dix étaient concernées par des phénomènes de violence. Cette enquête démontre que tous les milieux socio-économiques sont concernés, tant dans la vie privée que professionnelle. De surcroît, « Dans l'ensemble, les violences conjugales [seraient] aussi fréquentes (environ 9%), que les femmes exercent une activité professionnelle ou qu'elles soient au foyer. » [9].

D'après l'enquête « Cadre de vie et de sécurité » de l'INSEE, entre 2010 et 2015, en moyenne 223 000 femmes âgées de dix-huit à soixante-quinze ans ont été victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves (violences physiques et/ou sexuelles). [10]

En 2014, un rapport du Ministère de l'intérieur évoquait que cent dix-huit femmes et vingt-cinq hommes ont été tués par leur conjoint(e) ou leur ex-conjoint(e) : « *En moyenne, une femme décèderait tous les 3 jours et un homme tous les 14,5 jours* » [11][3].

En 2015, l'enquête nationale sur les Violences et RAports de GENre (VIRAGE) est réalisée par entretien téléphonique auprès de 25 000 personnes (12 500 femmes et 12 500 hommes). Elle était menée par une équipe de l'unité de recherche « Démographie, genre et sociétés » de l'Institut National d'Études Démographiques (INED). Cette étude avait pour objectif « *d'actualiser et d'approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femmes en France* » [12]. Les premiers résultats concernant les violences sexuelles révèlent que, au cours de l'année précédant l'enquête, « *62 000 femmes ont été victimes d'un viol/et ou d'une tentative de viol* » et que « *580 000 femmes ont subi au moins une agression sexuelle (dont viol et tentative de viol)*. ». [13]

1.4 Les conséquences des violences conjugales.

1.4.1 Les conséquences sur la santé des femmes victimes.

Les violences conjugales ont un retentissement important sur la santé physique, mentale, sexuelle et génésique des femmes victimes (Annexe III). Elles ont un effet à court, moyen et long terme et peuvent même conduire à la mort (homicide ou suicide) [14]. Certaines études [15], ont démontré un lien de causalité entre la gravité de la violence et l'impact sur la santé de la femme. Il est à noter que le cumul des différents types de violences et la répétition des épisodes accentuent la gravité des faits. [16]

1.4.2 Les conséquences sur les enfants.

Les enfants peuvent également être victimes de la violence conjugale. Leur exposition directe ou indirecte peut influencer leur développement et leur construction (aspect psycho-affectif, physique, comportemental). La perception de la violence et du rapport homme/femme par l'enfant peuvent être impactées. [17] (Annexe IV)

1.4.3 Un enjeu de santé publique.

Nous venons de démontrer que les violences conjugales représentent un danger pour la santé maternelle, périnatale et infantile. Cette problématique constitue donc un enjeu de santé publique. Les femmes victimes de violence ont plus fréquemment recours aux services de santé que la population générale. La consommation de soins augmente avec la fréquence et la gravité des violences. En revanche, les femmes victimes ont moins tendance à solliciter des soins préventifs, source évidente de répercussions sur leur santé [18].

En 2014, une étude française réalisée suite au quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, estimait qu'en 2012, le coût des Violences au Sein du couple et leurs Conséquences sur les Enfants (VSCE) s'élevait à 3,6 milliards d'euros.

Structure des coûts des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants, par grand type de coût, France, 2012

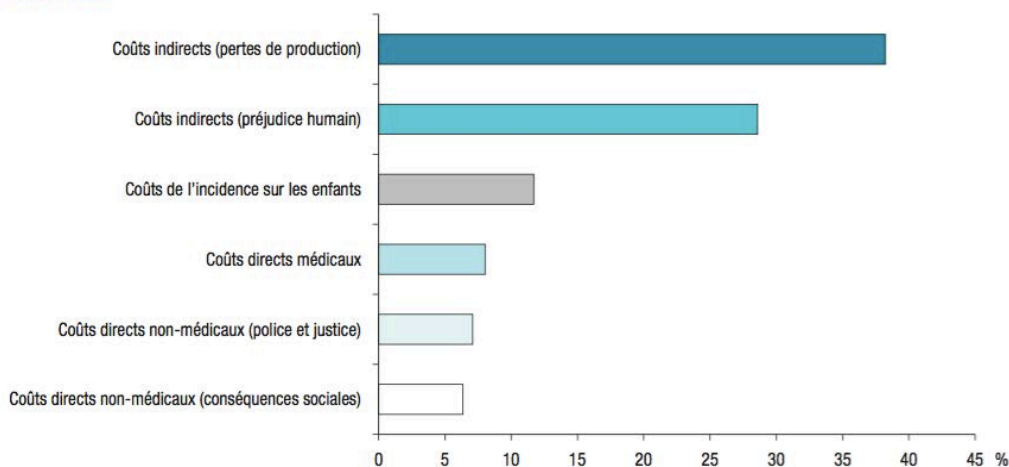


Figure 2 : Structures des coûts des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les, enfants, par grand type de coût, France, 2012. [55]

2. LES ACTIONS PUBLIQUES MISES EN PLACE POUR LUTTER CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES.

2.1 Historique

2.1.1 L'action internationale.

En 1993, l'ONU par le biais de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard femmes a proclamé une reconnaissance internationale des violences faites aux femmes. L'ONU affirme que : « la violence à l'égard des femmes constitue une violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales et empêche partiellement ou totalement les femmes de jouir desdits droits et libertés » [1]. Rappelons que l'ONU, regroupe à quelques exceptions près l'ensemble des nations du Monde en comptant 193 États membres : cette cause devient donc mondialement reconnue.

En 1995, la violence faite aux femmes a été abordée par l'ONU lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes organisée à Beijing (Pékin). Elle a été définie comme un problème prioritaire de santé publique par la quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé organisée à Genève en 1996. De ce fait, l'OMS a mis en place un plan d'action pour l'étude épidémiologique, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé.

2.1.2 L'action nationale.

La problématique des violences conjugales a émergé grâce aux associations féministes dans les années 1970. Elles ont permis la mise en place d'actions et l'inscription de la lutte contre les violences faites aux femmes dans les priorités de l'État.

En 1989, deux décisions politiques vont s'attaquer directement au fléau des violences conjugales : premièrement, par la création de commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes (circulaire du 12 octobre) et deuxièmement, par le lancement de la première campagne nationale d'information.

En 2001, le Professeur Roger HENRION a mis en lumière dans un rapport, les données épidémiologiques, les conséquences des violences sur la femme et son entourage, et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans ce type de situation. Au travers d'un groupe de travail, il propose de réaliser une sensibilisation du public et des professionnels, des actions de prévention et la formation des professionnels. [19]

2.2 Les avancées législatives.

Le législateur a pris en compte la thématique des violences conjugales et intrafamiliales et des avancées légales notables sont apparues à partir des années 1980.

La loi du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol le définit comme « *tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise* » (article 222-23 du Code pénal). [20]

La loi du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes et entrée en vigueur le 1^{er} mars 1994 a appuyé la gravité des violences à l'égard du conjoint en faisant de la qualité de conjoint une circonstance aggravante.[21]

La loi du 4 avril 2006 relative au renforcement de la prévention et de la répression des violences au sein du couple ou commises contre les enfants vient compléter la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales [22]. Elle prévoit notamment l'éloignement de l'auteur, ainsi qu'une prise en charge sanitaire, sociale et psychologique de la victime [23]. Le champ d'application de la circonstance aggravante a été étendu aux faits commis par l'ancien conjoint, concubin ou partenaire du Pacte Civil de Solidarité (PACS). La circonstance aggravante s'applique dorénavant aux meurtres et aux agressions sexuelles. Cette loi précise également que c'est à l'auteur des violences qu'il appartient de déménager et non à la victime

La loi du 5 mars 2007, a prévu l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple ou à l'encontre des mineurs. [24]

La loi du 9 juillet 2010, permet au juge de prévenir et de protéger des violences par le biais de l'ordonnance de protection[25]. Cette dernière est délivrée par le juge des affaires familiales (JAF). Elle permet d'attester la présence de violences et la mise en place de mesures d'urgence telles que l'éviction du conjoint, le relogement en cas de départ du domicile conjugal ou le retrait de l'exercice de l'autorité parentale. Elle prévoit également le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) via le port d'un bracelet électronique pour contrôler le respect de la mesure d'éloignement du conjoint violent.

La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes comporte un chapitre sur la lutte contre les violences faites aux femmes. L'article 36 introduit un dispositif de télé-protection afin

de protéger les femmes en cas de grave danger dans le cadre des violences conjugales ou du viol [26]. Il permet à la victime de déclencher un dispositif d'alerte et de géolocalisation via un téléphone dit « grave danger » (TGD) attribué par le procureur de la République. Cette loi a modifié les modalités de délivrance de l'ordonnance de protection. Cette dernière doit être prononcée « dans les meilleurs délais » et pour une durée maximale de six mois [27].

2.3 Les actions de l'état.

2.3.1 Les quatre premiers plans triennaux.

Le Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité a amorcé le 24 novembre 2004 le premier Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007 qui s'intéressait particulièrement au cadre conjugal. Ce plan a permis l'élaboration de dix mesures en faveur de la protection des femmes, de leur autonomie et de la modernisation de l'action publique. [28][29]

Le deuxième plan global triennal 2008-2010 comptait douze objectifs pour lutter contre les violences faites aux femmes. Il comportait également des mesures visant une amélioration des connaissances statistiques et théoriques des violences, une coordination nationale et locale des différents acteurs (sanitaires, juridiques, sociaux) et une protection de l'entourage des victimes. [30]

Le troisième plan triennal 2011-2013 était le prolongement des précédents. Ce plan prenait en considération de nouvelles causes : les violences sexistes et sexuelles au travail, les viols, les agressions sexuelles ainsi que la prostitution. Il s'articulait autour de trois priorités [31] :

- La protection des victimes directes et indirectes, par la mise en place d'un accueil de jour (lieu d'écoute et de conseils), de « référents violences », et la mise à disposition de lieux de visite familiale.
- La prévention, avec l'instauration de programmes d'étude (fréquences des phénomènes de violences et l'efficacité des politiques publiques), et de formations initiales et continues des professionnels juridiques, sociaux, sanitaires, mais aussi des gendarmes et des policiers.
- La solidarité, trois campagnes d'information à destination du grand public ainsi que la sensibilisation en direction des jeunes (notamment les femmes et jeunes filles) ont été mis en place.

Le quatrième plan triennal 2013-2016 s'articulait autour de trois priorités [32] :

- **Axe 1 : Organiser l'action publique autour d'un principe d'action partagé : aucune violence déclarée ne doit demeurer sans réponse.**

Cet axe prévoyait de systématiser les réponses et les prises en charge sociales, sanitaires et judiciaires précoces par un élargissement des plages d'ouverture du service d'accueil téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violences (3919), un meilleur encadrement des dépôts de mains courantes, un contrôle régulier de ces dernières par le parquet et un renforcement des liens entre les services de santé, de police et de justice.

- **Axe 2 : protéger efficacement les victimes**

Cet axe permettait le renforcement de l'ordonnance de protection et prévoyait la mise en place d'outils de prévention, d'une réponse pénale aux auteurs de violence et d'un téléphone d'alerte pour les femmes en très grand danger.

- **Axe 3 : mobiliser l'ensemble de la société**

Cet axe mobilisait l'ensemble des services publics et des professionnels par le biais de la Mission Interministérielle de PROtection contre les violences faites aux Femmes et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Cette dernière créée par le décret n°2013-07 du 3 janvier 2013 [33] a pour but de rassembler, analyser et diffuser les informations et données concernant les violences faites aux femmes. De plus, elle permet l'évaluation de dispositifs nationaux et locaux, ainsi que l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes [8]. Une politique transversale de prévention des violences faites aux femmes (médias, internet, espaces de socialisation) et de mobilisation de la recherche publique a été également élaborée.

2.3.2 Le cinquième plan interministériel.

Le quatrième plan a permis des progrès considérables concernant le repérage et la prise en charge des victimes. En revanche, les faits de violence et le nombre de victimes demeurent stables. C'est pourquoi, le cinquième plan de mobilisation de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) a été lancé le 23 novembre 2016. Il vise à permettre aux femmes victimes d'accéder à leur droit de protection, d'accompagnement afin de sortir de la violence et de se reconstruire. Pour cela, ce plan s'articule autour de trois axes :

- **Axe 1 : Consolider le parcours de sortie des violences des femmes victimes.**

Cet axe conforte certains dispositifs mis en place par le quatrième plan. En effet, il va sécuriser le financement de la plateforme d'écoute « 3919 » afin de perpétuer sa gratuité. Les lieux d'écoute, d'accueil et d'hébergement, le site « stop-violence-femmes », les dispositifs de protection d'urgence (TGD, ordonnance de protection), les référents « violences faites aux femme », des intervenants sociaux seront renforcés. La prise en charge efficiente passe également par la formation de tous les professionnels en contact avec la femme victime.

L'accompagnement judiciaire des femmes victimes sera d'autant plus encadré notamment par la systématisation de l'information des faits déclarés auprès des autorités judiciaires.

Afin de permettre à la victime de sortir de la violence, l'objectif sera de consolider la prise en charge psycho-traumatique, et assurer un logement sûr ainsi que son avenir professionnel.

- **Axe 2 : Répondre à la diversité des situations, des territoires et des formes de violences.**

L'objectif est d'étendre l'action publique à l'échelle nationale et internationale, afin d'améliorer le parcours de sortie des violences. Il vise également à conforter l'accès aux droits des femmes victimes de violences sexuelles.

- **Axe 3 : Prévenir les violences en luttant contre le sexisme et la récidive.**

Une des raisons qui empêche la diminution des violences à l'encontre des femmes est l'idéologie du sexisme qui perdure. Une action de prévention globale du sexisme est déployée dans les établissements scolaires (écoles et universités), les lieux d'espaces publics et de travail.

Un autre objectif de cet axe est d'améliorer les connaissances par la réalisation d'études (enquête de victimation CVS, VIRAGE dans les universités...) sur le sujet afin de mieux axer les actions de prévention.

2.4 La prise en charge d'une femme victime de violence.

La victime nécessite une prise en charge adaptée et décloisonnée afin de répondre à ses demandes et besoins sociaux, médicaux, juridiques et psychologiques. Ceci démontre l'importance d'un réseau

partenarial, d'un accompagnement pluridisciplinaire (médico-psycho-social et juridique) [34]. La concertation régulière entre ces différents intervenants permet un accompagnement adapté. [35]

2.4.1 Les forces de l'ordre.

La victime peut alerter les secours en cas de menace par l'agresseur en appelant le numéro de la gendarmerie ou de la police. La victime est alors accueillie soit dans un commissariat de gendarmerie ou de police soit par téléphone. Les gendarmes ou les policiers ont un devoir d'accueil, d'écoute et de sécurisation de la victime. Les forces de l'ordre ont à leur disposition un questionnaire d'accueil, qui précise l'état civil de la victime, ses antécédents, le type de violences dont elle est la cible, ainsi que des informations sur l'agresseur.

Lors de faits de violence, les forces de l'ordre ont l'obligation de protéger la victime et son entourage. En cas de blessures, si la victime y consent, elle est emmenée dans une Unité Médicale Judiciaire (UMJ), aux urgences hospitalières ou chez un médecin de ville afin de faire constater les faits et lésions.

Toute intervention des forces de l'ordre à domicile induit la rédaction d'un écrit (main courante (MC), Procès-Verbal de Renseignement Judiciaire (PVRJ) ou un rapport d'intervention). Cet écrit indiquera la description des faits, leur dangerosité et leurs conséquences sur la victime. Une fiche de signalement peut également être rédigée. Elle a pour but de synthétiser les informations, néanmoins elle n'a aucune valeur juridique. [36]

La femme victime a le choix de déposer plainte ou de refuser. La victime est alors informée sur ses droits, les différences entre un dépôt de plainte, une MC et PVRJ. La victime sera mise en relation avec un intervenant social. En cas d'absence de ce dernier, il est systématiquement proposé à la victime d'être orientée vers une association d'aide aux victimes. Dans ce cas, il est possible d'établir une MC ou un PVRJ. Ces dernières seront ensuite transmises au parquet. [37]

Lorsque la victime ne souhaite pas déposer plainte, il est recommandé que le représentant de l'ordre contacte la personne quarante-huit heures après les faits. Cela permet de vérifier l'évolution de la situation, mais également de lui proposer de déposer plainte à nouveau, l'objectif étant de protéger la victime, tout en induisant une prise de conscience de la possible l'incidence de son choix.[38]

2.4.2 La prise en charge judiciaire.

Depuis la loi du 9 juillet 2010, les femmes victimes de violences conjugales peuvent bénéficier d'une ordonnance de protection. Cette dernière est délivrée par le JAF et est valable six mois après sa notification. Elle permet notamment à la victime d'assurer sa protection contre les violences induites par le conjoint ou l'ex-conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS) ou concubin.

2.4.3 L'information et accompagnement juridique des femmes victimes.

La victime peut être orientée vers des lieux d'informations juridiques et des associations d'aide aux victimes. Le Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF) et les cent-onze Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)

Les CIDFF sont engagés dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Ils déclinent localement des actions destinées aux femmes, aux professionnels et au grand public. Ils sont sollicités pour l'écoute, l'information et l'accompagnement des femmes victimes de violences (démarches médico-psycho-sociales, judiciaires et professionnelles). En complémentarité de ces actions, le CNIDFF organise des ateliers de sensibilisation et formation auprès des différents acteurs de la prise en charge des femmes victimes. Il joue également un rôle de prévention lors des interventions dans les établissements scolaires et des journées de sensibilisation auprès du grand public. [39]

Le réseau d'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM) permet d'orienter les victimes vers un relais juridique. Cette fédération, qui est déployée sur l'ensemble du territoire, assure la promotion d'aide aux victimes et la formation des intervenants de l'association. Le CIDFF de Metz-Thionville est également affilié à cette fédération. De plus, il convient de mentionner l'association Thionvilloise d'Aide aux Victimes (ATAV) sur Thionville.

2.4.4 Les soins urgences.

Les violences physiques ou psychologiques subies peuvent être constatées par le médecin de ville, les urgences hospitalières ou bien une UMJ. Le médecin ou la sage-femme va réaliser ce que l'on appelle un « certificat médical de constatation », qui constituera une preuve en cas de procédure judiciaire. En fonction de la gravité des faits, ce certificat est éventuellement associé d'une évaluation de l'incapacité totale ou partielle de travail, elle peut être temporaire ou permanente [40]. L'UMJ de Moselle se situe dans l'Hôpital instructions des armées Legouest.

2.4.5 Les structures d'accueil, d'écoute et d'accompagnement.

Il existe plusieurs structures d'accueil départementales en Moselle. Inform'elles est un lieu d'accueil de jour, d'écoute et d'accompagnement pour les femmes victimes. À Metz, ce lieu d'accueil est porté par L'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM), en partenariat avec le CIDFF. C'est un lieu d'accompagnement global dans les démarches administratives et juridiques, il peut également apporter un soutien psychologique. En outre, il dispose d'un service de documentation et de dépôt de documents dans un environnement sécurisant. Inform'elles permet de rompre l'isolement que les femmes subissent. Cette association propose des animations collectives, un suivi des situations de violence (victime ou auteur), et une formation à l'auto-défense (Wendo). [41]

Deux autres lieux d'écoute existent en Moselle : le Lieu d'écoute et d'Accueil pour les femmes victimes (LEA) porté par l'association Association Thionvilloise pour l'Essor de Nouveaux Espaces Sociaux (ATHENES) et le service d'accompagnement et de prévention des violences conjugales du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des adultes (CMSEA)-Espoir constituent un lieu d'accueil et d'accompagnement confidentiel.

Le planning familial est également un lieu d'accueil et d'accompagnement.

2.4.6 Les structures d'hébergements pour les femmes et leurs enfants.

3 centres d'hébergement pour femmes et enfants dont la moyenne d'âge est de plus de 3ans existent en Moselle :

- À Metz, le Centre d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence (CAHU),
- À Thionville, le Gîte Familial Jacques RENAUDIN (Association ATHENES)
- À Forbach, le Foyer Espoir de l'association CMSEA-Espoir

Les femmes enceintes et/ ou avec enfants dont la moyenne d'âge est de moins de 3 ans sont accueillis à l'Ermitage St Jean à Moulins les Metz et au Nid Maternel à Metz. Enfin le foyer Mozart accueille des mineures enceintes.

3. LES VIOLENCES CONJUGALES ET SAGES-FEMMES.

3.1 Un rôle prépondérant.

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme intervient auprès des femmes. En raison de l'ampleur des violences faites aux femmes, elle sera probablement amenée à rencontrer des victimes. Interlocuteur privilégié, elle joue un rôle prépondérant dans le dépistage et la prise en charge des victimes. En effet, la révélation des faits de violences peut survenir au décours d'une consultation médicale (obstétricale ou gynécologique). De plus, la grossesse constitue un moment à risque de révélation ou d'accentuation de violences. La sage-femme exerçant en secteur territorial, joue également un rôle dans de la protection des mères et des enfants.

En plus d'être impliquée dans le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences, la sage-femme a un rôle prédominant dans le domaine de la prévention. En effet, son implication dans les séances d'information/prévention au sein des différents établissements scolaires, lui permet de sensibiliser et de prévenir les violences sexistes au sein du milieu scolaire et universitaire.

3.2 La formation des sages-femmes.

Le rapport du Professeur Roger HENRION de 2001 mettait en évidence le rôle des professionnels de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes [19]. Selon lui, les professionnels de santé éprouvaient des difficultés à aborder le sujet, particulièrement par manque de formation.

Le quatrième plan triennal de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes a mis en place une mobilisation des professionnels par le biais de la MIPROF [32].

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au diplôme d'état de sage-femme, met en place dans l'Unité d'Enseignement (UE) gynécologie- santé génésique des femmes et assistance à la procréation, l'étude de la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes, ainsi que leur épidémiologie. [42]

En 2014, la MIPROF a réalisé une enquête auprès des sages-femmes en activité sur leur formation et leur prise en charge des victimes de violences. Leurs 1474 réponses ont révélé que : sept sages-femmes sur dix n'ont pas été formées, huit sur dix désiraient être formées. De plus, 80% d'entre elles ont été confrontées au moins une fois à une patiente victime de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Enfin, neuf sages-femmes sur dix estimaient que les sages-femmes avaient un rôle dans le dépistage et la prise en charge médicale des victimes. [43]

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes ainsi que de nombreuses associations représentatives de la profession se sont alliés aux travaux de la MIPROF. Cette alliance a permis l'élaboration d'outils pédagogiques pour la formation initiale et continue des sages-femmes. On citera les deux principaux kits pédagogiques réalisés à destination des professionnels de santé et des sages-femmes, composés chacun d'un court métrage et d'un livret d'accompagnement pédagogique : « ANNA » et « ELISA ». Ils traitent des violences conjugales et sexuelles, des mécanismes de la violence ainsi que de leurs conséquences sur la victime. Ils permettent également d'aider le professionnel à repérer et prendre en charge de la femme victime. Le guide d'accompagnement du film ELISA contient un modèle de certificat médical ainsi que des indications pour l'orientation vers le réseau partenarial. [44]

3.3 La sage-femme actrice et coordinatrice.

La sage-femme est une actrice essentielle dans la prévention, le dépistage, la prise en charge et l'orientation de la femme victime de violences. Au-delà de ses compétences médicales, la sage-femme entretient avec la patiente une relation de confiance au travers des différentes consultations (gynécologiques, obstétricales, préparation à la naissance, orthogénie) et de l'écoute active qu'elle pratique. Rappelons que le code de déontologie des sages-femmes précise leur responsabilité vis-à-vis de sévices puisque l'article R.4127-316 dispose que : « *Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.*

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. » [45]

3.3.1 Le dépistage.

Il est fréquent que les signes et symptômes des violences conjugales n'apparaissent pas de façon flagrante. Le dépistage systématique de la violence initié par la sage-femme joue un rôle primordial [46]. Il permet aux femmes de briser la loi du silence, et les aider à de rompre l'isolement.

Lors d'une consultation où la femme est seule, le dépistage est réalisé par le biais de questions simples et explicites, adaptées à l'intellect et à la culture des patientes. Ces questions sont réalisées avec empathie, sans jugement [35]. En cas de réponse négative ou de silence, la sage-femme doit demeurer attentive aux aspects comportementaux et physiques.

3.3.2 La prise en charge.

Lors de la révélation de faits de violence, la prise en charge de la victime comporte plusieurs aspects. La sage-femme adoptera une attitude bienveillante, sans jugement de valeur. La femme victime a besoin de se sentir entourée et comprise. L'OMS a décliné dans son manuel clinique, « Soins de santé pour les femmes victimes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle », un appui de première ligne. Ce dernier permet de : « dispenser des soins pratiques et à répondre aux besoins émotionnels et physiques d'une femme, ainsi qu'à ses besoins en matière de sécurité et de soutien, sans faire intrusion dans sa vie privée ». Il comprend cinq actions simples [47] :

Tableau 1 : Les cinq tâches de l'appui de première ligne - « Soins de santé pour les femmes victimes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle » - OMS 2014.

Actions	Réponse du professionnel
Écouter	Écoutez la femme attentivement, avec empathie et sans porter de jugement.
S'informer des besoins et des préoccupations	Évaluez ses différents besoins et préoccupations – émotionnels, physiques, sociaux et pratiques (par exemple garde des enfants) – et répondez-y.
Valider	Montrez-lui que vous la comprenez et que vous la croyez. Assurez-la qu'elle n'est pas responsable.
Améliorer la sécurité	Étudiez un plan pour la protéger contre des dommages supplémentaires si la violence se manifeste à nouveau.
Soutenir (support)	Soutenez-la en l'aidant à accéder à des informations, à des services et à l'appui social.

Suite à la révélation des faits, la sage-femme identifie les caractéristiques des violences subies (type, fréquence, gravité), les stratégies de l'agresseur, puis évalue le risque pour la patiente et son entourage. [48]

Il est important que les professionnels détiennent des notions théoriques sur le cycle de la violence et la compréhension de l'emprise. Cette dernière constitue « un processus de colonisation psychique par le conjoint violent qui a pour conséquence d'annihiler leur volonté ». Il s'agit pour le professionnel de la reconnaître et de se rendre compte des conséquences induites sur l'aspect médico-psycho-traumatique et comportemental. Ces notions vont permettre d'aborder de façon adaptée le problème, de perpétuer la confiance et la sécurité de la victime, tout en respectant le rythme de la victime. [7] [49]

La sage-femme va contrecarrer les stratégies mises en place par l'agresseur, afin de rompre l'emprise, la peur et la domination. [50]

Tableau 2 : Les actions mises en place par le professionnel de santé face aux stratégies de l'agresseur, afin de permettre à la femme victime de sortir de la violence.

Stratégies de l'agresseur	Réponse du professionnel
Isolement de la victime de son entourage et la vie publique.	<ul style="list-style-type: none"> - Rompre l'isolement - Contact avec les associations locales, lieux d'informations, professionnels du réseau. - Assurer un suivi régulier - Préparation à la naissance - Numéro utiles
Dévalorisation permanente.	<ul style="list-style-type: none"> - Encourager la victime, l'aider à prendre confiance en elle. - Valoriser la victime, son courage, ses démarches - Respecter son rythme
Déresponsabilisation de l'auteur, culpabilisation de la victime.	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de jugement de valeur sur l'agresseur - Référence à la législation,
Climat de peur	<ul style="list-style-type: none"> - Aider la patiente à mettre au point un plan de sécurité.

3.3.3 Le certificat médical de constatation.

La rédaction d'un certificat médical de constatation relève des compétences de la sage-femme selon l'article R.4127-333 du Code de la santé publique : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.*

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci. » [51]

Ce certificat peut être donné à la victime ou bien laissé dans le dossier médical. Il fera partie des éléments de preuve qui pourront être utilisés dans le cadre d'une action en justice. La rédaction de ce certificat implique la responsabilité de la sage-femme, il est donc important de respecter les règles de rédaction. [52]

3.3.4 L'information et orientation de la victime.

Afin d'installer une bonne prise en charge, la pluridisciplinarité des différents acteurs est importante : médical, psychologique, social, juridique. La cohésion, la complémentarité et l'interaction de ces différents professionnels vont permettre de fournir un accompagnement global et continu de la victime. Ceci va aider la victime à regagner son autonomie.

Il est important que la sage-femme connaisse les différents intervenants, structures, et démarches médico-judiciaires afin de proposer à la victime une orientation sécurisée. La sage-femme informera la victime sur les rôles des différents acteurs, les démarches administratives ou judiciaires, les numéros de téléphones nationaux ou locaux.

PARTIE 2

1. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.

1.1 La problématique

Les sages-femmes ont-elles l'ensemble des connaissances (savoir, savoir être, savoir-faire) pour une prise en charge pertinente des femmes violentées ?

1.2 Les objectifs

L'objectif principal de l'étude a été d'améliorer les connaissances et les pratiques des sages-femmes de Thionville et des agglomérations situées dans un rayon de vingt kilomètres autour de Thionville en 2017, afin de rendre la prise en charge des femmes victime de violences conjugales plus efficace.

Secondairement, je souhaitais :

- Interroger les sages-femmes sur leurs connaissances sur les violences conjugales.
- Interroger les professionnels sur leurs connaissances du dépistage des violences conjugales.
- Interroger les professionnels sur leurs expériences pratiques (prise en charge, certificat médical de constatation, réseau)
- Comparer les connaissances et pratiques des sages-femmes pour celles qui ont bénéficié d'une formation initiale et/ou continue sur les violences conjugales, et celles qui n'en n'ont pas bénéficié.

1.3 Les hypothèses

- Les sages-femmes en activités manquent d'informations et de pratique sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences.
- Les sages-femmes ont des difficultés à orienter les patientes avec les autres acteurs de préventions, associations et structures locales.
- Les violences conjugales sont un sujet tabou pour les sages-femmes.
- Les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation (initiale et/ou continue), prennent en charge les femmes violentées de manière plus efficace que celles qui n'en ont pas eu.

1.4 Le type d'étude.

Il s'agit ici d'une étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ces alentours en Avril 2017.

1.5 Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée à Thionville du 30 Mars au 27 Avril 2017. L'ensemble des données ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme. Le questionnaire a été testé avant la mise en œuvre de l'étude. Les questionnaires ont été distribués, après autorisation, auprès des sages-femmes hospitalières de la maternité de Thionville, et envoyés soit par courrier postal avec une enveloppe timbrée pour le retour

soit mail avec un lien renvoyant au questionnaire disponible en ligne aux sages-femmes libérales et territoriales de Thionville et ses proches environs.

1.6 Les biais de l'étude

Mon étude a présenté certains biais. Bien qu'il n'y ait eu que six questions ouvertes sur vingt-neuf, elles ont pu induire un comportement d'évitement et de lassitude des sages-femmes interrogées. Ce biais méthodologique a rendu l'exploitation des questions plus difficile.

Il est possible que les sages-femmes aient réalisé des recherches afin de répondre aux questionnaires. Ce phénomène peut ajouter un biais à mon étude.

2. LE PROTOCOLE D'ECHANTILLONNAGE.

2.1 La population de l'étude.

La population étudiée a été celle des sages-femmes en activité en Mars et Avril 2017 exerçant en milieu hospitalier, en libéral, ainsi qu'en secteur de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Thionville et ses alentours (dans un rayon de vingt kilomètres).

2.2 Les critères d'inclusions et d'exclusions.

Les critères d'inclusion ont été les suivants : les sages-femmes hospitalières exerçant au Centre Hospitalier Régional de Thionville et les sages-femmes libérales et territoriales exerçant sur Thionville et dans les agglomérations situées dans un rayon de vingt kilomètres : Terville, Yutz, Hayange, Guénange, Fameck, Illange, Hettange-Grande.

Les critères de non inclusion ont concerné les sages-femmes non volontaires, et celle exerçant en dehors de la zone géographique de l'étude.

L'échantillon de la population est donc constitué des sages-femmes de Thionville et de ses environs répartis selon leurs secteurs d'activités.

2.3 Les données collectées

Le questionnaire est composé de quatre parties :

- Les violences conjugales et ressenti des sages-femmes. Cette partie correspond au ressenti des sages-femmes vis-à-vis des violences conjugales, de leurs prises en charges. Ainsi que leurs formations et leurs sensibilisations sur le sujet.
- Mécanisme de la violence, elle se définit par les types de violences, leurs mécanismes, et les conséquences chez les femmes et l'enfant.

- Prise en charge des femmes victimes de violence avec les circonstances du dépistage réalisé par les sages-femmes, le nombre des femmes victimes rencontrées par les sages-femmes, les solutions d'accompagnement et d'orientation.
- Description des caractéristiques de la population contenant le lieu et l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme, lieu d'exercice.

Dans le cadre de cette étude, on évaluera les connaissances des sages-femmes sur le thème : le nombre de sages-femmes connaissant les mécanismes de la violence et le dépistage, la prise en charge des femmes victimes de violences (établissement du certificat médical de constatation, aide du réseau), et le nombre de sages-femmes ayant eues une formation (initiale ou continue) sur les violences.

L'ensemble des données ont été enregistrées à l'aide du logiciel Excel.

2.4 Les obligations règlementaires et éthiques :

Il a été possible pour les participants d'exercer un droit d'opposition, en refusant de répondre au questionnaire. Conformément à la loi de 2004, les participants ont pu avoir accès aux informations personnelles et ont disposé d'un droit de rectification par le biais de l'investigateur. De plus l'anonymat des intervenants a été respecté. À l'issue de la recherche, les données collectées ont été détruites. D'un point de vue éthique, l'opinion des participants a été respectée, et leurs données ont été retranscrites à l'identique.

Une demande d'autorisation d'effectuer l'étude a été obtenue auprès des cadres supérieurs de santé des différents hôpitaux publics ainsi qu'auprès des cadres supérieurs des sages-femmes territoriales.

3. LES RÉSULTATS :

3.1 La constitution de l'échantillon :

Successivement à l'envoi de 60 questionnaires, nous avons pu compter 30 questionnaires remplis. Parmi les sages-femmes qui ont répondu à l'enquête on peut compter, (plusieurs réponses pouvaient être choisies) :

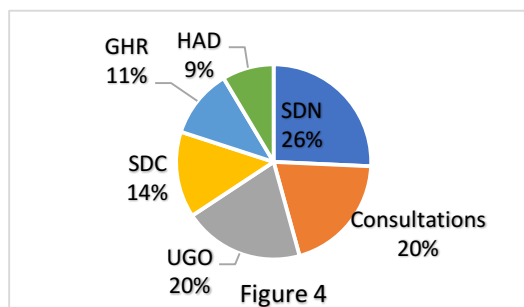
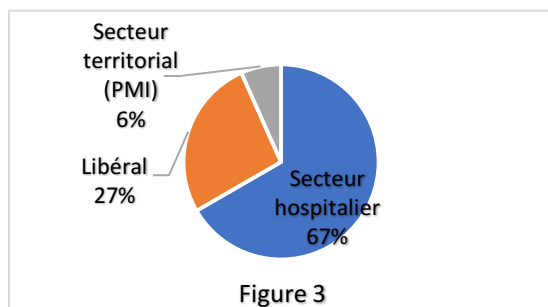


Figure 3 : Répartition des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017, en fonction de leur secteur d'activité (n=30).

Figure 4 : Répartition des sages-femmes hospitalières de Thionville en 2017 en fonction de leurs services d'activité (n=30).

Nous avons pu recensé dans la population, 10% (n=3) des sages-femmes qui ont eues leurs diplômes entre 1981 et 1985, 40% (n=12) entre 1986 et 2002, 30% (n=9) entre 2003-2011, et pour finir 20% (n=6) entre 2012 et 2016.

Parmi les sages-femmes interrogées :

- Treize, soit 43% exerçaient depuis moins 10 ans dont six moins de 5 ans.
- Huit, soit 29% exerçaient depuis 11 à 20 ans.
- Six, soit 21% exerçaient depuis 21 à 30 ans.
- Trois soit, 11% exerçaient depuis 31 à 35 ans.

La moyenne de la durée d'exercice de la population étudiée est de 15,2 ans.

Concernant le lieu de la formation initiale, on remarque que 19 sages-femmes ont étudié à Metz, cinq à Nancy, deux à Amiens, une à Strasbourg et 3 en Belgique.

3.2 Les violences conjugales et ressenti des sages-femmes.

3.2.1 La représentation de la violence

Les sondés ont été interrogées sur les trois mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'on évoquait « violences conjugales ». Les mots « coups », « emprise », « femme » sont les trois éléments qui sont ressortis le plus fréquemment, au minimum 5 fois.

Tableau 3 : Les mots utilisés pour illustrer les violences conjugales par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Mots	Nombre de citations
Coups, Emprise	6
Femme	5
Agression, Physique	4
Protection, Psychologique, Sexuel, Violences verbales, Traumatismes, Danger, Aide	3
Violence	2

Ensuite, une autoévaluation est proposée aux sages-femmes afin d'évaluer la possession d'outils théoriques adéquats face à une femme victime de violences conjugales.

L'item « je me sens complètement prête » a été relevé une seule fois. La majorité des sages-femmes (53%, n=16) estimait qu'elles se sentaient plutôt prêtes pour repérer les signes des violences conjugales. À la différence de la rédaction d'un certificat médical de constatation où 83% (n=25) n'étaient pas vraiment prêtes voir pas du tout.

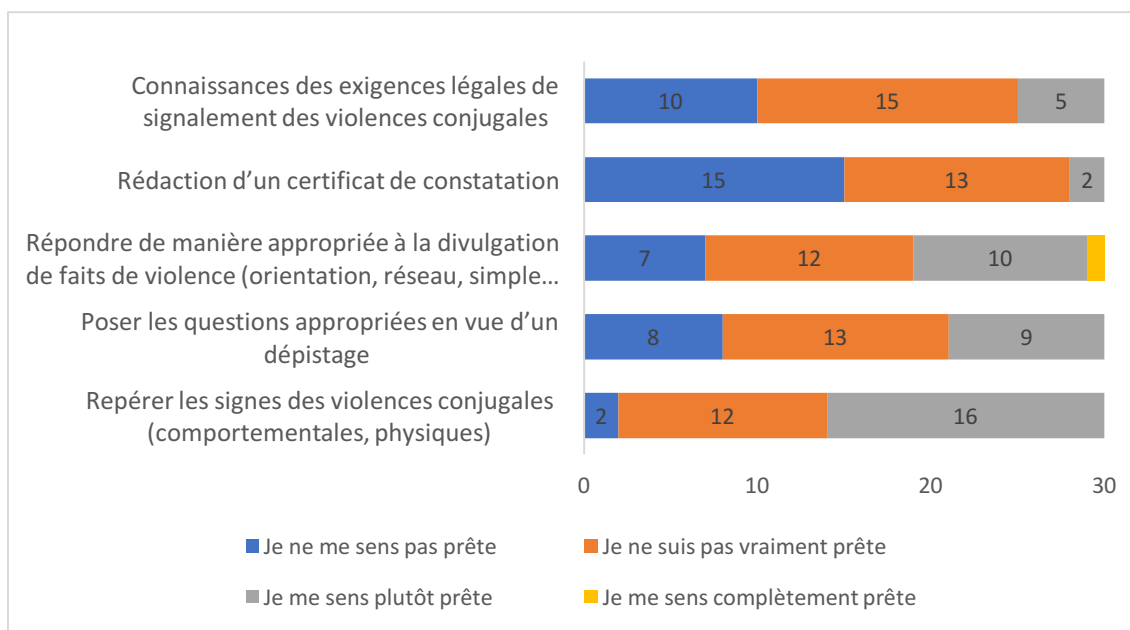


Figure 5 : Autoévaluation des outils théoriques pour la prise en charge d'une femme victime par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017, n=30.

Afin de faciliter la prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes, j'ai proposé aux sages-femmes de choisir l'outil qui leur semblait le plus pertinent pour faciliter leur pratique (plusieurs choix étaient possibles). Parmi les outils choisis, la formation a été adoptée par 67% (n=20) des participantes, et le guide à 43% (n=13).

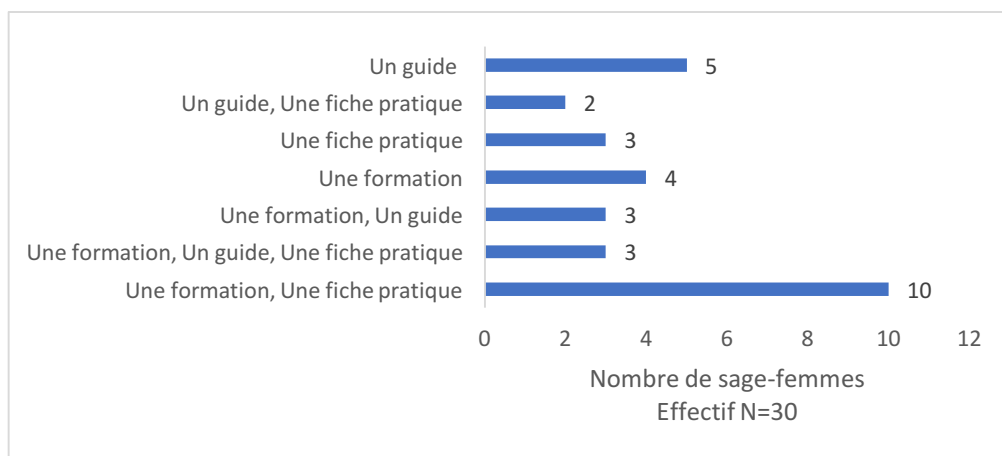


Figure 6 : Choix d'un ou plusieurs outils d'accompagnement pour la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017. Effectif n=30

3.2.2 La formation des sages-femmes aux violences conjugales.

Suite à l'étude, j'ai pu relever que 60% des sages-femmes (n=18) n'étaient pas formées aux violences conjugales. Parmi les 40% (n=12) des sages-femmes qui ont reçu une formation, 83% (n= 10) d'entre elles ont été formées dans le cadre de la formation continue et 17% (n=2) au cours de leur formation initiale.

Bien que certaines sages-femmes n'aient pas été formées aux violences conjugales (60%), une grande majorité 83% (n=15) a été sensibilisée de différentes manières. Les moyens de sensibilisation les plus fréquents sont la presse et les situations rencontrés au sein du travail. Il est à préciser que l'item « cas rencontrés au sein du travail » a émergé de la catégorie « Autre ».

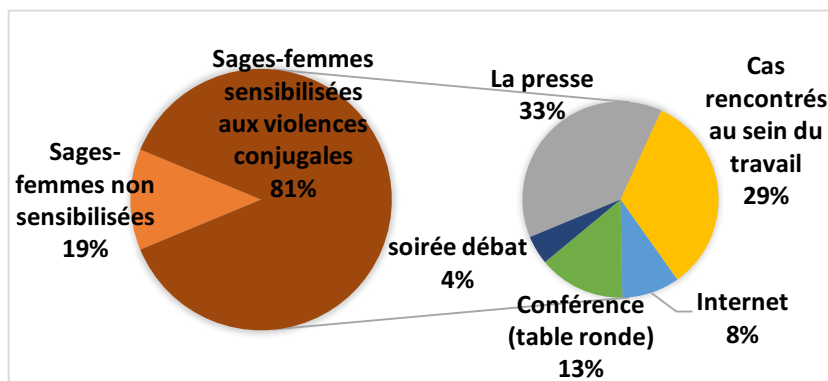


Figure 7 : Sensibilisation des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 non formées aux violences conjugales (n=16). Le graphique de droite représente les divers moyens de sensibilisation (la presse, soirée débat, conférence (table ronde), internet et cas rencontrés au sein du travail).

3.3 Le mécanisme de la violence conjugale.

3.3.1 Les différents types de violence conjugale.

L'ensemble des sages-femmes interrogées ont affirmées que les violences conjugales ne se définissaient pas uniquement par la violence physique. Par le biais d'une question ouverte, elles ont défini plusieurs types de violences. Plus de la moitié des participantes (60%) font références aux violences psychologiques. Seulement 3 des sondées ont mentionné les violences économiques, et aucune les violences administratives ou sur la parentalité.

Tableau 4 : Les différents types de violence conjugale cités par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Mots cités	Nombre de citations
Violences psychologiques	18
Violences verbales	14
Violences morales	9
Violences sexuelles	8
Harcèlement	6
Violences psychiques	4
Violences économiques	3

3.3.2 Le mécanisme de la violence conjugale et stratégies de l'agresseur.

Parmi les sages-femmes interrogées, 66,7% (n=20) avaient connaissance d'un schéma particulier qui régissait le mécanisme de la violence. Contre 26,7 % (n=8) qui ne savaient pas qu'il existait un schéma particulier et 6,7% (n=2) qui le niaient l'existence de ce dernier.

Par la suite, il était demandé aux sages-femmes ayant répondu par l'affirmative, de citer le nom du mécanisme de la violence.

Tableau 5 : Mots utilisés afin de définir le mécanisme de la violence par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Mots utilisés	Nombre de citation
Emprise	4
Spirale	
Cycle de la violence,	
Escalade de la violence,	3
Alternance de violences et de phase de lune de miel ou pseudo éclairée,	
Culpabilisation	
Notion d'existence d'un mécanisme mais nomination de ce dernier non connu	3
Dévalorisation, Isolement, Amour passionnel	2

Durant la vie d'une femme, il existe des périodes à risque d'apparition ou d'aggravation de la violence conjugale. Sous la forme d'un Questionnaire à Choix Multiples (QCM), les sages-femmes avaient le choix parmi les périodes : La séparation, la routine, début de relation, la grossesse, autre. Parmi l'item « Autre », les sages-femmes ont pu citer : les conditions socio-économiques, la perte de l'emploi, le chômage, toutes les périodes de tensions, vulnérabilité sociale, conduites addictives, accident de la vie, éléments marquant la vie, stress, sédentarité. La grossesse et la séparation sont ressortis le plus fréquemment.

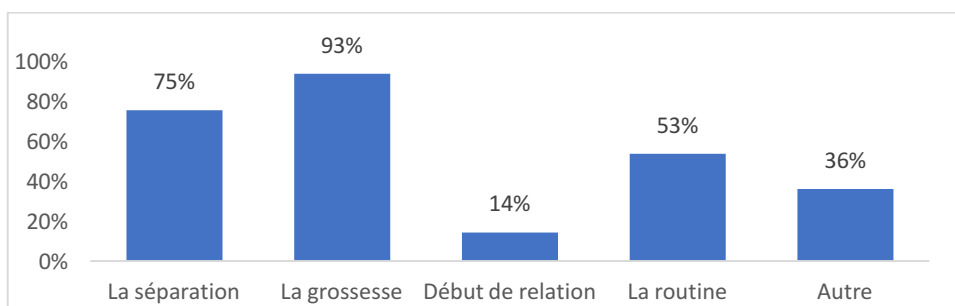


Figure 8 : Les périodes à risque d'apparition ou d'aggravation des violences conjugales (n=30).

Sous la forme d'une question ouverte, j'ai demandé aux professionnelles de répertorier les mécanismes et/ou stratégies utilisés par l'agresseur, afin de perpétuer sa domination sur la victime. Toutes les réponses énoncées par les sages-femmes correspondent aux stratégies de l'agresseur, l'isolement et la culpabilisation ont été cités le plus souvent.

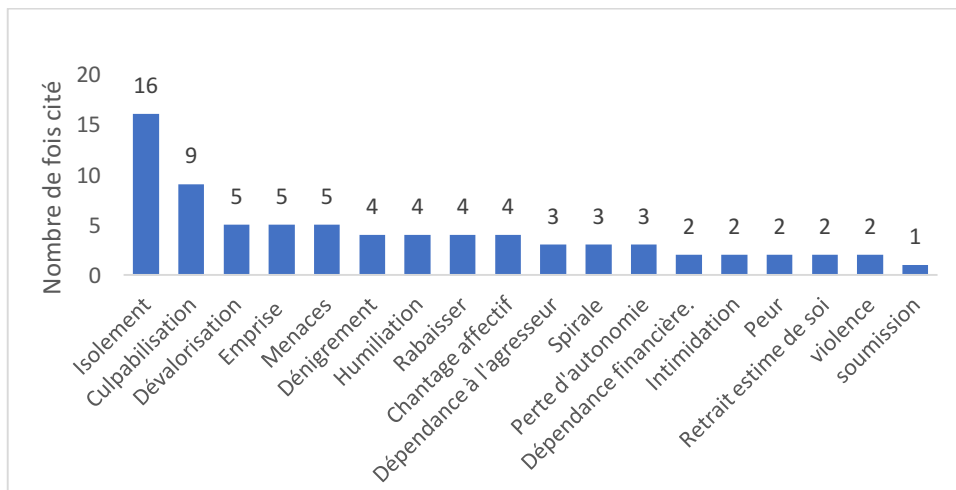


Figure 9 : : Mots utilisés pour décrire les stratégies de l'agresseur par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

1.1. L'IMPACT DES VIOLENCES CONJUGALES.

Les questions suivantes ont porté sur les connaissances des sages-femmes concernant l'impact des violences conjugales sur la femme et leurs enfants. Les sages-femmes devaient évoquer si la proposition était selon elles : « Vrai », « Probablement vrai », « Probablement faux », « Faux ». Les réponses concernant les conséquences sur la femme étaient justes à 97%, tandis que pour les enfants les réponses étaient 89% justes.

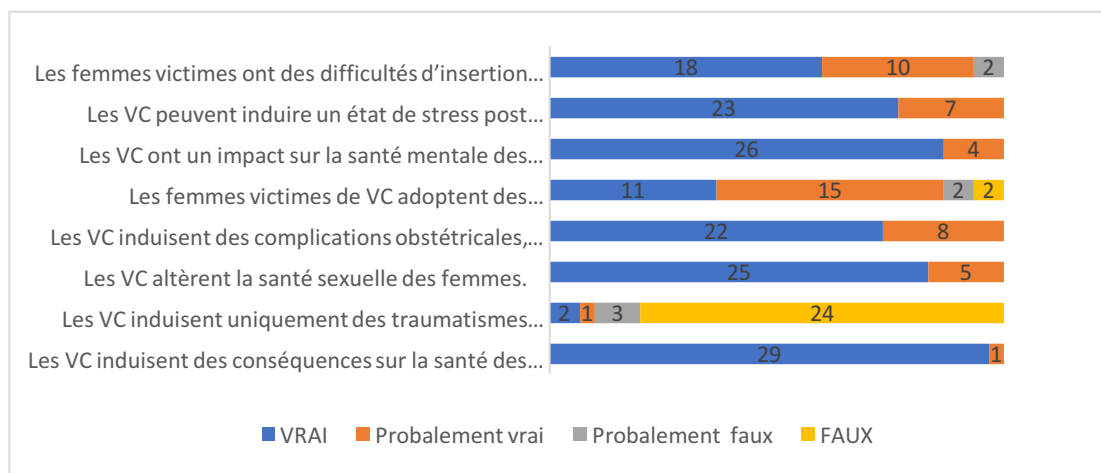


Figure 10 : Impact des violences conjugales (VC) sur la femme victime. Réponses des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

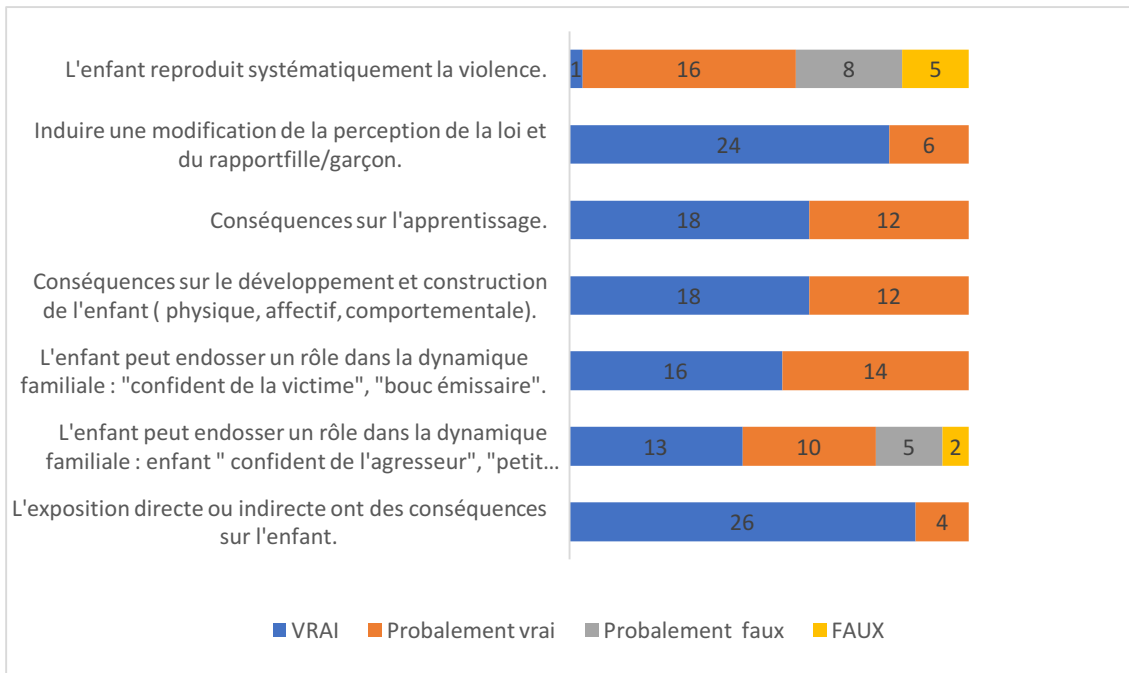


Figure 11 : Impact des violences conjugales sur l'enfant. Réponses des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

3.4 La prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

3.4.1 Dépistage des violences conjugales

Les sages-femmes ont dû choisir, grâce à un QCM, les signes d'appel, les signaux d'alerte de la violence conjugale. Toutes les réponses proposées étaient pertinentes. Dans l'item « autre » les sages-femmes ont cité : « hyper présence du conjoint », « l'oubli et l'absence de la patiente aux rendez-vous », « chute sur le ventre », « angoisse insomnie ».

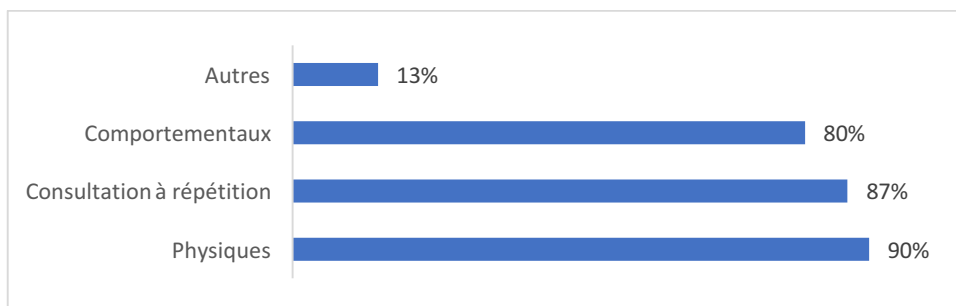


Figure 12 : Les signes d'appels de la violence conjugale choisis par les sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Dans l'item « autre » les sages-femmes ont précisé : « hyper présence du conjoint », « l'oubli et l'absence de la patiente aux rendez-vous », « chute sur le ventre », « angoisse insomnie ».

Lors de l'anamnèse, 57% (n=30) des sages-femmes interrogées ne réalisent pas le dépistage des violences conjugales. Parmi celles qui le faisaient, 40% (n=6) le réalisaient sur signaux d'appels, 20% (n=3)

systématiquement, 33% (n=5) fréquemment (trois fois sur quatre), 20% (n=3), souvent (une fois sur deux), 6,7% presque jamais.

J'ai recensé les éléments qui empêchaient le dépistage des violences conjugales, 4 réponses ont été proposées. En majorité, les sages-femmes ne réalisaient pas le dépistage car elles se sentaient mal à l'aise vis-à-vis de ce type de situation. Dans la catégorie « Autre » les sages-femmes ont relevé que : « *ce n'est pas une question automatique* », « *Je me rendais pas compte que le fait de " simplement" poser la question pouvait avoir un impact (même à long terme)* ». Certaines d'entre elles évoquaient le manque de formation.

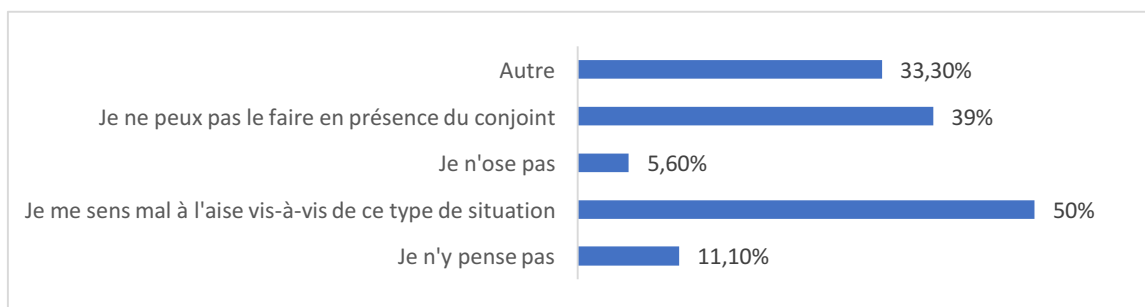


Figure 13 : Les raisons qui justifient la non réalisation du dépistage des violences conjugales. Réponses des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

3.4.2 Les solutions d'accompagnement proposées par les sages-femmes aux femmes victimes

Au cours des douze derniers mois, 60% (n=18) ont été confronté à une patiente victime de violences conjugales. Au total, les sages-femmes ont rencontré 33 femmes victimes. Ainsi, chaque sage-femme ayant participé à l'étude a rencontré, 1,83 femmes victime de violences.

3.4.2.1 Le certificat médical de constatation

Parmi les sages-femmes interrogées, aucune n'a rédigé de certificat médical durant leur carrière. Je les ai interrogées sur les raisons de ce comportement, 57% (n=17) n'ont pas été confrontée à cette situation. Dans la catégorie « Autre » les sages-femmes révèlent que : « *la patiente n'avait pas d'emploi* », « *la patiente ne voulait pas* », « *Situation gérée par AS/cadre/PMI* », « *Suivi par la sage-femme de consultation qui fait le nécessaire* », « *relais avec autres professionnels* », « *je ne savais pas que je pouvais en rédiger un* », « *je ne savais pas qu'on pouvait faire des ITT* ». Le plus souvent les sages-femmes indiquaient que c'était la cadre du service ou bien d'autres professionnels (assistante sociale, PMI) qui le rédigeaient.

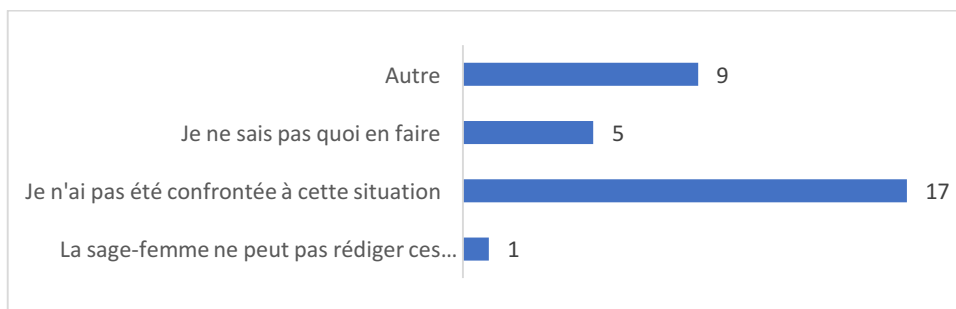


Figure 14 : Les raisons qui expliquent que les sages-femmes n'ont jamais rédigé de certificat médical de constatation. Étude auprès des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

3.4.2.2 Les solutions d'accompagnement proposées

Face à une femme victime, les sages-femmes ont fournies les solutions d'accompagnement pour lesquelles elles opèreraient. Les premiers professionnels vers lesquels les sondées orientent une patiente sont : l'assistante sociale (50%, n=15), la PMI et la psychologue (40%, n=12), les associations du secteur (30%, n=9). De manière plus rare, les sages-femmes dirigent vers les forces de l'ordre (10%, n=3), vers la conseillère conjugale (3%, n=1), ou mettent en place le réseau partenarial (7%, n=2).

Tableau 4 : Les solutions d'accompagnement proposées afin de faire face à une femme victime. Enquête auprès des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Solution d'accompagnement	Nombre de citations
Orientation vers l'assistante sociale	15
Orientation vers la PMI	12
Orientation vers la psychologue	12
Orientation vers les associations du secteur	9
Écoute	
Police/ gendarmerie	
Communication des numéros d'urgences	3
Communication des plaquettes d'informations	
Mise en place du réseau	
Rendez-vous plus fréquent	2
Orientation vers des structures d'hébergement	
Entretien	
Dépôt de plainte	1
Orientation vers la conseillère conjugale	

3.4.2.3 Connaissances des structures locales :

Tableau 5 : Connaissances des structures locales par les sages-femmes. Enquête auprès des sages-femmes de Thionville et ses alentours en 2017 (n=30).

Structures locales	Nombre de citation
PMI	7
Police / gendarmerie	
« Je ne sais pas »	5
ATHENES	4
LEA	
Inform'elles	3
CIDFF	
AIEM	
Intervenants sociaux	2
ATAV	
Assistante sociale	
Foyer à Yutz	
Centre Médico-Psychologique	
115 Samu social	1
3919	

PARTIE 3

1. LES LIMITES ET LES FORCES DE L'ÉTUDE

1.1 Les limites.

Malgré de multiples relances, le taux de participation fut de 50%, c'est-à-dire en dessous des objectifs que je m'étais fixés. Une participation plus importante aurait permis d'affiner et de donner plus de poids à mon étude. Cependant je ne peux négliger l'apport des 30 réponses reçues, qui ont permis la rédaction de ce travail.

J'étais consciente que certaines réponses à choix multiples pouvaient orienter les réponses des participants. Afin de minimiser l'orientation des réponses, j'ai ajouté l'item « Autre, à détailler ».

Je tiens à préciser que trois professionnels ayant participé à cette recherche ont suivi leur formation initiale en Belgique. Pour autant, j'ai délibérément choisi de les incorporer dans l'analyse finale car elles exercent depuis plusieurs années en France.

1.2 Les forces.

L'anonymat a permis aux sages-femmes de s'exprimer plus librement sur leur ressenti vis-à-vis des violences conjugales, et des situations qu'elles pouvaient rencontrer. Ceci a permis de mettre en lumière les besoins, les craintes et les a priori des sages-femmes face aux violences conjugales.

Grace à une question spécifique, j'ai pu quantifier le nombre de sages-femmes formées aux violences conjugales dans le bassin Thionvillois.

Ce travail pourrait être le point de départ de l'élaboration d'un protocole spécifique.

2. ANALYSE ET DISCUSSION

2.1 La formation des sages-femmes

Cette recherche a montré que près de 60% (n=18) des sages-femmes y participant n'ont pas été formées aux violences conjugales. D'après l'étude réalisée par la MIPROF en 2014, sur les 1474 sages-femmes interrogées, sept sur dix déclaraient ne pas avoir suivi de formation sur ce thème [43]. Ces deux résultats sont comparables ce qui tend à prouver que mon échantillon est représentatif de la population des sages-femmes renforçant ainsi la puissance de mon étude.

Parmi les douze sages-femmes formées aux violences conjugales, quatre ont été diplômées après 2014 (dont une en Belgique, qui a reçu une formation continue), les huit autres ont suivi une formation continue sur ce thème. Dans mon étude, 83% de sages-femmes ont été diplômées entre 1981 et 2013. Il est bon de rappeler ici qu'avant 2013, la question des violences conjugales ne figurait pas

dans le programme de la formation initiale du diplôme d'État de sage-femme. Ce thème a été inclus dans le programme de la formation initiale des sages-femmes par l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au diplôme de l'état de sage-femme suite au quatrième plan interministériel de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) [42]. Ici aussi, on peut rapprocher ce taux des chiffres nationaux. En effet, une majorité des sages-femmes françaises a été diplômée avant 2014. Elles n'ont donc par reçu d'informations sur les violences conjugales dans leur cursus initial. De fait, cette concordance dans les résultats vient renforcer la puissance de ma recherche, même si je n'ai pu recueillir que trente questionnaires.

Sur les trente questionnaires reçus, j'ai noté qu'au cours des douze derniers mois, dix-huit professionnelles se sont retrouvées, au moins une fois, face à une femme victime de violences. Parmi ces dix-huit sages-femmes, dix n'ont reçu aucune formation officielle. Leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales s'appuie essentiellement des informations recueillies officieusement (reportages, journaux, ...). Il en ressort que les sages-femmes ont besoin d'un accompagnement (formations spécifiques, mise à disposition d'outils supplémentaires spécifiques, ...). Ainsi, les sages-femmes se sentiraient mieux armées et plus en confiance pour faire face à une nouvelle situation de violence. En effet, la totalité des sages-femmes de mon étude qui n'ont pas été formées aux violences conjugales souhaiteraient une formation afin d'être plus confiantes dans leur accompagnement et prise en charge de femmes victimes. En outre, 75% des professionnelles formées (n=9) demandent la création d'un guide pour les accompagner.

2.2 Les connaissances des sages-femmes

Tout d'abord, la majeure partie des sages-femmes interrogées connaissent les principaux types de violences conjugales bien qu'elles n'aient pas pu tous les mentionner. De même, en ce qui concerne le mécanisme de la violence, vingt sages-femmes ont la notion d'un schéma particulier. Parmi ces dernières, seules douze, ont pu nommer ce schéma mais avec leurs termes. Ensuite, peu importe le niveau de formation, la quasi-totalité des sondées avait connaissance d'au moins une stratégie de l'agresseur pour perpétuer sa domination sur sa victime. Mais, les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation ont fourni plus de termes et ont été plus précises. Ainsi, même si elles ne sont pas toutes formées aux violences conjugales, les sages-femmes possèdent les notions de base concernant les violences conjugales. On sait qu'il est primordial de posséder les notions théoriques sur les mécanismes de la violence afin de répondre de manière adéquate aux violences conjugales.

Il est à noter que la connaissance et l'identification des stratégies de l'agresseur permettent aux sages-femmes d'élaborer une prise en charge adaptée tel que le maintien de la confiance et de la sécurité de la victime. En effet, ces stratégies sont utilisées afin de perpétuer l'emprise sur la victime. Parmi elles, on peut mentionner la dévalorisation, ce qui induit une perte de confiance de la victime, l'isolement en fait également partie. L'identification des stratégies permet aux professionnels d'inventer les leurs. Je donnerai pour exemple le simple fait de revaloriser la patiente ou de lui créer un entourage social (réduction des délais entre les rendez-vous, cours de préparations à la naissance et à la parentalité, orientation vers des associations d'aide aux victimes). De plus, une prise en charge pluridisciplinaire, peut lui permettre de récupérer son l'autonomie, de rompre l'isolement, et sortir de la

violence. C'est pourquoi on peut penser que les manques, conscients ou non, peuvent nuire à l'accompagnement des femmes victimes de violences.

Lors de l'évaluation des connaissances sur l'impact des violences conjugales, il est révélé que les réponses concernant les femmes étaient justes à 97%, tandis que pour les enfants les réponses étaient 89% justes. On peut imaginer que les sages-femmes ont des connaissances plus restreintes sur les conséquences sur l'enfant. Ces notions, sont considérables dans la prise de conscience des conséquences médico-psycho-traumatiques induites et leurs impacts materno-infantiles, à court, moyen et long terme. La compréhension et l'identification par les professionnels, des mécanismes psychologiques provoqués par les violences, évitent une stigmatisation des victimes. Le professionnel pourra expliquer à la victime ces processus afin qu'elle n'ait pas un sentiment de honte ou culpabilité. De plus l'identification de ces conséquences peut permettre de réaliser un dépistage de ces violences.

À l'issue de ma recherche, on a pu relever que les sages-femmes détenaient des connaissances sur le sujet. Cependant ces notions demeurent partielles, et rendent certainement les sages-femmes mal à l'aise ou démunies face aux femmes victimes de violence.

2.3 Le dépistage des violences conjugales

2.3.1 Réalisation du dépistage

Dans mon étude, lors de l'anamnèse, treize sages-femmes réalisent le dépistage des violences conjugales. Parmi elles, sept exercent en libéral, cinq en milieu hospitalier et trois en PMI. D'après l'échantillon, on peut donc en déduire que 100% des sages-femmes territoriales, 88% des sages-femmes libérales et 25% des sages-femmes hospitalières procèdent au dépistage. Dans la population des sages-femmes hospitalières, les sages-femmes formées (n=5) réalisent deux fois plus le dépistage (40%, n=2) que les sages-femmes non formées (trois sur quinze). L'absence du dépistage chez les sages-femmes hospitalières peut éventuellement s'expliquer par le manque de formation sur le thème. Le dépistage des violences nécessite un temps d'écoute active et un temps de réponse (entretien avec la patiente, mise en place du réseau...). En pratique, au vu du contexte économique actuel et de la diminution des effectifs des professionnels par rapport à l'activité, il existerait probablement un manque de temps ou de moyens.

Cinquante-sept pour cent des participantes (n=17) déclaraient ne pas réaliser le dépistage, huit d'entre elles se sentaient mal à l'aise face à ces situations. Une des raisons qui justifiaient ce comportement était le manque de formation préalable. Ce dernier, peut-être corrélé avec le fait que les sondées ressentent une gêne dans cette situation. La présence du conjoint est un des obstacles au dépistage, il serait peut-être judicieux de trouver un moyen de se retrouver seul avec la victime.

2.3.2 La fréquence du dépistage.

Seules trois sages-femmes déclaraient procéder au dépistage systématique des violences conjugales. Deux d'entre elles exercent en libéral et la dernière en secteur territorial (PMI).

Quatre sages-femmes réalisent le dépistage fréquemment (trois fois sur quatre). Trois d'entre elles exercent en libéral et la dernière en PMI. Ensuite, les sages-femmes qui effectuent le dépistage sur des signaux d'appels (n=4) sont à 75% (n=3) hospitalières. Dans ce cas (n=4), le questionnement est réalisé par 3 sages-femmes hospitalières et une sage-femme libérale.

D'après ces données, on peut déduire que le dépistage systématique ou fréquent est plus facilement réalisé par les sages-femmes libérales et de PMI. Toutes les participantes exerçant en secteur territorial ont été formées et réalisent le dépistage. On peut penser que les sages-femmes de PMI sont plus sensibilisées aux violences conjugales grâce à leurs pratiques. Mise à part une sage-femme libérale, toutes réalisent la recherche des violences durant leur anamnèse. La relation de confiance et la proximité entre le professionnel et le patiente qu'ont les sages-femmes libérales pourrait faciliter le dépistage des violences.

Toutefois, d'après une enquête de l'ENVEFF, de 2000, 10% des femmes interrogées, déclaraient avoir été victimes de violences conjugales. En sachant que les signes de violences ne sont pas toujours visibles, lorsque qu'une sage-femme rencontre une patiente, le dépistage devrait être un réflexe professionnel. Dans le cas du suivi de grossesse et selon les recommandations de l'HAS, le dépistage devraient être réalisé durant l'entretien prénatal individuel [53].

2.4 Solution d'accompagnement, et l'orientation vers le réseau partenarial.

Tout d'abord, il convient de rappeler que la prise en charge d'une femme victime est pluridisciplinaire (médico-psycho-juridico-social). Le recours le plus cité par les sondées et l'orientation de la patiente vers une Assistante de Service Social (ASS) (hôpital ou de secteur). Cependant, les travailleurs sociaux bénéficient d'une formation initiale et continue (kits pédagogiques de la MIPROF « Anna », « Elisa », « Tom et Lena » ; une fiche réflexe) officielle pour les violences faites aux femmes depuis le cinquième plan interministériel. Le problème ne sera donc que déplacé, l'ASS devra poursuivre la prise en charge avec son propre réseau partenarial. Il serait intéressant que la sage-femme qui ait réalisé le dépistage reste intégrée dans la prise en charge pluridisciplinaire, plutôt que de déplacer la prise en charge. Ceci afin de prolonger la continuité des soins (care and cure).

La sage-femme, doit être au clair sur le rôle des intervenants pluridisciplinaires, c'est-à-dire savoir ce qu'apportera un gendarme, un psychologue, un psychiatre, une association de soutien, ... et ce, afin de sécuriser l'orientation. En effet, la sage-femme peut être le point de départ de la prise en charge ou de la mise en place du réseau partenarial. Elle identifiera les besoins (médicaux, sociaux, psychologiques et juridiques) de la victime afin de l'orienter vers les partenaires adéquats.

En deuxième position, toujours d'après les réponses fournies par les sages-femmes, les femmes victimes sont dirigées soit vers la PMI, soit vers le psychologue. La PMI, à juste titre, fait partie des orientations principales, ceci s'explique par sa pluridisciplinarité et son réseau partenarial. En effet, la PMI de Thionville est en collaboration avec l'association d'ATHENES. La place du psychologue dans la prise en charge d'une femme victime est tout à fait pertinente ; il joue un rôle primordial dans le processus de prise de conscience du cycle de la violence et de l'emprise. Il va accompagner les femmes

dans le but de remédier aux mécanismes psychologiques (notamment ESPT), et commencer un travail pour sortir de la violence. Depuis 1989, de multiples études ont montré l'efficacité de la technique Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR), cette dernière est devenue un des traitements de l'ESPT. Cette méthode est reconnue comme efficace dans le programme thérapeutique pour les femmes victimes [54]. Cependant, il faut prendre en compte les moyens financiers des victimes et ne pas oublier la formation des psychologues et psychiatres à cette technique.

Je tiens à préciser que l'un comme l'autre a sa place dans la prise en charge pluridisciplinaire ; l'élément important à retenir est la cohésion et l'interaction continue des différents acteurs.

Enfin, en troisième position, elles adressent les patientes à des associations, sans pour autant pouvoir les situer et les nommer. On peut alors se questionner sur la connaissance que les sages-femmes ont des associations de secteurs. Ces dernières pourraient se présenter auprès des sages-femmes lors d'une journée de formation consacrée à ce thème.

Pour finir, les sages-femmes devaient citer des structures locales vers lesquelles elles ont la possibilité d'orienter une femme victime. Huit n'ont rien répondu. La PMI a été citée sept fois, mais à quatre reprises, elle était la seule réponse donnée. Deux professionnelles proposent une orientation uniquement vers les forces de l'ordre. Certaines structures d'accueil locales telles que l'AIEM (2 fois), Inform'elles (3 fois) ou encore LEA (3 fois) ont été citées. Enfin, seules cinq sondées ont cité deux structures ou plus.

Au vu des résultats, il en ressort que les structures locales ne sont pas connues dans leur globalité.

3. LES SOLUTIONS PROPOSÉES.

La prise en charge d'une femme victime de violences conjugales ne peut être efficace que si la professionnelle la prenant en charge possède les connaissances théoriques et pratiques sur ce sujet. Or ; l'analyse de cette étude a mis en évidence le manque de formation et d'outils pratiques.

C'est pourquoi, dans cette partie, je proposerai des outils qui pourraient faciliter la prise en charge de ces situations fréquentes, graves de par leurs conséquences mais trop souvent méconnues.

3.1 Les solutions lors de la formation initiale

Sur quatre années d'études, ce n'est qu'en master 2 que les étudiants ont recours à une journée de formation sur les violences faites aux femmes. En master 1, une UE optionnelle « violences faites aux femmes » était accessible pour un nombre restreint d'étudiants. Cependant, pour participer à cette option, un tirage au sort avait été effectué, cela montre l'intérêt porté par les étudiants face à ce sujet. De plus, un seul étudiant pouvait participer à un stage de Wendo, avec des femmes en difficultés dans leur couple (plus ou moins de gravité). Suite à cette formation, on peut se questionner sur la capacité à prendre en charge seule une femme victime. Des apports théoriques supplémentaires, le témoignage de professionnels, de membres d'associations, de victimes, et l'intervention de professionnels de

différents secteurs seraient opportuns. Le récit d'une femme qui a été victime peut déclencher un déclic chez les futurs professionnels et attiser leur curiosité.

Ne serait-il pas important d'offrir cette opportunité à l'ensemble des étudiants qui le souhaitent ?

En première année, je proposerai dans le cadre d'une UE optionnelle que l'école puisse établir un partenariat avec des associations de secteurs concernées par cette problématique. Les étudiants pourraient s'y rendre bénévolement ou bien participer et proposer leur aide lors d'animations collectives.

Dans les années à venir, les étudiants pourraient être impliqués lors de la Journée Internationale de Violences Faites aux Femmes. Plusieurs actions sont possibles : la sensibilisation du grand public avec des tracts ou des activités ludiques à la portée de tous. Ceci pourrait être établi en partenariat avec les associations locales afin de toucher aussi bien les étudiants de toutes les promotions que le grand public.

3.2 Les solutions pour les professionnels.

La création d'une journée de formation sur les violences conjugales pluriprofessionnelle avec intervention des différents acteurs de la prise en charge, par exemple du réseau partenarial au sein de la maternité de Thionville pourrait répondre à la demande ou aux besoins de sages-femmes.

Cette formation comporterait des notions théoriques sur les violences (mécanismes, facteurs de risques, conséquences, dépistage et prise en charge). Durant son déroulé, différents intervenants de chaque secteur présenteraient leur mission et leur rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire. Dans la mesure du possible, le témoignage d'une femme victime.

- Un intervenant social qui a un rôle dans la détection des situations de violence, d'accompagnement dans les démarches sociales et juridiques.
- Un membre de la police ou la gendarmerie, il intervient auprès de la victime afin de la sécuriser, de recueillir une plainte, un procès-verbal ou l'enregistrement d'une main courante.
- Un psychologue, il va rappeler les mécanismes psychologiques et psychiques induits par les violences conjugales. Il amène une écoute supplémentaire, une aide pour sortir de la spirale dans laquelle la femme est entrée.
- Un référent juridique (juge, avocat).
- Un médecin d'UMJ, il pourra mentionner les différents signes de la violence. Il rappelle les modalités de rédaction du certificat médical de constatation, et de délivrance des ITT.
- Une référente du CIDFF, elle a un rôle d'information, d'accompagnement et d'orientation afin que les femmes accèdent à leurs droits.
- Un représentant des associations, il sensibilisera les professionnels sur les associations présentes sur le secteur et de leurs rôles.
- Une conseillère conjugale, elle développera ses techniques d'entretien, soit avec le couple, soit avec la femme victimes.
- Une sage-femme formée sur le thème, elle pourra développer l'aspect pratique et présenter la posture professionnelle.

Après chaque intervention, il serait possible d'aménager un temps de parole pour les professionnels de santé. Cela leur donnerait l'occasion de s'exprimer sur leurs expériences professionnelles et d'interroger les intervenants sur des aspects pratiques. Cette prise de contact établirait une relation de confiance entre les professionnels de santé et les acteurs du réseau. En effet, on peut imaginer que les sages-femmes sauraient dorénavant à quels professionnels se référer.

Cette journée comprendrait également des ateliers pratiques avec des mises en situation (dépistage, prise en charge, rédaction d'un certificat médical de constatation).

J'ai envisagé la création d'un classeur à la disposition des sages-femmes, dans lequel se retrouveront :

Un outil pratique, présenté sous la forme d'une plaquette. Celle-ci serait spécifique au rôle de la sage-femme et présenterait les notions théoriques de base. À travers cette expression on pourrait y retrouver : les mécanismes et les conséquences de la stratégie de l'agresseur.

- Une fiche avec des questions types ayant pour but de dépister la présence ou non de violences.
- Un schéma simpliste et explicite sur le parcours, toujours théorique de la femme victime pour sortir de l'emprise de son agresseur. Cette fiche serait mise à disposition de tous les professionnels exerçant au sein de la maternité.
- Plusieurs exemplaires de certificats médicaux de constatation ainsi que la liste des éléments à joindre, dans le but de faciliter une future rédaction.
- Un annuaire des associations du secteur, avec un rappel de leurs actions.
- L'ensemble des documents qui existent déjà, comme par exemple la plaquette du CIDFF ou le document « En cas de violence, brisez le silence » de la DDCS.

Dans les dossiers obstétricaux et gynécologiques, il pourrait être opportun d'inclure dans l'anamnèse un item « à risque » dans le but d'avertir les autres professionnels d'un possible risque de violences sans pour autant stigmatiser la patiente. Dans l'optique de la validation de l'item, le fait de cocher la case « à risque » devra se faire avec l'accord de la patiente.

La formation de plusieurs sages-femmes référentes aux violences faites aux femmes (idéalement une par roulement). Elles pourraient occuper un rôle d'astreinte et ainsi intervenir dans tous les services de la maternité. Pour exemple, en cas d'arrivée d'une femme victime d'un viol au service d'Urgences Gynécologiques Obstétriques, la sage-femme référente serait immédiatement mobilisée. Son rôle serait prépondérant. En effet, elle aurait les connaissances approfondies sur le sujet que d'autres professionnelles n'ont pas. Elle soulagerait l'équipe de garde en cas de nouvelle urgence à venir. Elle serait présente au côté de la femme victime pour lui apporter les soins nécessaires et une présence humaine.

CONCLUSION

Tout d'abord, à grande échelle, les actions nationales pour lutter contre les violences conjugales sont en plein essor. Les cinq plans interministériels en sont l'image la plus marquante. On peut également citer les diverses campagnes de communication qu'elles soient papiers, télévisuelles et sur la toile.

Ensuite, à plus petite échelle, on constate que sur le territoire thionvillois, les associations diverses sont bien présentes et fournissent un travail remarquable. Il sera nécessaire de travailler plus régulièrement avec elles en partenariat dans les temps à venir afin d'accompagner au mieux les femmes victimes. Les autres partenaires sont également importants, je pense aux forces de l'ordre, aux médecins d'UMJ, les psychologues, ...

Puis, ce que je retiendrai de cette étude est la volonté des sages-femmes de se former face au fléau des violences conjugales. Quel que soit leur âge, leur expérience, leur parcours, la motivation est présente pour la majeure partie d'entre elles. Avec le temps, on ne peut savoir si le nombre de femmes victimes va diminuer ou s'accroître, cependant, les dépistages se doivent d'être plus précis. Je rappellerai une dernière fois dans mon écrit, mais cela se justifie par son importance, les violences ne sont pas que physiques. Pour l'illustrer, en janvier 2012, le slogan publicitaire contre La violence faites aux femmes de Richard Leclerc stipulait que : « *La violence, ce n'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal* ». Il n'est pas nécessaire d'expliquer ce dernier tant il est clair de sens.

Certes, mon écrit se termine, mais je le garderai comme ligne de conduite tout au long de ma carrière en tant que sage-femme. J'utiliserai les connaissances et les apprentissages qu'il m'aura apportés pour appuyer et guider la pratique des professionnels que je côtoierai. Je parle d'une sage-femme référente dans ma troisième partie, j'aimerais occuper ce poste.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Combis Schlumberger H. Violences faites aux femmes: une chronologie en dix dates avec Benoîte Groult. 24 Novembre 2016. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult>
- [2] Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Repères chronologiques. 2017. [En ligne] . (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult>
- [3] Ministère de l'intérieur, Délégation d'aide aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2014. Ministère de l'intérieur; 2014 : 4.
- [4] Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation des soignants. J Gynecol Obs. Biol Reprod. Février 2005; 34(1): 62-7.
- [5] Organisation des Nations Unies. Assemblée générale : Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. 23 février 1994 : 3.
- [6] Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Aide Mémoire. Novembre 2016. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
- [7] Salmona M, Coutanceau Roland. Violences conjugales et famille. DUNOD; 2016.
- [8] Institut national de la statistique et des études économiques. Enquête de victimation- Cadre de vie et de sécurité.
- [9] Jaspard M and L'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France Population & Sociétés. 2001 ; 364 : 1-4.
- [10] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences faites aux femmes : les principales données. La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Novembre 2015 ; 8 : 2-5.
- [11] Ministère de l'intérieur. Morts violentes au sein du couple : 118 femmes décédées en 2014. 10 Juin 2015. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Morts-violentes-au-sein-du-couple-118-femmes-decedees-en-2014>.
- [12] Institut National d'études démographiques. Enquête VIRAGE. Violences et

- rappports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes.2009. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/294/plaquette_virage.fr.pdf
- [13] Ministère de l'éducation nationale.Premiers résultats de l'enquête Virage - Des données pour agir contre les violences faites aux femmes. 23 novembre 2016. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid109715/premiers-resultats-de-l-enquete-virage-des-donnees-pour-agir-contre-les-violences-faites-aux-femmes.html>.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé.Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: Conséquences sur la santé. 2012 : 1–12
- [15] Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : how types of abuse impact health status.Psychosomatic Medecine. 1996 ; 58 : 4-15.
- [16] Krug G, Dahlberg L, Mercy J. Rapport mondial sur la violence et la santé. *Rapport de l'OMS*.2002 ; 404 : 112-5.
- [17] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court metrage de formation tom et lena. 2016; 52: 15-20.
- [18] Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences implications for.American Journal of Lifestyle Medicine.2011; (5) : 428–39.
- [19] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé. *Les Dossiers L'Obstétrique*. 2002; (303) : 2–17.
- [20] Les législateurs. Article 222-23. Code pénal. 22 Juillet 1992.[En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- [21] Les législateurs. Loi n° 92-686 du 22 Juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre la nation, l'Etat et la paix publique. 23 Juillet 1992.[En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000540288&categorieLien=id>.
- [22] Les Législateurs. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.12 Décembre 2005. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000786845>

- [23] Les législateurs. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 4 Avril 2006. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT000000422042#LEGIARTI0000006250469>.
- [24] Les législateurs. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. 6 Mars 2007. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&dateTexte=&categorieLien=id>
- [25] Les législateurs. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 10 Juillet 2010. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id>
- [26] Les législateurs. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 5 Août 2014. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id>
- [27] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La loi pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes du 4 août 2014. Les principales avancées renforçant la protection des femmes victimes de violences au sein du couple. 2014 : 3.
- [28] Secrétariat d'État en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. les 1er, 2ème et 3ème plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/les-3-premiers-plans-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>.

- [29] Ministère des familles de l'enfance et des droits des femmes. Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007 10 mesures pour l' autonomie. 2007 : 21.
- [30] Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Deuxième plan global triennal (2008-2010). Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes. 2007 : 21.
- [31] Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes - 2011-2013 (3e plan). 2011 : 79.
- [32] Ministère des Droits des Femmes. 4^{ème} Plan Interministériel De Prévention Et De Lutte Contre Les Violences Faites Aux Femmes 2014-2016. 2014 : 44.
- [33] Les législateurs. Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 3 Janvier 2013. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026894612&categorieLien=id>.
- [34] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court métrage de formation Anna. 2016 : 36.
- [35] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation 'Elisa'. 2016 : 52.
- [36] Ministère du travail des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels. 2009 ; 48 : 28-40.
- [37] Convention locale relative au traitement des mains courantes et des procès verbaux de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales. 25 Novembre 2015; 9 : 3-4.
- [38] Ministère de la justice et des libertés. Les violences au sein du couple. Guide de l'action publique. Novembre 2011; 101 : 21.
- [39] Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles. Lutte contre les violences faites aux femmes. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.infofemmes.com/v2/p/Lutte-contre-les-violences/10>.
- [40] Ministère des Droits des Femmes. Les violences conjugales. Lutte contre les violences envers les femmes. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp->

- content/uploads/2011/03/Lutte-contre-Violences-conjugales_version-2012.pdf
- [41] Association d'Information et d'Entraide Mosellane. INFORM'ELLES : lieu d'accueil départemental des femmes victimes de violences. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <http://www.association-aiem.fr/violence/>
- [42] Les légilstateurs. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. 11 Mars 2013. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>.
- [43] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. 2014; 22 : 5.
- [44] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences faites aux femmes : une urgence de santé publique. 2015. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_mars_2015_miprof_cnnse.pdf.
- [45] Code de déontologie des sages-femmes. Article R.4127-316. code de la santé publique.
- [46] Eicher C. Le dépistage systématique des violences conjugales : quelles compétences à développer dans la pratique sage-femme. 2014.
- [47] Organisation Mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violences sexuelles. Manuel Clinique; 112 : 14–15.
- [48] Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. ELISA des outils pédagogiques à destination des professionnel-le-s. 2014.
- [49] Supply B. Prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes. Vocation Sage-femme. Mars-Avril 2012; 11 : 46 : 10-5.
- [50] Delespine M . Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences. Vocation Sage-femme. Novembre-Décembre 2014; 13 (111) : 24–8.
- [51] Les législateurs. Article R.4127-333. Code de la Santé Publique. 2004. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001461028&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id>

- [52] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Fiche établie par le conseil de l'ordre des sages-femmes. Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences. Juin 2015. 5. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes_CNOSF.pdf
- [53] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.42: 20. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2017). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [54] Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P. Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR): études de cas. *Evol psychiatr* 2012; 77.
- [55] Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Rapport final de l'étude. Paris : Pystel. 2014; 102.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE.....	3
ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
PARTIE 1.....	8
1. LES VIOLENCES CONJUGALES FAITES AUX FEMMES.....	9
1.1 DEFINITIONS.....	9
1.1.1 <i>Définition des violences faites aux femmes.</i>	9
1.1.2 <i>Définition des violences de partenaires intimes.</i>	9
1.2 LE MECANISME DE LA VIOLENCE CONJUGALE.....	9
1.2.1 <i>Définition</i>	9
1.2.2 <i>Illustration.</i>	10
1.3 ÉPIDEMIOLOGIE.....	10
1.4 LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES CONJUGALES.....	11
1.4.1 <i>Les conséquences sur la santé des femmes victimes.</i>	11
1.4.2 <i>Les conséquences sur les enfants.</i>	11
1.4.3 <i>Un enjeu de santé publique.</i>	11
2. LES ACTIONS PUBLIQUES MISES EN PLACE POUR LUTTER CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES.....	12
2.1 HISTORIQUE.....	12
2.1.1 <i>L'action internationale.</i>	12
2.1.2 <i>L'action nationale.</i>	12
2.2 LES AVANCEES LEGISLATIVES.....	13
2.3 LES ACTIONS DE L'ETAT.....	14
2.3.1 <i>Les quatre premiers plans triennaux.</i>	14
2.3.2 <i>Le cinquième plan interministériel.</i>	15
2.4 LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCE.....	15
2.4.1 <i>Les forces de l'ordre.</i>	16
2.4.2 <i>La prise en charge judiciaire.</i>	16
2.4.3 <i>L'information et accompagnement juridique des femmes victimes.</i>	16
2.4.4 <i>Les soins urgences.</i>	17
2.4.5 <i>Les structures d'accueil, d'écoute et d'accompagnement.</i>	17
2.4.6 <i>Les structures d'hébergements pour les femmes et leurs enfants.</i>	18
3. LES VIOLENCES CONJUGALES ET SAGES-FEMMES.....	18
3.1 UN ROLE PREPONDERANT.....	18
3.2 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES.....	18
3.3 LA SAGE-FEMME ACTRICE ET COORDINATRICE.....	19
3.3.1 <i>Le dépistage.</i>	19
3.3.2 <i>La prise en charge.</i>	20
3.3.3 <i>Le certificat médical de constatation.</i>	21
3.3.4 <i>L'information et orientation de la victime.</i>	21
PARTIE 2	22
1. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.....	23
1.1 LA PROBLEMATIQUE.....	23
1.2 LES OBJECTIFS.....	23
1.3 LES HYPOTHESES.....	23
1.4 LE TYPE D'ÉTUDE.....	23
1.5 LE DEROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	23
1.6 LES BIAIS DE L'ÉTUDE.....	24
2. LE PROTOCOLE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	24

2.1	LA POPULATION DE L'ETUDE.....	24
2.2	LES CRITERES D'INCLUSIONS ET D'EXCLUSIONS.....	24
2.3	LES DONNEES COLLECTEES.....	24
2.4	LES OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES :	25
3.	LES RÉSULTATS :	25
3.1	LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON :	25
3.2	LES VIOLENCES CONJUGALES ET RESENTI DES SAGES-FEMMES.	26
3.2.1	<i>La représentation de la violence.....</i>	26
3.2.2	<i>La formation des sages-femmes aux violences conjugales.....</i>	27
3.3	LE MECANISME DE LA VIOLENCE CONJUGALE.	28
3.3.1	<i>Les différents types de violence conjugale.....</i>	28
3.3.2	<i>Le mécanisme de la violence conjugale et stratégies de l'agresseur.....</i>	28
1.1.	L'IMPACT DES VIOLENCES CONJUGALES.	30
3.4	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE.....	31
3.4.1	<i>Dépistage des violences conjugales.....</i>	31
3.4.2	<i>Les solutions d'accompagnement proposées par les sages-femmes aux femmes victimes.....</i>	32
3.4.2.1	Le certificat médical de constatation.....	32
3.4.2.2	Les solutions d'accompagnement proposées.....	33
3.4.2.3	Connaissances des structures locales :	34
PARTIE 3	35
1.	LES LIMITES ET LES FORCES DE L'ÉTUDE.....	36
1.1	LES LIMITES.....	36
1.2	LES FORCES.	36
2.	ANALYSE ET DISCUSSION.....	36
2.1	LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	36
2.2	LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES.....	37
2.3	LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES.....	38
2.3.1	<i>Réalisation du dépistage.....</i>	38
2.3.2	<i>La fréquence du dépistage.....</i>	38
2.4	SOLUTION D'ACCOMPAGNEMENT, ET L'ORIENTATION VERS LE RESEAU PARTENARIAL.....	39
3.	LES SOLUTIONS PROPOSÉES.....	40
3.1	LES SOLUTIONS LORS DE LA FORMATION INITIALE	40
3.2	LES SOLUTIONS POUR LES PROFESSIONNELS.....	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
TABLE DES MATIERES.....	50
ANNEXES	52
ANNEXE I.....	53
ANNEXE II	61
ANNEXE III.....	62
ANNEXE IV	63
ANNEXE V.....	64

ANNEXES

ANNEXE I

Annexe I : Mon questionnaire

Mémoire : Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville

Bonjour,

Je m'appelle Yasmine BELOUASSA, je suis actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} année au sein de l'école du CHR Metz-Thionville.

Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur les connaissances et les pratiques professionnelles des sages-femmes à propos des violences conjugales.

Mon objectif est d'élaborer un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes. Je réaliserai mon étude auprès de sages-femmes exerçant sur Thionville et ses alentours en 2017 sur ce thème.

Je vous adresse mon questionnaire, il restera anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre réponse.

Pour toute(s) question(s) ou information(s) complémentaire(s), vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : y.belouassa@hotmail.fr

Violences conjugales et ressenti des sages-femmes

1. En lisant "violences conjugales", quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

2. Face à une personne victime, pensez-vous avoir les outils théoriques nécessaires pour le bon déroulé de la prise en charge ? Remplir le tableau ci-dessous, en cochant la réponse qui vous correspond.

	Je ne me sens pas prête	Je ne suis pas vraiment prête	Je me sens plutôt prête	Je me sens complètement prête
Repérer les signes des violences conjugales (comportementales, physiques)				
Poser les questions appropriées en vue d'un dépistage.				
Répondre de manière appropriée à la divulgation de faits de violence (orientation, réseau, simple écoute)				
Rédaction d'un certificat de constatation				
Connaissances des exigences légales de signalement des violences conjugales				

3. Quels outils pourraient faciliter votre accompagnement/prise en charge ?

- Je ne sais pas
- Une formation
- Un guide
- Une fiche pratique
- Autres, à détailler _____

4. Avez-vous reçu une formation concernant les violences conjugales ?

- Oui
- Non.

5. Si vous avez répondu « Oui » à la question 4, pouvez-vous me préciser à quel moment vous avez suivi cette formation (plusieurs réponses possibles) :
- Dans le cadre de votre formation initiale (durant vos études de sage-femme)
 - Dans le cadre de votre formation continue (formation en tant que professionnel(le))
 - Autres, à détailler _____
6. Si vous avez répondu « Non » à la question 4, avez-vous déjà été sensibilisé aux violences conjugales ?
- Oui
 - Non
7. Si vous avez répondu « Oui » à la question 6, était-ce par le biais de ...
- La presse
 - Internet
 - Conférence (table ronde)
 - Soirée débat
 - Autres, à détailler _____

Mécanisme de la violence

8. Selon vous, les violences conjugales se résument-t-elles aux violences physiques ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
9. Si vous avez répondu « Non » à la question 8, pouvez-vous indiquer les autres formes de violences auxquelles vous pensez ?
- _____
- _____
- _____

10. Selon vous, le mécanisme de la violence est-il régi par un schéma particulier ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11. Si vous avez répondu « Oui » à la question 10, pouvez-vous me l'indiquer ?

12. Quelle(s) est/sont, selon vous, le(s) période(s) à risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple ? (Plusieurs réponses possibles)

- Début de la relation
- La routine
- La séparation
- La grossesse
- Autre, à détailler _____

13. Quel(s) est/sont, selon vous, le(s) stratégie(s)/mécanisme(s) utilisé(s) par l'agresseur afin de perpétuer sa domination sur la victime ?

14. Selon vous, les violences conjugales ont-elles un impact sur la femme victime ?

Veillez remplir le tableau

	Vrai	Probablement vrai	Probablement faux	Faux
Les violences conjugales induisent des conséquences sur la santé des femmes.				
Les violences conjugales induisent uniquement des traumatismes immédiats ou aigus.				
Les violences conjugales altèrent la santé sexuelle des femmes.				
Les violences conjugales induisent des complications obstétricales, périnatales, néonatales				

Les femmes victimes de violences conjugales adoptent des comportements à risque (habitus de vie, toxicomanie, multiple partenaire...) et/ou destructeurs.				
Les violences conjugales ont un impact sur la santé mentale des victimes.				
Les violences conjugales peuvent induire un état de stress post traumatique				
Les femmes victimes ont des difficultés d'insertion dans la vie publique.				

15. Selon vous, Les violences conjugales ont-elles un impact sur l'enfant ? Veuillez remplir le tableau ci-dessous, en cochant la réponse qui vous semble correcte.

	Vrai	Probableme nt vrai	Probablemen t faux	Faux
L'exposition directe ou indirecte ont des conséquences sur l'enfant.				
L'enfant peut endosser un rôle dans la dynamique familiale : enfant « confident de l'agresseur », « petit agresseur ».				
L'enfant peut endosser un rôle dans la dynamique familiale : « confident de la victime », « bouc émissaire ».				
Conséquences sur le développement et construction de l'enfant (physique, affectif, comportementale).				
Conséquences sur l'apprentissage.				
Induire une modification de la perception de la loi et du rapport fille/garçon.				
L'enfant reproduit systématiquement la violence.				

La prise en charge des femmes victimes de violence

16. Selon vous, quels sont les signes d'appel, les signaux d'alerte de la violence conjugale ?

- Comportementaux
- Physiques
- Consultation à répétition, pour des motifs pseudo-futiles
- Autre, à détailler _____

17. Lors de votre anamnèse, réalisez-vous le dépistage des violences conjugales ?

- Oui
- Non

18. Si vous avez répondu « Oui » à la question 17, à quelle fréquence réalisez-vous le dépistage des violences conjugales ?

- Systématiquement
- Fréquemment (3 fois sur 4)
- Souvent (une fois sur deux)
- Rarement (une fois sur quatre)
- Presque jamais
- Sur signaux d'appels (comportement de la femme ou du conjoint, antécédents, marques...)
- Autre, à détailler _____

19. Si vous avez répondu « Non » à la question 17, pourquoi ne le réalisez-vous pas ?

- Je n'y pense pas
- Je me sens mal à l'aise vis-à-vis de ce type de situation
- Je n'ose pas
- Je ne peux pas le faire en présence du conjoint
- Autre, à détailler _____

20. Avez-vous été confronté(e) au cours des 12 derniers mois à une patiente victime de violences conjugales ?

- Oui
- Non

21. Si vous avez répondu « Oui » à la question 19, pouvez-vous m'indiquer combien de fois vous y avez été confronté(e) ?

22. Avez-vous déjà rédigé un certificat médical de constatation (contenant une Incapacité Temporaire de Travail), dans le cadre de violence conjugale ?

- Oui
- Non

23. Si vous avez répondu « Non » à la question 22, pouvez-vous m'indiquer pourquoi ?

La sage-femme ne peut pas rédiger ces certificats

Je n'ai pas été confronté à cette situation

Je ne sais pas quoi en faire

Autre, à détailler _____

24. Face à une femme victime de violence conjugale, quelle(s) solution(s) d'accompagnement apportez-vous ?

25. Pouvez-vous me citer une ou plusieurs structures locales où vous pouvez orienter la patiente ?

Population

26. En quelle année avez eu obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

27. Dans quelle école avez-vous suivi vos études ?

28. Où exercez-vous actuellement ? (Plusieurs réponses possibles)

Secteur hospitalier

Secteur territorial (PMI)

Libéral

Autre, à détailler _____

29. Si vous exercez en milieu hospitalier, merci de préciser le service où vous êtes actuellement affectée (plusieurs choix sont possibles) :

Consultations (prénatales, suivi gynécologique, échographie, orthogénie, ...)

Service d'accueil des urgences Gynéco-obstétricales

Salle de naissances

Service de grossesses à risque

Service de suivi post-natal (Maternité)

Autre : merci de préciser : _____


ANNEXE II

Annexe II : Les différents types de violences.

Types de violence	Définition	Exemple
Les violences verbales	Se caractérisent par des propos dévalorisants, contrôlant qui entretiennent un climat de tension, un état de peur d'insécurité.	Injures, cris, menaces sur elle et/ou sur les enfants...
Les violences physiques	Elles peuvent être de tous types, impliquent un contact physique volontaire induisant des émotions (intimidation...), blessures, autres souffrances physiques.	Blessures sur la victime, coups, brûlures, séquestration sur elle ou sur des animaux...
Les violences psychologiques	Elles accompagnent les autres formes de violences, elles ont pour but d'imposer une domination, une emprise (dévalorisation de la victime, privation d'autonomie).	Intimidations, humiliations, silence, chantage, isolement de la victime.
Les violences sexuelles	La violence sexuelle couvre les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique.	Agressions sexuelles, viols, pratiques imposées...
Les violences économiques	Ces violences visent à priver la victime d'autonomie financière tout en accentuant son isolement.	Interdiction de travailler, contrôle du salaire de la victime, contrôle des dépenses...
Les violences sur la parentalité	Ces violences induisent une dévalorisation du parent devant les enfants. Ceci ayant un impact sur le respect la parentalité	Dévalorisation sur le rôle de mère, enlèvement, infanticide...
Les violences administratives	Elles correspondent à la confiscation de documents (carte identité, carte vitale...).	
Les violences matérielles	Violence à l'encontre des objets destinés à exercer une emprise.	Briser, lancer les objets, confiscation d'objet émotionnellement important pour la victime

ANNEXE III

Annexe III : Les stratégies de l'agresseur, Livret d'accompagnement Anna, MIPROF



- L'agresseur est un **manipulateur**
- Il « **embrouille** » en maniant l'art du « double lien » face auquel il est impossible de se décider : "Mais tu es libre ma chérie, ce que je fais c'est par amour, *mais* ne sors plus, ne te maquille plus, ne travaille plus, ne vas plus voir tes amis, ta famille, etc".
- Il **reporte systématiquement la responsabilité de ses actes sur sa victime**
- Il **la culpabilise** subtilement
- Il se trouve toujours « d'excellentes **justifications** »
- Il utilise l'**isolement**, stratégie idéale pour porter sans risque une attaque
- Il est expert pour monter les membres de la famille les uns contre les autres, attiser les antagonismes, colporter des rumeurs, divulguer des faux secrets, faire et défaire les alliances
- Il fait **alterner des périodes d'accalmie et de violences psychologiques, physiques, verbales**
- Il **utilise les enfants** : menace de lui enlever les enfants, la dévalorise dans son rôle de mère
- Il **impose le silence**
- Il ne donne jamais la moindre explication
- Il ne tient jamais compte des faits
- Il pratique une surenchère permanente : le moindre répit pourrait stimuler la réflexion, permettre une prise de conscience
- Il **se présente et se fait passer le plus souvent pour la victime de sa victime**, unanimement considérée comme responsable de la situation qu'elle endure.
- Il est **imprévisible**

ANNEXE IV

Annexe IV : Les Conséquences de la violence exercée par le partenaire intime.

Rapport mondial sur la violence et la santé. *Rapport de l'OMS*. 2002 :112.

Conséquences pour la santé de la violence exercée par un partenaire intime

Physiques

- Traumatismes abdominaux et thoraciques
- Ecchymoses et zébrures
- Syndromes de douleur chronique
- Invalidité
- Fibromyalgie
- Fractures
- Troubles gastro-intestinaux
- Syndrome du côlon irritable
- Lacérations et ulcérations
- Lésions oculaires
- Fonctions physiques diminuées

Sexuelles et génésiques

- Troubles gynécologiques
- Infertilité
- Endométrite
- Grossesse à complications/fausse couche
- Dysfonction sexuelle
- Maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA
- Avortement dans des conditions insalubres
- Grossesse non désirée

Psychologiques et comportementaux

- Alcoolisme et toxicomanie
- Dépression et angoisse
- Troubles du sommeil et de l'alimentation
- Sentiments de honte et de culpabilité
- Phobies et troubles paniques
- Inactivité physique
- Mauvaise estime de soi
- Syndrome de stress post-traumatique
- Troubles psychosomatiques
- Tabagisme
- Comportement suicidaire et automutilation
- Comportement sexuel à risque

Conséquences mortelles

- Mortalité liée au SIDA
- Mortalité maternelle
- Homicide
- Suicide

ANNEXE V

Annexe V : Conséquences des violences au sein du couple sur les enfants et les adolescents, Livret d'accompagnement Tom et Lena, MIPROF

BEBES	ENFANTS D'ÂGE PRESCOLAIRE	CLASSES PRIMAIRES 5-12 ANS	DEBUT DE L'ADOLESCENCE 12-14 ANS	FIN DE L'ADOLESCENCE 15-18 ANS
Retard staturo-pondéral	Actes d'agression	Brutalité à l'égard des autres	Violence y compris à l'égard des personnes fréquentées	Violence y compris à l'égard des personnes fréquentées
Inattention	Dépendance	Agressivité générale	Brutalité	Abus d'alcool
Perturbation des habitudes d'alimentation et de sommeil	Anxiété	Dépression	Manque d'estime de soi	Abus drogues
Retards du développement	Cruauté envers les animaux	Anxiété	Suicide	Désertion du foyer
Symptômes du ESPT*	Actes de destruction de biens	Repli	Absentéisme scolaire	Fugue
	Symptômes du ESPT*	Comportement oppositionnel	Problèmes somatiques	Baisse soudaine des résultats
		Destruction de biens	Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	Baisse de la fréquentation scolaire
		Mauvais résultats scolaires	Symptômes du ESPT*	Suicide
		Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes		Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes
		Symptômes du ESPT*		Symptômes du ESPT*

Université de Lorraine - École de sages-femmes de METZ

Mémoire de fin d'études de sage-femme de BELOUASSA Yasmine - Année 2017

Sages-femmes et violences conjugales : état des lieux des connaissances et analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes de Thionville en 2017.

Étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique à Thionville et ses alentours en Avril 2017

Introduction : Les violences conjugales constituent un problème de santé publique. La sage-femme est un interlocuteur privilégié, elle intervient dans le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes. Cependant, ont-elles l'ensemble des connaissances (savoir, savoir-être, savoir-faire) pour une prise en charge pertinente des femmes violentées ?

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle à visée descriptive et analytique, comparative pluricentrique. La population est composée des sages-femmes exerçant à Thionville et ses alentours. L'étude s'est déroulée de Mars à Avril 2017. Par le biais d'un questionnaire anonyme, j'ai recensé la formation et les connaissances des sondées à propos des mécanismes, du dépistage, et de la prise en charge des violences conjugales.

Résultats : Près de 60% des sondées n'étaient pas formées. Certaines, par leur propre moyen se sont sensibilisées sur le sujet. Cependant, l'ensemble des participantes sont en demande de formation et de documents types pour guider leur pratique (certificat médical de constatation, stratégie de l'agresseur).

Conclusion : La prise en charge d'une femme violentée ne peut-être efficace que si le professionnel a les apports théoriques et pratiques sur le sujet. Il serait possible d'élaborer des journées de formation continue. On pourrait aussi mettre en œuvre des outils pratiques afin de faciliter l'exercice des sages-femmes.

Mots clés : sages-femmes, violences conjugales, formation

Introduction: Domestic violence is a public health problem. The midwife is a chosen intermediary, she intervenes in the detection and the support of the women victims. However, do they have the whole expertise (knowledge, social skills, know-how) for the relevant care of abused women?

Methods: This is a qualitative observational study with a descriptive and analytical, multi-centered comparative. The population is composed of midwives practicing at Thionville and its surroundings. The study was conducted from March to April 2017. Through an anonymous survey, I identified the training and knowledge of the respondents about the mechanisms, the detection, and the support of the domestic violence.

Results: Almost 60% of the respondents were not trained. Some, by their own means, raised their own awareness of the topic. However, all the participants are looking for trainings and standard documents to guide their practice (medical certificate of observation, aggressor's strategy...).

Conclusion: The care of an abused woman can only be efficient if the professional has the theoretical and practical contributions on the topic. It would be possible to develop continuous training days. Practical tools may also be used to facilitate the midwives' practice.

Keywords : midwives, domestic violence, formation