



HAL
open science

Repérage des violences conjugales par les sages-femmes : entretiens auprès de seize sages-femmes de Meurthe-et-Moselle, réalisés d'octobre 2019 à mars 2020

Clémence Remy

► To cite this version:

Clémence Remy. Repérage des violences conjugales par les sages-femmes : entretiens auprès de seize sages-femmes de Meurthe-et-Moselle, réalisés d'octobre 2019 à mars 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870465

HAL Id: hal-03870465

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870465>

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>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Remy Clémence

Repérage des violences conjugales par les sages-femmes :

*Entretiens auprès de seize sages-femmes de Meurthe-et-Moselle
Réalisés d'octobre 2019 à mars 2020*

Soutenu le 30 juin 2020

Directeur de mémoire : Bertrand Murielle

Sage-femme enseignante



Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Remy Clémence

Repérage des violences conjugales par les sages-femmes :

*Entretiens auprès de seize sages-femmes de Meurthe-et-Moselle
Réalisés d'octobre 2019 à mars 2020*

Soutenu le 30 juin 2020

Directeur de mémoire : Bertrand Murielle

Sage-femme enseignante

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée durant la rédaction de ce mémoire, mais également et surtout tout au long de ces cinq années d'études.

Je remercie tout d'abord Murielle Bertrand, ma directrice de mémoire, qui m'a apporté une aide précieuse et a su se rendre très disponible pour m'accompagner.

J'adresse mes remerciements également à toutes les sages-femmes ayant participé à mon étude pour leur accueil et leur implication, ainsi qu'à Pascale Basset, sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal Lorrain, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon sujet.

Un grand merci à Perrine, Maud, Morgan, Quentin, Andréa et Mathilde pour leurs relectures attentives et leurs conseils avisés.

Merci, inévitablement, à ma famille, pour leur soutien sans faille durant ces années d'étude ; à Arthur, pour sa présence ; à mes ami(e)s d'enfance pour leur écoute, leurs conseils et leur talent pour me changer les idées lorsque cela est nécessaire.

Et enfin, je remercie mes incroyables amies de promotion (2016-2020) avec qui ces années ont été plus belles.

GLOSSAIRE

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

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

DE : Diplôme d'Etat

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

NICE : National Institute for health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

RSPP : Réseau de Santé Périnatal Parisien

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

SDN : Salle De Naissances

SDC : Suites De Couches

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	1
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	10
1. TYPE D'ETUDE	10
2. POPULATION ETUDIEE	10
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	10
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	12
5. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	13
6. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	13
RESULTATS	14
1. STRUCTURES ET RESSOURCES.....	15
2. FREINS AU REPERAGE SYSTEMATIQUE.....	19
3. CONNAISSANCE DES VIOLENCES CONJUGALES.....	23
DISCUSSION	26
1. RESULTATS PRINCIPAUX	26
2. DISCUSSION	26
3. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	33
4. PROPOSITIONS.....	35
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES	41
ANNEXES.....	42

INTRODUCTION

Les violences conjugales se définissent par une relation de domination au sein du couple, au cours de laquelle l'un des partenaires exerce un comportement agressif et violent sur l'autre. Ceci est valable dans toutes relations de couple, que le lien soit légal ou non, avec ou sans cohabitation et même après séparation ou divorce (1).

A plus large titre, la Convention du Conseil de l'Europe du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, plus connue sous le nom de Convention d'Istanbul, entrée en vigueur en France le 1^{er} novembre 2014, définit les violences domestiques par « *tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime.* » (2).

Les violences sont à différencier du simple « conflit » conjugal. Le conflit est basé sur un rapport d'égalité, au cours duquel un consensus est trouvé entre les deux partenaires. Dans le cas de violences, la relation est totalement asymétrique, l'un des composants du couple exerce sur l'autre une forme d'emprise et cherche à tout contrôler. L'emprise comprend la dévalorisation perpétuelle de la victime et l'installation en parallèle d'une dépendance affective.

Les violences conjugales constituent une violation des droits de l'Homme. Elles reflètent, dans la plupart des cas, une discrimination liée à l'appartenance sexuelle et à une domination patriarcale persistante dans la société actuelle (1).

D'un point de vue législatif, le Code pénal ne définit pas d'infraction spécifique aux violences conjugales. Par conséquent, c'est le droit relatif aux atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne qui trouvera à s'appliquer, selon la nature de l'infraction commise.

Il s'avère que si l'auteur de ces infractions se trouve être le « *conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* », cela

constitue une circonstance aggravante des peines criminelles ou correctionnelles encourues. Ainsi, par exemple, la peine de réclusion criminelle encourue pour le viol est de 15 ans en application de l'article 222-23 du Code pénal, peine portée à 20 ans selon les dispositions de l'article 222-24-11° du même Code lorsque l'auteur est le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité (3).

Ces situations entraînent l'apparition d'un climat de peur, d'insécurité. L'auteur met en place tous types de violences, les premières à apparaître sont la plupart du temps celles d'ordre psychologique, sexuel (celles qui sont reconnues le plus tardivement par les victimes), matériel puis physique. Il existe également des violences économiques, administratives, sur la parentalité, qui viennent fréquemment s'ajouter aux précédentes. Il s'agit d'un processus évolutif qui ne se résume pas au moment du passage à l'acte. L'évolution est progressive, souvent sous forme cyclique : en premier lieu un climat de tension s'installe, vient ensuite l'agression, puis la phase de justification et enfin une période de rémission. Au fil du temps, les périodes de justification et de rémission deviennent de plus en plus courtes et les passages à l'acte sont de plus en plus fréquents. Les violences peuvent avoir des conséquences physiques, psychiques, comportementales, impacter la vie gynécologique, sexuelle et obstétricale, et peuvent aller jusqu'à entraîner l'apparition de maladies chroniques, états de stress post-traumatique, états dépressifs, risques suicidaires et troubles psychotiques complexes (1). Dans 86% des cas, c'est l'homme qui est auteur des violences sur la femme, mais le mécanisme s'applique aussi aux couples homosexuels et aux femmes envers les hommes (4).

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » réalisée chaque année par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en France Métropolitaine, a montré entre 2012 et 2018 que le nombre de femmes majeures victimes de violences physiques et/ou sexuelles s'élevait à 219 000 en moyenne au cours d'une année, soit environ 1% de la population totale. Parmi elles, 75% déclaraient avoir subi des faits de façon répétée et 80% avoir été également victimes de violences verbales et psychologiques.

Au sein de cette population, seulement 19% disaient avoir porté plainte en commissariat de police ou en gendarmerie. En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint intime (1) (4).

Il s'agit donc d'un réel problème de santé publique : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que « *une femme victime de violences conjugales perd une à quatre années de vie en bonne santé* » (5).

Au niveau national, le 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, mis en place pour la période de 2014 à 2016 par le gouvernement, a effectivement montré l'importance d'un travail en réseau multidisciplinaire (6).

Le plan prévoyait des mesures pour « *assurer la prise en charge la plus précoce possible, notamment sur les plans sanitaires et judiciaires* ». Il s'est construit autour de trois axes principaux.

Un des enjeux du premier axe consistait à revoir et à renforcer l'organisation du parcours de soins des victimes en s'appuyant sur la médecine de premier recours. Le troisième axe visait à mobiliser l'ensemble des services publics et professionnels à travers les missions de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Il s'agissait de solliciter les professionnels qui travaillent au contact de femmes et donc potentiellement de victimes de violences conjugales, quel que soit le domaine de compétence professionnel (6).

Le 5^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019), dernier en date, prévoyait de renforcer et de sécuriser les dispositifs du précédent plan qui avaient montré leur efficacité (formation des professionnels et hébergements d'urgence notamment) (7).

Cela se déclinait dans le premier axe « Consolidier le parcours de sortie des femmes victimes ». L'une des actions de cet axe était de « *mettre en place un annuaire national des structures accompagnant les femmes victimes de violence* ». Là encore, l'importance d'un réseau justifie les actions mises en place. L'accent est mis principalement sur les structures nécessaires pour le parcours d'une femme victime de violences (structures judiciaires, médico-psychologique, d'hébergements, lieux d'écoute et d'accompagnement...).

La première étape passe par un repérage des femmes victimes et la mise en place d'un dispositif d'écoute et d'orientation. Pour mettre fin au cycle inhérent aux violences

conjugales, il est nécessaire pour la victime d'en prendre conscience et sortir de l'isolement. Un climat de confiance entre le professionnel et la femme doit impérativement s'installer pour permettre la suite de la démarche. Il s'agit de les encourager, les soutenir, leur proposer un accompagnement dans les poursuites judiciaires en les informant de leurs droits et les orienter vers des structures adaptées et géographiquement accessibles pour elles.

Plus récemment encore, le gouvernement a lancé le premier Grenelle contre les Violences Conjugales, du 3 septembre au 25 novembre 2019. L'année entière a été marquée par la recrudescence du nombre de féminicides au sein du couple : 149 décès au cours de l'année 2019, soit 28 de plus qu'en 2018 par exemple.

La campagne s'appuie principalement sur le numéro d'écoute national, anonyme et gratuit, le 3919. Il est destiné aux victimes de violences, à leurs entourages, aux témoins et aux professionnels concernés. L'objectif est de s'engager plus en profondeur pour lutter efficacement contre les violences conjugales. Des mesures d'urgence ont été lancées dès l'ouverture du dispositif, axées notamment sur : l'hébergement d'urgence, l'éloignement de l'agresseur, la garantie de protection des victimes pendant le parcours pénal avec la possibilité de porter plainte dans les hôpitaux, la protection de la mère et des enfants en limitant l'exercice de l'autorité parentale par le père violent (8).

Dans l'ensemble de leur activité professionnelle, les sages-femmes assurent un rôle essentiel de prévention et d'information des femmes et de leurs droits. L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du Diplôme d'Etat (DE) de sage-femme indique que les titulaires du diplôme sont en capacité de prévenir et dépister les violences faites aux femmes (épidémiologie des violences faites aux femmes, médecine légale et démarches de protection) (9).

Les consultations de suivi gynécologique, de suivi de grossesse, la préparation à la naissance, les hospitalisations, l'accouchement ou encore le suivi post-partum peuvent être des moments propices au repérage de vulnérabilités liées aux violences. Ces rencontres entre la sage-femme et la patiente s'intéressent à des sujets relevant du domaine de l'intime, tant sur le plan clinique que psychologique, et permettent d'installer une relation de confiance.

La grossesse est une phase de « transparence psychique », période à risque dans les relations sociales, et notamment dans la sphère intime. Elle peut constituer un facteur déclenchant ou aggraver un climat de violences déjà préexistant. En moyenne, 10% des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales (1) (10).

Dans un contexte de violences, la grossesse est parfois non désirée par la femme (issue de viols conjugaux ou par interdiction d'accès à la contraception). L'accès à une future parentalité va également être source de tensions au sein du couple.

Dans d'autres cas, les grossesses vont mener à des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ou à de graves conséquences obstétricales si la grossesse est poursuivie : hémorragie, hématome rétro-placentaire, rupture utérine, fausse couche précoce ou tardive, menace d'accouchement prématuré...

Hors période gestationnelle, la santé gynécologique d'une femme se trouve impactée lorsqu'elle évolue dans un contexte de violences et notamment de viols conjugaux. Des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), algies pelviennes, dyspareunies, dysménorrhées, lésions périnéales sont fréquentes. Ces symptômes signent la présence de rapports sexuels la plupart du temps violents, réalisés sous la contrainte, non consentis (10).

Dans le cadre de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de proposer systématiquement à la femme enceinte un Entretien Prénatal Précoce (EPP), à réaliser seule ou en couple. Cet entretien va permettre essentiellement d'identifier les besoins d'informations concernant la grossesse, d'apprécier la santé globale de la femme enceinte mais aussi et surtout de repérer les situations potentielles de vulnérabilité, chez la mère comme chez le père. La violence au sein du couple fait partie de ces situations puisqu'elles placent la grossesse dans un groupe à risque de complications (obstétricales, fœtales, maternelles) (11).

C'est dans ce contexte que les sages-femmes peuvent contribuer au repérage systématique de situations de violences, qu'elles soient conjugales ou sexistes à plus large titre. Dans un premier temps, leur rôle serait principalement de savoir identifier les signes évocateurs de violence (physique comme morale) et d'accompagner la femme victime dans la démarche qu'elle souhaite entreprendre. Ensuite, la prise en charge se traduit surtout par une orientation vers un réseau adapté multidisciplinaire et/ou par la

rédaction d'un certificat médical de constatation qui peut permettre à la victime d'engager une poursuite en justice.

En octobre 2019, la HAS a mis en ligne une Recommandation de Bonne Pratique concernant le repérage des violences au sein du couple, qui incite tous les professionnels de santé à renforcer leur implication dans la lutte contre les violences faites aux femmes (12).

Dans la littérature, plusieurs études ont déjà été effectuées pour évaluer le taux de patientes victimes rencontrées en pratique par les professionnels de santé. En 2013, Maria BARROSO DEBEL, doctorante en médecine générale et diplômée de l'Université Paris Diderot Paris 7, a publié la thèse « Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale ».

Cette étude concernait des médecins généralistes, mais relatait une grande différence entre le pourcentage révélé par les enquêtes épidémiologiques nationales et le taux de patientes victimes connues (13).

Il existe donc très probablement un sous-repérage au sein des professions de santé, bien que le questionnement systématique soit souvent présent. On peut supposer que malgré sa présence, il ne permet pas à toutes les femmes de se confier.

En 2017, Justine DELAIRE, étudiante sage-femme à l'université Claude Bernard de Lyon, a rédigé le mémoire « Dépistage et prise en charge des violences faites aux femmes : entretiens auprès des sages-femmes formées par la MIPROF » (14). Cette étude a permis d'évaluer le dépistage et la prise en charge effectués par les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation par la MIPROF. Quelques résultats semblaient pertinents:

- La majorité de ces sages-femmes effectuaient un dépistage par questionnement systématique ;
- Plusieurs freins au dépistage systématique ont été relevés. Parmi eux, on note la présence d'un tiers pendant les consultations ou le manque de temps ;
- Concernant les réseaux de partenariat, la moitié d'entre elles faisaient appel à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) car c'est un lien rapide. Un quart orientait les patientes vers la justice et la même proportion se tournait vers des associations locales. Une minorité sollicitait les Centres d'Information sur les Droits des

Femmes et des Familles (CIDFF) et/ou les Unités Médico-Judiciaires (UMJ). D'autres intervenants étaient souvent évoqués, notamment des professionnels du social (assistantes sociales, travailleurs familiaux...). La collaboration en réseau était citée comme un élément primordial pour la prise en charge des victimes (14).

Ainsi, à l'heure actuelle, des freins existent encore pour permettre une prise en charge efficace par les professions médicales, bien que les sages-femmes et autres professionnels de santé soient la plupart du temps les premiers à constater la présence de violences au sein d'un couple.

Si les sages-femmes rencontrent des difficultés à réaliser un repérage efficace des violences conjugales, les freins sont probablement multiples. L'hypothèse de la présente étude se base sur le probable manque de connaissances des réseaux de prise en charge, qui bloquerait le professionnel à entrer dans la démarche de questionnement. D'autres freins supposés entrent en jeu : le manque de formation, la difficulté d'être confronté à un vécu intime de la patiente, ressentis personnels, etc.

La problématique de cette étude est la suivante: si les sages-femmes effectuent un repérage des violences conjugales et qu'il s'avère être positif, quelle prise en charge proposent-t-elles en aval ?

L'objectif principal est donc de déterminer les ressources auxquelles les sages-femmes font appel suite à un repérage de violences conjugales. L'objectif secondaire est de déterminer les éventuels freins et difficultés à la réalisation d'un repérage systématique.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative.

2. POPULATION ETUDIEE

La population cible a été les sages-femmes Diplômées d'Etat (DE). La population source était constituée par les sages-femmes exerçant en Meurthe-et-Moselle (qu'elles soient libérales, territoriales ou hospitalières).

Différents critères d'inclusion ont été pris en compte :

- Sages-femmes DE travaillant en secteur hospitalier, territorial ou libéral
- Inscrites à l'Ordre de Meurthe-et-Moselle et exerçant dans le département

Les critères de non inclusion étaient :

- Autres professionnels de santé
- Etudiants sages-femmes
- Sages-femmes n'exerçant pas dans le département Meurthe-et-Moselle

Le nombre de sujets souhaité s'élevait à 16.

3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

L'étude devait être composée de 9 sages-femmes hospitalières, 5 sages-femmes libérales, et 2 sages-femmes territoriales, soit 16 sages-femmes au total. Ces nombres ont été définis par prorata en comparaison avec le nombre de sages-femmes exerçant réellement dans le département de la Meurthe-et-Moselle.

3.1. Sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales ont été choisies d'après la liste disponible sur le site du Conseil de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle. Après avoir supprimé les doublons, un numéro a été attribué à chaque sage-femme, allant de 1 à 79. Après réalisation d'un tirage au sort à l'aide d'un logiciel de génération de nombre aléatoire, cinq sages-femmes ont été dans un premier temps sélectionnées. Elles ont été contactées par mail ou par SMS. Le sujet du mémoire a été précisé dans le message qui leur a été adressé mais est resté très large de façon à ce que les professionnelles puissent le moins possible se préparer à l'entretien et ainsi éviter certains biais. Après six refus par manque de temps, dix non-retours, les tirages au sort ont été réitérés jusqu'à sélectionner finalement cinq sages-femmes.

3.2. Sages-femmes hospitalières

Concernant le secteur hospitalier, la volonté initiale était d'interroger des sages-femmes de chaque type de maternité (type I, II et III) pour voir s'il y avait des différences notables liées au lieu d'exercice. Il existe quatre maternités de type I en Meurthe-et-Moselle, un tirage au sort a donc été réalisé pour n'en choisir qu'une. Il n'y a, en revanche, qu'une seule maternité de type II, et une de type III. Des demandes par mail ont été envoyées aux différentes sages-femmes coordinatrices des maternités suivantes :

- Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy (Type III)
- Maternité de la clinique Majorelle (Type II)
- Maternité du Centre Hospitalier de Briey (Type I)

Les sages-femmes de la maternité de Nancy ont été tirées au sort. Celles des deux autres centres hospitaliers ont été choisies par la sage-femme coordinatrice du service en fonction de leurs plannings de garde.

Les sages-femmes hospitalières exerçant uniquement en service de consultation n'ont pas été sollicitées, car le souhait était d'évaluer comment la prise en charge était possible plus spécifiquement au sein des services d'urgence et d'hospitalisation.

3.3. Sages-femmes territoriales

Les sages-femmes territoriales ont été rencontrées lors d'une réunion organisée par la sage-femme coordinatrice de la PMI du département Meurthe-et-Moselle. Le sujet et l'étude leur ont été expliqués ainsi que les modalités de tirage au sort des sages-femmes concernées parmi leur équipe. Les professionnels concernés ont été également contactés par mail.

Toutes les sages-femmes ont été sollicitées entre les mois de septembre 2019 et janvier 2020. Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2019 à mars 2020.

4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Pour permettre de mener cette étude, nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-dirigés, avec utilisation d'une grille d'entretien pour guider l'échange. La grille a été testée auprès de deux sages-femmes ensuite exclues de l'étude. Suite à cela, quelques changements ont été effectués et certaines questions ont été reformulées afin de faciliter la compréhension. Le temps de discussion a également été défini entre 15 et 30 minutes environ. La grille finale utilisée pour les interviews comporte trois thèmes principaux, regroupant 11 questions ouvertes (annexe I) :

- Structures et ressources de prise en charge connues et utilisées par le professionnel
- Pratiques et habitudes professionnelles : présence ou non d'un repérage par questionnement systématique, attitude face au sujet...
- Généralités sur les violences conjugales : quelles sont les connaissances du professionnel à ce propos ?

5. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Avant chaque entretien, le contexte du mémoire et de l'étude ont été expliqués, les accords et consentements des sages-femmes participantes ont été recueillis oralement avant de débiter les questions. Un consentement oral a également été demandé pour permettre d'enregistrer les entretiens.

6. ANALYSE DES ENTRETIENS

Le critère de jugement principal était le type de prise en charge qu'appliquent les sages-femmes quand elles sont confrontées à une femme victime de violences.

Un critère de jugement secondaire est pris en compte : la connaissance des réseaux de prise en charge et d'accompagnement, ainsi que les obstacles que rencontrent les sages-femmes dans la prise en charge.

Après retranscription et relecture de tous les entretiens, un codage des thèmes, sous-thèmes et mots-clés a été établi à l'aide d'un code couleur (annexe II). Une grille d'analyse a été ensuite réalisée (annexe III).

RESULTATS

Le nombre souhaité de sages-femmes rencontrées était de 16 : ce quota a bien été respecté, ainsi que les proportions établies auparavant. Nous avons rencontré 9 sages-femmes hospitalières, 5 sages-femmes libérales et 2 sages-femmes territoriales. Toutes étaient de sexe féminin. Les catégories d'âge et de nombre d'années d'exercice sont variées (Figures 1 et 2).

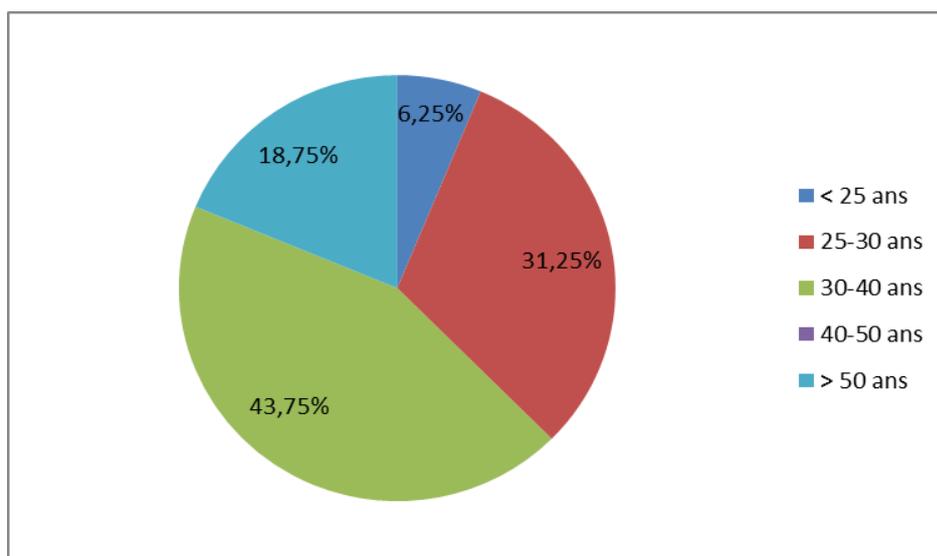


Figure 1 : répartition des sages-femmes par tranches d'âge

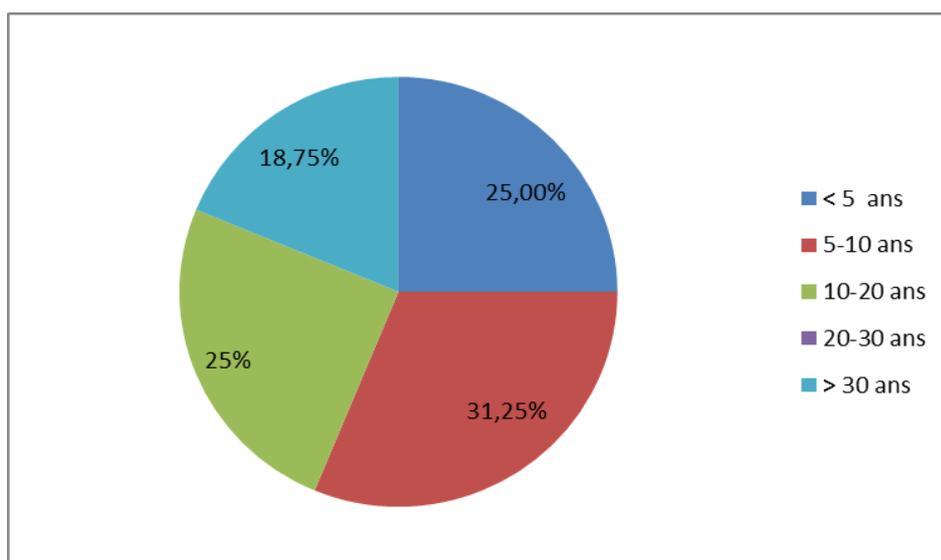


Figure 2 : répartition des sages-femmes par nombre d'années d'exercice

Parmi les sages-femmes hospitalières, 6/9 partageaient leur activité entre la Salle De Naissance (SDN), les Suites De Couches (SDC) et l'hospitalisation en grossesses pathologiques. Les 3 autres exerçaient uniquement en suites de couches.

Les entretiens ont duré entre 6 et 44 minutes. Chaque entretien a été enregistré et retranscrit de façon exacte. Tous ont été complètement anonymisés.

Les résultats ont été reportés dans l'ordre d'apparition des questions de l'entretien. Dans un premier temps, toutes les ressources connues et utilisées par les sages-femmes ont été déterminées. Les améliorations qu'elles souhaiteraient pour développer la connaissance du réseau ont été relevées ensuite. Puis, la réalisation ou non d'un repérage systématique a été évaluée, ainsi que les raisons de son utilisation. Enfin, les connaissances au sujet des violences conjugales au sein de notre population ont été définies.

Pour simplifier l'identification des participantes, les sages-femmes hospitalières seront nommées SFH (SFH1 à SFH9), les sages-femmes libérales SFL (SFL1 à SFL5) et les sages-femmes territoriales SFT (SFT1 et SFT2).

1. STRUCTURES ET RESSOURCES

En milieu hospitalier, les sages-femmes se référaient essentiellement au réseau interne à l'hôpital. Seule une sage-femme hospitalière sur 9 déclarait ne connaître aucune ressource à solliciter en cas de patiente victime de violences. **L'assistante sociale** de la maternité était sollicitée dans 7 cas sur 9, la **psychologue** 5 fois sur 9. Le lien avec la **PMI** était également évoqué pour 5 professionnelles hospitalières et une sage-femme libérale.

« En pratique ici je vais faire le lien de toute façon avec les assistantes sociales et la PMI, puisqu'on est dans un lieu hospitalier c'est assez facile et c'est comme ça que ça marche » SFH4

Deux sages-femmes disaient se « *décharger* » sur la **cadre** ou la sage-femme coordinatrice du service :

« *On se décharge facilement aussi parce qu'on sait que c'est pas nous qui le faisons, on se décharge sur la cheffe, on ne va pas forcément jusqu'au bout de la démarche.* »

SFH2

De manière générale, le numéro vert d'appel, le **3919**, n'était évoqué que par 4 personnes sur l'ensemble des professionnelles rencontrées. De la même façon, le **site du gouvernement** n'était proposé aux patientes que dans 2 cas sur 16.

Le **CIDFF**, organisme investi dans la lutte contre les violences faites aux femmes, possède différentes antennes sur toute la Meurthe-et-Moselle. Il s'agit d'une structure sollicitée dans une faible proportion puisque 3 sages-femmes sur 16 en connaissaient l'existence, dont deux exerçant en PMI (qui travaille en lien étroit avec).

La **gendarmerie et les forces de l'ordre** étaient mentionnées dans 3 cas sur 16, mais souvent en lien avec une communication difficile et peu effective pour la prise en charge de la patiente : « *et puis les gendarmes bah... s'en fichent un peu hein ! donc on a bien galéré, je suis passée pour une...chiante* ». SFH 5

Le **Centre Médico-Psychologique (CMP)** local a été sollicité par deux sages-femmes. La **maison de la justice et du droit**, les **associations d'aide aux victimes**, un(e) **conseiller(ère) conjugal(e)**, un autre **professionnel libéral** (psychologue, médecin traitant), étaient chacune des structures évoquées par une seule sage-femme.

Deux sages-femmes (territoriale et libérale) pouvaient orienter vers l'**hôpital de proximité** tandis qu'une sage-femme hospitalière évoquait le lien avec une **sage-femme libérale**.

Les **Services d'Accueil et d'Orientation (SAO)** étaient connus uniquement par les sages-femmes de PMI. Cependant, deux sages-femmes hospitalières évoquaient l'existence de **foyers d'hébergements** mère-enfant mais n'étaient pas en lien direct avec cette structure lorsqu'une patiente était dans la nécessité d'y accéder.

Au total, au regard de notre critère de jugement principal : trois sages-femmes affirmaient ne connaître aucune structure de prise en charge.

De manière générale, les structures étaient connues au moins en théorie. Cependant, dans 11 cas sur 16 la nécessité de **formations supplémentaires** semblait primordiale. Quelques sages-femmes considéraient que ce sont aux **professionnels de faire les démarches** pour se renseigner sur les structures existantes tandis que d'autres aimeraient que les **organismes** viennent se présenter aux sages-femmes afin de favoriser leur connaissance.

« Je pense que quelqu'un qui veut se renseigner sur le sujet, qui s'investit, le fait de lui-même » SFH2

« Cela doit venir aussi de la part des sages-femmes, de se renseigner dans leur ville, d'aller se présenter... » SFL2

« (...) que les structures viennent nous voir dans les établissements, nous former un petit peu, nous parler de ce qu'ils font, quelles démarches il y a, qu'est-ce qu'on peut faire » SFH8

Un **support d'information** était évoqué par 7 sages-femmes sur 16, qu'elles pourraient transmettre aux patientes ou sur lequel elles pourraient s'appuyer pour les orienter vers les structures adaptées. Deux d'entre elles suggéraient un format carte, tandis que trois autres pensaient à un prospectus, une brochure ou une plaquette d'information. Le format affiche semblait propice pour les deux dernières d'entre elles.

Pour 6 professionnelles, la **diffusion médiatique** jouait un rôle positif dans l'intérêt que pouvaient porter les professionnels aux violences conjugales. Trois de ces sages-femmes estimaient que l'on n'en parle pas suffisamment, et le sujet était *« presque un peu tabou »* au sein de la société selon l'une d'entre elles. En revanche, pour les trois autres, la diffusion des chiffres relatant le nombre de femmes victimes avait joué un rôle marquant :

« Vu le nombre de féminicides, ça aide (...) le chiffre avant il n'y avait jamais ! Y'a que cette année je trouve où c'est pas mal axé ! » SFH 3

« Je me dis plus c'est connu plus ça devient public, donc c'est vachement bien que les chiffres ils sortent et que ça choque les gens parce qu'en fait je me dis plus c'est relayé, plus on va connaître les choses qui existent quoi ! ». SFH 4

Une autre sage-femme évoquait le Grenelle de lutte contre les violences faites aux femmes comme un point d'appui : *« Je pense qu'au sortir du Grenelle pour les violences faites aux femmes, ça pourrait aussi passer par une médiatisation, soit dans les listes de diffusion mail, soit dans les journaux locaux ».*

L'extrême **importance d'un travail en réseau** a été soulignée par trois professionnelles. Les SFT1 et SFL2 insistaient sur le fait que c'est la collaboration avec d'autres structures qui leur permettait d'être efficaces dans la prise en charge des patientes victimes de violences. L'une, exerçant en PMI, utilisait à plusieurs reprises les termes « *réseau* » (7 fois mentionné), « *partenariat* » (3 fois), « *maillon de la chaîne* », « *en lien* », « *travaille avec* », et précisait que « *être seul c'est très compliqué* » dans ce contexte.

De la même façon, la deuxième sage-femme, libérale, affirmait qu'elle avait « *un travail en réseau qui est possible, donc ça ne me met pas le stress de me dire « mon dieu si je dépiste quelque chose qu'est-ce que je fais » »* (SFL2). Elle disait connaître personnellement les professionnels travaillant dans les structures ressources et qu'ils la connaissaient également en retour. Pour elle, « *le meilleur boulot c'est le travail en réseau* » mais elle insistait sur le fait que la démarche de se renseigner doit venir de la sage-femme. Une autre professionnelle exerçant en milieu libéral essaie d'installer un lien essentiellement via le médecin traitant.

Enfin, une des sages-femmes exerçant en hospitalier souhaiterait qu'un **protocole de prise en charge** interne à l'hôpital soit clairement établi, pour « *savoir qui on appelle, avec un numéro unique ou pas* », « *au même titre que le protocole de la prise en charge de la mort fœtale par exemple* ». Cela permettrait selon elle d'avoir des « *infos sur le secteur où on travaille et d'où la dame dépend* » (SFH7).

Une sage-femme de PMI, pensait qu'il faudrait **un retour positif** des femmes ayant déjà subi des violences et qui s'en sont sorties. Le discours de celles-ci devrait être plus répandu afin d'encourager les femmes victimes à s'engager dans une démarche.

« Il manque peut-être des retours positifs. Peut-être des témoignages de femmes qui diraient «j'ai vécu ça, j'ai été conseillée de la façon suivante, j'ai suivi les conseils et ça s'est bien passé, on m'a écoutée... » (...) oui, ce serait de montrer aux femmes que c'est pris en compte, que c'est pris en charge et qu'on peut s'en sortir » (SFT2).

2. FREINS AU REPERAGE SYSTEMATIQUE

Si l'on s'intéresse au critère de jugement secondaire de l'étude, qui concerne les freins éventuels au repérage par questionnement systématique, on a pu constater que 7 sages-femmes sur 16 intégraient systématiquement le questionnement des violences dans leurs anamnèses, soit moins de la moitié des participantes, toutes catégories d'exercices confondues.

Quelques freins ont été relevés et ces derniers ont aussi été rapportés par des sages-femmes effectuant un questionnement systématique.

L'obstacle principal à réaliser un repérage systématique efficace, mentionné par 15 sages-femmes, était le **manque de formation**. Il y avait deux versants à ce manque de connaissances.

Tout d'abord, le **manque de formation** se faisait ressentir sur l'approche du questionnement et savoir déceler les signes d'appel de la présence de violences. 8 sages-femmes insistaient fortement sur **la difficulté à aborder le sujet**. (SFH 1, 2, 5, 6 et 9, SFL 1, 4 et 5). Nous pouvons relever quelques extraits d'entretiens :

« Jamais assez formés pour repérer ça et les aider. » SFH1

« On n'est pas bons dans le dépistage, dans la prise en charge. », « Quels termes employer pour essayer de déclencher une réaction ? » en parallèle avec « On a besoin de formation. » SFH2

« Apprendre à dépister, poser les bonnes questions... », « Comment est-ce qu'on pose la question ? est-ce que ça s'y prête ? » SFH5

« C'est une question qu'on sait pas trop aborder... et on ne sait pas trop quoi en faire », « pas facile à évoquer, parfois peut-être qu'on va être autant touchés. » SFH6

« C'est pas toujours facile pour nous d'aborder le sujet. » répété à 4 reprises. SFH9

« C'est aussi très psychologique, faut savoir bien trouver ses mots. » SFL5

D'autre part, pour 6 d'entre elles, **ne pas connaître la démarche et le réseau** de prise en charge les empêcherait de poser la question, puisqu'elles ne sauraient pas comment venir en aide aux victimes. Elles s'affirmaient mal à l'aise vis-à-vis du sujet pour ces raisons. Ce chiffre est à mettre en parallèle avec ce qui a été relevé précédemment : 13 sages-femmes sur 16 affirmaient connaître des structures de prise en charge, mais 6/16 ne se considéraient pas à l'aise pour la prise en charge et l'orientation à travers un réseau. On peut supposer que les structures sont donc souvent connues en théorie mais pas toujours utilisées à bon escient en pratique.

« (...) comme on connaît pas forcément la marche à suivre, on va dire que à l'aise, de ce côté-là pour aiguiller la dame, pas forcément. » SFH7

A la question *« êtes-vous à l'aise avec le sujet des violences face aux patientes »*, SFH8 répondait de façon négative en raison du *« Manque de formation, le manque de tout ça, le manque de moyens... vu que je sais pas vers où les orienter je me dis bon bah... »*

SFL1 estimait avoir les connaissances suffisantes au sujet des violences par rapport à leur définition, mais se sentait bloquée par la suite. : *« J'ai l'impression de connaître, savoir ce que sont les violences et les chercher à la limite, mais juste de pas savoir quoi en faire après, et quoi lui dire. (...) c'est plus de me dire « ok elle va me lâcher sa bombe, et j'en fais quoi de sa bombe ?! »*. Puis : *« (...) pas à l'aise. Je pense vraiment que c'est parce que tu sais pas ce que tu vas en faire, tu te dis vu que tu sais pas ce que tu vas en faire vaudrait mieux pas que j'en sache de trop non plus. »*.

SFL3 : « *Comment réagir, on sait jamais trop* ».

La formation initiale a souvent été remise en cause par les interrogées, mais le manque de formations proposées dans le parcours professionnel continu a été également impliqué dans le manque de connaissance.

Parmi les 9 sages-femmes n'effectuant pas de repérage systématique (8 sages-femmes hospitalières et une sage-femme libérale), 6 considéraient que leur **lieu d'exercice principal n'était pas adapté** à un tel questionnement. En effet, la plupart exerçaient en milieu hospitalier, alternant entre hospitalisation en anté-partum, salle de naissances et suites de couches et affirmaient ne pas avoir l'opportunité de réaliser d'anamnèse permettant cela. Réaliser des consultations comprenant un interrogatoire complet semblerait être le seul moment propice pour permettre un questionnement systématique. De plus, un manque de temps et de moyens ont été mentionnés par 3 sages-femmes, liés à l'activité chargée d'une journée en hospitalier.

Une sage-femme hospitalière (SFH4) : « *Si je venais de la consult', je me forcerais* », de plus elle ajoute qu' « *en suite de couches elles sont trop fragiles pour qu'on leur demande ce genre de choses... non moi du coup, pas de questionnement systématique* ». Elle insistait en revanche sur l'importance du dépistage pendant le suivi de grossesse « *Si déjà on leur demandait vraiment à toutes pendant la grossesse on gagnerait déjà...* »

« *En consultation j'essayais de le faire.* », « *je ne pense pas que ce serait bien de le faire en suites de couches* » SFH9

« *L'activité ne s'y prête pas non plus. Moi je fais pas de consultations, pas d'EPP* », « *elles viennent d'avoir un bébé, elles ont envie de parler de leur bébé, c'est difficile... je vois pas quelle question on pourrait poser en suites de couche* ». SFH5

« *Moi je fais pas de consultation* » « *ça peut arriver qu'il y en ai qui le fassent pas parce qu'elles ne savent pas quoi faire. (...) pas qu'elles n'aient pas l'envie. Je pense que c'est effectivement pas le temps, pas les moyens et pas les connaissances* ». SFH6

La présence du père était mentionnée par 5 sages-femmes comme étant un frein au repérage.

La même proportion trouvait que les **patientes n'en parlaient pas**. L'une d'entre elles disait qu'elle n'en voyait pas au quotidien dans sa pratique et que, la plupart du temps, les patientes ne reconnaissaient pas être victimes. Le seul point d'appel selon cette sage-femme pourrait être des marques apparentes d'ecchymoses ou de coups. Une autre professionnelle doutait de l'utilité d'un questionnement systématique pour les faire se livrer à ce sujet.

« *Si elle a sa sage-femme qui lui pose la question un peu crûment dans une anamnèse, un interrogatoire, c'est pas là qu'elle va se livrer. Je suis pas sûre que d'ailleurs, même en posant la question, en systématique, elle réponde* ». Elle ajoutait que la patiente pouvait se sentir trop honteuse pour en parler.

Deux sages-femmes, une libérale et une hospitalière, avaient plutôt tendance à attendre que la femme aborde le sujet d'elle-même pour engager une discussion. « *Si elles m'en parlent j'irai voir mes collègues (...) mais comme elles m'en parlent pas... moi j'ai pas fait cette démarche non plus...* ». Une demande d'aide devrait être clairement exprimée par les patientes pour que SFL1 entre dans la démarche de questionnement : « *J'en ai jamais une qui m'a dit clairement là ça va pas* », « *Elle me demandait pas franchement d'aide, elle me disait pas...* », « *tu peux pas la faire se livrer si elle a pas envie, si c'est pas le moment pour elle* ».

Trois professionnelles indiquaient que la **posture de la sage-femme** était délicate dans ces situations car la limite entre le soutien des familles et l'intromission était très fine et qu'il fallait aussi se protéger en tant que professionnel. Le même nombre précisait également que **l'affect personnel** pouvait aussi entrer en jeu et que cela pouvait parfois freiner une implication à ce sujet.

« *Au niveau personnel ça m'avait un peu perturbée parce que c'était vraiment une grosse histoire... ça m'avait un peu perturbée* » (SFH4).

Deux sages-femmes se disaient « *démunies* » face à certaines situations.

Enfin, d'autres freins ont été évoqués. Certains impactaient directement les patientes victimes : elles n'en parleraient pas par peur de se retrouver dans une **précarité** secondaire (foyers d'hébergements, retrait de garde d'enfants) ou simplement car il s'agit d'un sujet parfois stigmatisant dont elles ont **honte** :

« L'assistante sociale... elle résout pas forcément les problèmes d'un coup de baguette magique ! (...) et puis c'est stigmatisant. (...) parce que non seulement le problème sera pas résolu et puis en plus on va me piquer mes mômes. Donc bien sûr que non. Je préfère prendre des coups. » (SFT2)

Deux sages-femmes trouvaient que la société rendait le sujet extrêmement **tabou** et entraînerait une difficulté de communication pour les professionnels et pour les patients.

Le manque d'expérience, le fait de se retrouver très peu confronté à des patientes victimes était mentionné comme un blocage dans le bon repérage et la bonne prise en charge. Une sage-femme a précisé le fait que les patientes ne sont pas toujours elles-mêmes conscientes qu'elles sont dans une situation de violences.

3. CONNAISSANCE DES VIOLENCES CONJUGALES

La connaissance des violences par les professionnels était un point relativement bien maîtrisé au sein de la population interrogée : 15 sages-femmes évoquaient les violences physiques, 13 les violences psychologiques, 8 les violences sexuelles et 8 également les violences économiques et/ou administratives.

Parmi les violences physiques citées, on retrouvait : les traces de coups et ecchymoses, mentionnés par 9 sur 16. Les termes maltraitées et malmenées ont été utilisés à deux reprises mais englobaient également le versant psychique.

Les violences psychologiques se composaient de : violences verbales, insultes, humiliations, menaces, propos dégradants, dévalorisants, dénigrants (...), le harcèlement moral, l'emprise, la soumission, le manque de respect. Deux sages-femmes relevaient le fait que les conjoints parlaient « mal » à leurs femmes pendant le séjour en maternité.

Au sein des violences sexuelles, les pratiques imposées ont été prises en compte mais il a aussi été évoqué par une sage-femme que parfois, la situation inverse se produisait et les conjoints refusaient des relations sexuelles à leur partenaire, de manière à créer une privation et une frustration : . « (...) *jusqu'à forcer la personne ou la priver de relations intimes ! il peut avoir des relations extra-conjugales sous son nez et la faire souffrir à ce niveau-là et la priver...* » (SFT1)

De manière générale, les notions d'isolement social et de privation de liberté ont été mentionnées par quelques sages-femmes. L'omniprésence du conjoint violent était aussi retrouvée dans les entretiens.

Quatre pensaient également à l'impact que les violences pouvaient avoir sur les victimes collatérales (enfants, famille, proches).

Seules trois évoquaient l'impact obstétrical des violences sur la grossesse et la fragilité psychique maternelle pendant cette période.

Le terme « *femme-objet* » a été utilisé par une sage-femme pour décrire la position d'une victime face à son conjoint.

La différence entre le conflit et la violence est maîtrisée par une sage-femme.

Une sage-femme était touchée par le côté « malheureux » de ces situations, le fait qu'il s'agisse souvent de personnes dans des états de mal-être, tant pour les victimes que pour les agresseurs.

L'une précisait que la femme pouvait également être l'agresseur, dans tous types de couples.

Toute catégorie socio-professionnelle peut être concernée et cela a été rappelé par l'une des professionnelles interrogées.

De manière générale, toutes les personnes interrogées de cette étude semblaient sensibilisées au sujet, du moins à l'importance que cela avait dans notre société actuelle. D'autres informations diverses ont été relevées par rapport aux professionnelles : sept sages-femmes se plaçaient en **position d'écoute** par rapport aux patientes victimes et accordaient une grande place à la parole. La **volonté d'aider** les femmes était également très présente (5/16), d'autant que 3 considéraient que la profession était

extrêmement propice à rencontrer des femmes victimes et que la **sage-femme avait un vrai rôle à jouer**. On notait une **réelle volonté de progression** dans la prise en charge pour certaines professionnelles.

DISCUSSION

1. RESULTATS PRINCIPAUX

Au regard de notre critère de jugement principal, il s'avère que trois sages-femmes sur 16 ne connaissent aucune structure d'orientation et d'accompagnement et se retrouvent donc limitées dans la prise en charge des patientes. Le reste des professionnelles a une conduite à tenir plus ou moins définie et applique une prise en charge au cas par cas.

Parmi les deux critères de jugements secondaires, il ressort que seules trois sages-femmes connaissent et maîtrisent le réseau de façon très précise, une véritable collaboration et un travail d'équipe en réseau sont présents lors de situations de patientes victimes. Pour les autres, des obstacles à la prise en charge sont relevés et sont principalement par ordre d'importance : le manque de formation, la difficulté à aborder le sujet, le lieu d'activité qui n'est pas propice, les patientes qui ne souhaitent pas se confier, la présence de l'agresseur.

On peut donc résumer cela de la façon suivante : on constate un manque de connaissance qui résulte essentiellement d'un manque de formation, sans pour autant que les sages-femmes ne cherchent à se former.

2. DISCUSSION

2.1. L'existence de protocoles dans d'autres régions ou territoires

« Oui, un protocole au même titre que le protocole de prise en charge de la mort fœtale par exemple. Protocole de prise en charge d'une femme victime de violences, savoir qui on appelle, avec un numéro unique ou pas, ouais ça ça pourrait être formalisé oui. » SFH7

Il est cité plusieurs fois dans notre étude que les sages-femmes manquent de protocoles adaptés localement ainsi que de supports sur lesquels seraient indiqués une démarche à suivre et les réseaux professionnels qui peuvent être sollicités.

Dans certaines régions françaises, des réseaux de périnatalité mettent à disposition en ligne des protocoles et des outils à destination des professionnels.

Nous pouvons citer, à titre d'exemple, le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP) qui propose sur son site internet un onglet « suspicion de violences ». Celui-ci rassemble : une page repérage accompagnement et ressources, les recommandations de la HAS, des vidéos et un agenda de journées de formations (15).

Le Réseau Périnatal alsacien, « Naitre en Alsace », met à disposition un planning de formations pour les professionnels (sur le thème des violences sexistes et sexuelles, formations gratuites pour la plupart) ainsi que d'autres outils : le « violentomètre » qui est une jauge pour situer le niveau de violences dans le couple (annexe IV), des plaquettes sur les réflexes à acquérir et les différents contacts utiles par département alsacien (16).

2.2. Repérage systématique, un outil pertinent

« Je me suis aperçue, au fil de ma pratique, que poser la question systématiquement des violences amenait, à ma grande surprise, des réponses positives plus souvent que je ne l'aurais imaginé » SFT2

En parlant d'une collègue qui effectue un repérage systématique : *« J'étais assez surprise de voir que les réponses étaient facilement oui » SFL4*

Le questionnement systématique est-il un bon outil de repérage des violences ? Un argumentaire scientifique de la HAS, qui accompagne les recommandations de bonne pratique, rassemble plusieurs études. Plusieurs constats sont faits (17).

D'après l'OMS, le repérage par questionnement systématique augmente l'identification des femmes victimes mais ne réduit pas l'incidence et l'impact des violences. Il n'est donc pas recommandé de le faire systématiquement chez tout type de patient, sauf si signes d'appel cliniques ou si grossesse. En effet, les situations cliniques

à risque chez une femme comprennent, entre autres, les troubles de santé mentale, la recherche ou le diagnostic d'IST, la période prénatale... (18).

Selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2014, les données étaient insuffisantes pour recommander la systématisation du questionnement, sauf chez les femmes enceintes chez qui il a été prouvé une amélioration dans l'identification des victimes et dans leur prise en charge (19).

L'efficacité du « systématique » est donc encore discutée. Néanmoins, plusieurs éléments sont en sa faveur.

Tout d'abord, il y a peu d'effets indésirables ou de risques à poser la question de façon systématique. Plusieurs facteurs favorisent son acceptation de la part des professionnels et des patients : si la raison du dépistage est expliquée, si une relation de confiance est établie entre le patient et le professionnel de santé, si le patient se sent en sécurité et/ou qu'il ne ressent aucune pression à dévoiler la situation. Poser la question montre que le professionnel est en mesure de recueillir l'information et d'effectuer une prise en charge adaptée.

Chez les femmes enceintes, le dépistage est d'autant plus justifié que la grossesse est une période à risque dans l'apparition ou l'aggravation des situations de violences (1) (10). Les conséquences maternelles et obstétricales peuvent également être sévères et il est nécessaire que cela soit repéré et pris en charge rapidement.

La préoccupation est davantage de savoir comment la question doit être posée, comment aborder le sujet de façon pertinente.

En effet, même si l'on rapporte peu d'effets indésirables, des situations de « détresse émotionnelle », des « sensations de malaise » et des « craintes de subir de nouveaux abus et la perception d'une intrusion dans la vie privée » peuvent être ressentis de la part des patients (19).

Du côté des professionnels, une hésitation à questionner les patientes est notée, en raison du manque d'outils pour la prise en charge, ainsi qu'un manque de temps, de connaissances et de formation (19). Ces freins rejoignent ceux relevés dans notre population de sages-femmes.

Une revue systématique de la Cochrane sur le dépistage des femmes victimes de violences au sein du couple, écrite en 2015, conclut également qu'il n'y a pas suffisamment de données pour ajouter systématiquement le questionnement dans toutes les anamnèses mais que les femmes enceintes sont plus susceptibles de se confier lors de la période périnatale (20).

Bien qu'il ne réduise pas de façon significative l'incidence des violences, les bénéfices du questionnement systématique sont nombreux. Les femmes peuvent parler, être entendues et écoutées, et être mise en relation avec un réseau d'accompagnement si elles le souhaitent (17).

L'argumentaire scientifique de la HAS se conclut par la formulation de recommandations de bonne pratique qui préconisent de repérer systématiquement, même en l'absence de signes d'alerte (12).

Dans d'autres domaines, le repérage par questionnement systématique a déjà fait ses preuves. Au début des années 2000, la problématique de la systématisation du questionnement émergeait au sujet des addictions (tabac, alcool, drogues). Au fil du temps, il a été conclu qu'un dépistage efficace et systématique des conduites addictives permettait d'identifier les consommateurs dépendants ou non, avec des conduites à risque ou non. Ainsi, grand nombre de prises en charge ont pu se mettre en place, engendrant une diminution significative du nombre de décès liés à la consommation de tabac entre 1980 et 2013. (21)

Actuellement, toute anamnèse médicale se compose d'un temps réservé au repérage des addictions et il semblerait que cela soit entré dans les mœurs.

La tendance espérée est l'évolution dans ce même sens concernant les violences conjugales.

2.3. Le repérage systématique : à quel moment ?

« L'activité ne s'y prête pas non plus : moi je fais pas de consultations, pas d'EPP. » SFH5

Les recommandations de la HAS préconisent de réaliser le questionnaire systématique dans un environnement favorable. Cependant, il n'est pas précisé qu'il doit impérativement se faire lors d'une consultation de suivi obstétrical ou gynécologique de prévention. Les conditions idéales seraient d'être seul(e) avec la patiente (si présence nécessaire d'un interprète, il est préférable qu'il ne s'agisse pas de quelqu'un de proche) et qu'un climat de confiance soit instauré en assurant une confidentialité totale. Cela semble donc possible et réalisable même en situation d'hospitalisation, qu'il s'agisse de la période prénatale, des suites de couches ou de l'hospitalisation en service de gynécologie. Néanmoins, cela dépend de l'activité du service lors des journées, car il est nécessaire de pouvoir se dégager du temps, chose qui n'est pas toujours possible pour les professionnels, comme cela a été évoqué dans notre étude.

Dans le mémoire de Justine Delaire, la population constituée de 19 sages-femmes formées par la MIPROF évoque dans 9 cas sur 19 que le dépistage peut se faire au cours des diverses activités du métier de sage-femme. Cela comprend les consultations prénatales, mais également des consultations de gynécologie, de sexologie, de rééducation pelvi-périnéale, de tabacologie, de PNP ainsi que de la pratique d'EPP. Sont également évoquées, les périodes d'hospitalisation en suites de couches et les consultations aux urgences comme moments propices au repérage par questionnaire (14).

Seule la salle de naissance y est définie comme un lieu d'activité mal approprié au questionnaire systématique. Dans notre étude, les suites de couches étaient aussi largement identifiées comme étant un secteur peu propice au repérage.

Se retrouver en tête-à-tête avec la patiente n'est pas toujours chose aisée, surtout dans le cadre de violences conjugales où il est reconnu que le conjoint est souvent très présent, voire trop prévenant, encore une fois dans un but de tout contrôler. Lorsque le

partenaire insiste pour participer à l'entretien, la HAS propose d'utiliser certaines formulations pour déjouer cette stratégie. Par exemple, « *Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête-à-tête avec la patiente.* » « *Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels.* » (12).

Au vu des entretiens, des situations rencontrées sur le terrain, de la littérature et d'une expérience clinique, il semblerait que le moment idéal d'un repérage par questionnaire soit donc lors d'une consultation de suivi (obstétrical ou gynécologique). Cependant, si cela n'a pas été réalisé, il est encore tout à fait pertinent d'effectuer un repérage ciblé lors d'autres situations du parcours de soin d'une patiente. Plusieurs moments peuvent être très opportuns et adaptés : lors d'une hospitalisation par exemple, la femme se retrouve quelques jours sans son conjoint en permanence, loin du domicile conjugal ou familial. Il peut être propice pendant ce temps-là d'évaluer les besoins de la patiente et, le cas échéant, d'enclencher une prise en charge. Le fait que la question n'ait pas été posée lors d'un suivi n'est pas une condition nécessaire et suffisante pour ne jamais s'y intéresser. Pendant le séjour en suites de couches, au-delà du fait qu'il semble important de dépister la violence conjugale, il s'agit aussi de considérer l'arrivée de l'enfant parmi les événements et de le protéger des violences intrafamiliales. Il semblerait donc nécessaire que les professionnels s'assurent d'un climat familial serein avant le retour à domicile.

Un problème a été soulevé par rapport à la façon dont aborder le sujet. Il n'y a probablement aucune règle universelle sur la manière d'évoquer la question, tant que le professionnel est à l'aise. Le but est que la patiente sente que le soignant est capable d'entendre la réponse et qu'il sache comment l'accompagner, afin que le climat de confiance soit le plus optimal. Cependant, pour cela, il faut que le professionnel sache exactement quelle prise en charge entreprendre.

2.4. Conscience de la population

« Maintenant violences conjugales on en entend parler mais avant on en entendait pas parler (...). La diffusion c'est en train de se faire là tout doucement, vu le nombre de féminicides, ça aide... » SFH3

Dans notre étude et de manière générale, l'intérêt des professionnels à ce sujet semble être développé par les actualités.

Les violences conjugales résultent essentiellement d'une domination de genre, la lutte contre le sexisme permet d'éveiller la conscience collective aux violences faites aux femmes de manière large. Ces dernières années, on a constaté une libération de la parole au sujet de la place de la femme dans la société. Le mouvement Me Too, fondé en 2006 (22), vise à venir en aide aux femmes victimes de violences, essentiellement sexuelles. Il a permis, via les réseaux sociaux et le « hashtag #MeToo » (variant sous le nom de #BalanceTonPorc en France), de dénoncer entre autres le grand nombre d'agressions sexuelles et de harcèlement moraux vécus par des femmes (majoritairement) de façon récurrente. De nombreux mouvements féministes (Osez le féminisme !, Solidarité Femmes, Nous Toutes) relaient largement les actualités et faits divers liés au sexisme, et diffusent notamment le nombre de féminicides par an, insistant sur l'augmentation importante du chiffre.

« On n'en parle pas, c'est pas connu, je me dis plus c'est connu plus ça devient public donc c'est vachement bien que les chiffres ils sortent et que ça choque les gens, parce que je me dis plus c'est relayé plus elles vont connaître les choses qui existent quoi ! (...) et puis après, je sais pas, est-ce qu'à l'école on ne devrait pas... je sais pas, au lycée, informer les jeunes de ce qui existe, avant qu'elles soient enceintes quoi, parce qu'au final les ados... » SFH4

Afin que la sensibilité des professionnels soit plus fine, il s'agirait peut-être de développer et renforcer une culture commune à toute la population sur les mécanismes des violences, ainsi que sur la différence entre conflits et violences.

Le frein de certaines prises en charge se trouve dans la méconnaissance de la situation par la victime elle-même : certaines pensent qu'il s'agit d'un fonctionnement du couple

comme un autre et qu'elles doivent s'accommoder de disputes violentes et de contrôle permanent par leur conjoint.

Dans notre étude, une sage-femme suggérait d'aborder le sujet en milieu scolaire, cette idée pourrait être à développer. La question est de savoir sous quelle forme le mettre en place : cours d'éducation civique dès le plus jeune âge ? Apprentissage de la gestion des conflits de façon à ce qu'ils ne se transforment pas en violences, quelle que soit la relation ? Dans tous les cas, il s'agirait de rompre avec le sexisme ordinaire et la domination masculine persistante.

La prise de conscience générale du phénomène doit être accentuée dans la population et donc chez les professionnels.

3. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

3.1. Les forces

Les violences conjugales et sexistes à plus large titre sont un sujet au cœur de l'actualité depuis quelques temps et cela constitue une force pour cette étude. Cela renforce la pertinence du propos auprès des professionnels de santé qui se rendent compte du rôle important qu'ils ont à jouer dans la prise en charge.

La variété de la population choisie est également un point fort de l'étude. Les résultats provenant des trois milieux interrogés (hospitalier, libéral et territorial) permettent d'avoir un aperçu de la préoccupation des différents secteurs d'activité face à cette problématique.

Le choix d'entretiens semi-dirigés semblait être le plus approprié à ce type d'étude car il s'agissait de pouvoir laisser une possibilité d'expression ouverte à chaque question, ce qui a été le cas.

3.2. Les faiblesses

3.2.1. Limites :

La première limite concerne le recrutement de la population. En effet, la première difficulté rencontrée a été de contacter le nombre de professionnels requis. Cinq refus par manque de temps ou sans explication donnée ont été comptabilisés. Malgré les relances, 13 appels et/ou mails sont restés sans réponse.

Bien que les entretiens semi-dirigés aient été adaptés, l'analyse du non-verbal n'a pas été assez développée et utilisée, ce qui constitue une perte d'information et diminue la pertinence du choix d'entretiens semi-dirigés comme outil d'analyse.

De plus, par manque d'expérience, les premiers entretiens manquaient de questions de relance pour obtenir plus d'informations. Les relances ont été davantage utilisées au fur et à mesure de la réalisation des rencontres, ce qui a effectivement permis d'enrichir les réponses.

3.2.2. Biais :

Un biais de sélection est à relever. Le sujet de l'étude étant énoncé dans le premier contact par mail, les sages-femmes étaient libres de refuser. Cela constitue un biais par rapport au sujet : une sage-femme n'y accordant aucun intérêt pouvait refuser de participer à l'étude. La population était donc constituée essentiellement de personnes un minimum sensibilisées par la question.

Un deuxième biais est constaté. Les professionnelles rencontrées étaient toutes des femmes. Il aurait été intéressant d'étudier également des points de vue de professionnels masculins, afin d'évaluer s'il y a une différence majeure dans la prise en charge de la patiente en fonction du sexe du praticien. Cependant, ce n'était pas un paramètre modifiable car le hasard et la faible proportion d'hommes au sein de la profession réduisait cette possibilité.

Le choix de la population hospitalière a été volontairement réduit aux professionnels exerçant cliniquement en SDN, SDC et hospitalisation en anténatal. Les activités cliniques entre les différents milieux d'exercice (libéral/territorial et hospitalier) n'étaient pas réellement comparables en raison de la réalisation de consultations pour certaines, tandis que d'autres n'en faisaient aucune. Si le choix s'était orienté sur des sages-femmes exerçant uniquement en consultation, les populations auraient pu être davantage comparables, néanmoins il était intéressant et pertinent de constater qu'en milieu hospitalier, au-delà de l'impossibilité de réaliser un questionnement de façon systématique, les sages-femmes ne savaient pas toujours comment faire face à une patiente définie en amont comme victime.

4. PROPOSITIONS

4.1. Diffusion d'informations et d'un document référence

A l'heure actuelle, tous les acteurs qui peuvent prendre en charge une femme victime assurent leurs missions respectives, mais il persiste un défaut de communication entre les différentes professions. La prise en charge ne peut pas être optimale sans une meilleure maîtrise du réseau.

Pour palier dans un premier temps au manque de connaissance des structures pour certaines sages-femmes, un retour par mail était proposé après chaque entretien avec un envoi de documents pouvant être utiles à leur activité. Les documents rassemblaient un tableau récapitulatif des ressources essentielles en Meurthe-et-Moselle, classées par secteurs (judiciaire, hébergements...) (annexe V), les dernières recommandations de la HAS, ainsi que l'explication pour télécharger les kits de formation de la MIPROF sur le site du gouvernement. Le but était de permettre aux sages-femmes d'avoir un support simple auquel se référer en cas de besoin. La plupart des professionnelles n'avaient pas connaissance de l'existence de recommandations publiées en octobre 2019 sur le dépistage des violences conjugales et étaient satisfaites d'avoir une trame fournie par un organisme officiel comme la HAS. Aucune n'a refusé l'envoi de ce mail « retour » et toutes étaient au contraire ravies d'avoir quelques informations supplémentaires.

4.2. Au sein du Réseau Périnatal Lorrain (RPL)

Jusqu'à ces dernières années, le RPL ne s'était pas encore emparé de la thématique que sont les violences conjugales, qui touche de façon non négligeable les femmes en période de périnatalité.

La problématique a réellement émergé des suites d'une commission concernant l'IVG : une part importante des femmes ayant eu recours à l'IVG avaient fait part de violences aux différents soignants rencontrés.

Les professionnels de santé se sont alors réunis pour évaluer leurs besoins. Deux constats ont été faits. Le premier était le manque d'outils de repérage pour les violences, en particulier d'outils homogénéisés pour la différence entre violences aiguës et chroniques. Le second était la présence d'une difficulté à orienter les femmes dans un parcours de soin défini.

Il était donc légitime et important que le RPL s'intéresse au sujet. Une « Commission Violences » a été mise en place depuis avril 2019. Plusieurs groupes de travail ont été définis. Un premier groupe a travaillé sur la formalisation d'un outil de repérage. Un deuxième a pour mission d'établir un parcours de soin et de définir les collaborations nécessaires pour la prise en charge des patientes.

A terme, en s'appuyant sur ces travaux, les professionnels de Meurthe-et-Moselle de notre étude pourront décliner leurs propres protocoles en fonction des organisations locales.

CONCLUSION

La problématique des violences conjugales est une priorité de santé publique. Les pouvoirs publics tentent depuis des années de réduire l'impact de ce phénomène sans pour autant réussir à réduire le nombre de victimes.

Face aux chiffres, les plans nationaux ont montré l'importance d'une évolution dans l'accompagnement et la prise en charge des femmes victimes. Les professionnels de santé sont placés en première ligne pour le dépistage de situations à risque.

Cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des modalités de repérage et de la prise en charge des femmes victimes de violences par les sages-femmes. Il a été constaté que le repérage systématique est souvent réalisé, persiste en revanche le problème de la prise en charge et de l'orientation. Le travail en réseau, l'identification des ressources et la bonne connaissance de son milieu sont des éléments à approfondir chez les soignants. Il semble important également de continuer à sensibiliser la population générale.

Un des points positifs de cette étude est que les entretiens ont permis aux professionnelles de faire un état des lieux de leurs connaissances autour de cette thématique. Nombre d'entre elles se sont rendu compte de failles et semblaient déterminées à se renseigner davantage.

Les professionnels sont parfaitement conscients de la problématique des violences conjugales et pour la plupart, sensibilisés. Certains ont même des connaissances assez développées sur le sujet. Cependant, il faut axer les apprentissages à venir sur la connaissance de son réseau. Les différents métiers intervenant dans la prise en charge d'une femme victime doivent être amenés à se rencontrer plus régulièrement, un maillage plus serré doit se faire en inter-professionnalité autour de cette thématique. Des contacts concrets doivent être établis.

Il semble donc nécessaire d'installer une communication efficace et pérenne afin d'optimiser les prises en charges et de permettre un aboutissement durable de celles-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. MIPROF, Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre la violence et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna ». Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2018.
2. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2011.
3. Legifrance. Code pénal, Article 222 [en ligne]. 2020 [cité le 24 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20190930> Article 222
4. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [en ligne]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-referance-sur-les.html>
5. Ministère de la Santé, Henrion R (Pr). Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport. Paris : La Documentation française ; 2001.
6. Ministère des droits des femmes. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014 2016. [en ligne]. [cité le 25 septembre 2019]. Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
7. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le sexisme tue aussi, 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. 2017 2019. [en ligne]. [cité le 25 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
8. Gouvernement Français. Un Grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales [en ligne]. 3 septembre 2019 [cité le 25 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales>
9. Legifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme - Article 25 [en ligne]. 2013 [cité le 06 juin 2019]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7223933E4167CFECA4B072838F58F949.tplgfr22s_1?idArticle=LEGIARTI000027238849&cidTexte=LEGITEXT000027238812&dateTexte=20200416

10. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique [en ligne]. Dans : Salmona M, Coutanceau R. Violences conjugales et famille. Paris : Dunod ; 2016 [cité le 25 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse_et_violences_conjugales.pdf?PHPSESSID=t8s56g231u9o5bnlq03o5pl6f6
11. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations Professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité [en ligne]. 2005 [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
12. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer - évaluer [en ligne]. 2019 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple?xtor=SEC-4&fbclid=IwAR3RXMJjuMoL5PZvtEgUf_D2xm5OwhBVK8XBwyecZimsnR1-oQIDEZY5Q58
13. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [thèse]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7; Faculté de Médecine; 2013.
14. Delaire J. Dépistage et prise en charge des violences faites aux femmes : Entretiens auprès des sages-femmes formées par la MIPROF [mémoire]. Lyon: Université Claude Bernard. Ecole de sages-femmes; 2017.
15. RSPP, Réseau de Santé Périnatal Parisien. Suspicion de violences [en ligne]. [cité le 8 avril 2020]. Disponible sur: <http://www.rspp.fr/parcours-perinatal/violences>
16. Naitre en Alsace. Violences conjugales : plaquettes départementales sur les réflexes à acquérir et les différents contacts utiles [en ligne]. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.naitreenalsace.fr/violences-conjugales-plaquettes-departementales-sur-les-reflexes-a-acquerir-et-les-differents-contacts-utiles/>
17. HAS, Haute Autorité de Santé. Revel-Delhom C. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Argumentaire scientifique. Paris: HAS; 2019.
18. WHO, World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
19. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
20. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst

Rev [en ligne]. 2015 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/full>

21. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Des décès liés à la consommation d'alcool et de tabac plus fréquents chez les hommes que chez les femmes [en ligne]. 2018 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3361133#tableau-figure1>
22. Me too Movement. History and vision [en ligne]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://metoomvmt.org/about/#history>

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	10
1. TYPE D'ETUDE	10
2. POPULATION ETUDIEE	10
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	10
3.1. SAGES-FEMMES LIBERALES	11
3.2. SAGES-FEMMES HOSPITALIERES	11
3.3. SAGES-FEMMES TERRITORIALES.....	12
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	12
5. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	13
6. ANALYSE DES ENTRETIENS	13
RESULTATS	14
1. STRUCTURES ET RESSOURCES	15
2. FREINS AU REPERAGE SYSTEMATIQUE	19
3. CONNAISSANCE DES VIOLENCES CONJUGALES	23
DISCUSSION	26
1. RESULTATS PRINCIPAUX	26
2. DISCUSSION	26
2.1. L'EXISTENCE DE PROTOCOLES DANS D'AUTRES REGIONS OU TERRITOIRES	26
2.2. REPERAGE SYSTEMATIQUE, UN OUTIL PERTINENT	27
2.3. LE REPERAGE SYSTEMATIQUE : A QUEL MOMENT ?	30
2.4. CONSCIENCE DE LA POPULATION.....	32
3. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	33
3.1. LES FORCES	33
3.2. LES FAIBLESSES	34
3.2.1. <i>Limites</i> :.....	34
3.2.2. <i>Biais</i> :.....	34
4. PROPOSITIONS	35
4.1. DIFFUSION D'INFORMATIONS ET D'UN DOCUMENT REFERENCE	35
4.2. AU SEIN DU RESEAU PERINATAL LORRAIN (RPL).....	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES	41
ANNEXES	42

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Exemple de retranscription d'un entretien et son codage en couleur

Annexe III : Grilles d'analyse

Annexe IV : « Violentomètre »

Annexe V : Document ressources existantes en Meurthe-et-Moselle

ANNEXE I

Mémoire violences conjugales

Grille d'entretien :

Au préalable :

- Dans quel milieu exercez-vous ? (hospitalier, libéral, territorial)
- Depuis combien de temps exercez-vous ? <5ans, 5-10ans, 10 à 20 ans, 20-30 ans, >30ans
- Sexe
- Age (fourchettes d'âge), <25 ans, 25-30 ans, 30-40ans, 40-50 ans, >50 ans

« Nous allons aborder le sujet des violences conjugales au sein de la pratique des sages-femmes »

Question d'approche : quelle est la place des VC dans votre pratique au quotidien ?

Thèmes	Questions	Commentaires
Structures et ressources <i>(objectif principal : définir les ressources auxquelles les SF font appel)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quelles structures de prise en charge connaissez-vous ?- Quelles structures utilisez-vous en pratique ?- Si ressources connues mais non utilisées : pourquoi ne les sollicitez-vous pas ?- Que manque-t-il selon vous pour que les structures et leurs rôles soient mieux connus ? Comment pensez-vous que l'on pourrait mieux les solliciter ?	
Pratique professionnelle <i>(objectif secondaire : déterminer les autres freins et difficultés éventuels à un repérage)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quelle expérience avez-vous avec les violences conjugales au sein de votre pratique professionnelle ?- Effectuez-vous un repérage des violences par questionnaire systématique ? Si oui pourquoi, si non pourquoi ?- Vous sentez-vous à	

	<p>l'aise avec le sujet des violences face aux patientes ? Pourquoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque qu'une de vos patientes est victime, quel impact cela a-t-il sur votre pratique ? 	
<p>Violences conjugales – généralités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle représentation avez-vous des violences conjugales, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? (Définition, sens) - Vous sentez-vous suffisamment formé(e) et informé(e) au sujet des violences ? - Pensez-vous que l'on a oublié d'aborder quelque chose durant cet entretien ? 	

ANNEXE II

Entretien SF libérale 1

Impression générale : SF très intéressée par le sujet, nerveuse, soucieuse de bien répondre

Milieu d'exercice : Libéral + HAD

Temps d'exercice < 5 ans

Sexe Féminin

Age : entre 25 et 30 ans

- **Quelle place prennent les VC dans ta pratique au quotidien ?**
- Euh, tu veux dire, dans quel sens ? dans moi les questions que je vais apporter aux patientes ou plutôt des patientes qui m'en parleraient ?
- **Plutôt du retour des patientes**
- Alors moi dans ma pratique au quotidien j'essaie, je dis bien j'essaie, à chaque fois, toutes mes anamnèses, que ça soit pour grossesse que ce soit consult gynéco j'essaie de toujours demander est-ce que vous avez subi des violences, est-ce que vous avez déjà subi des violences dans votre vie ou est-ce que des gens qui vous entourent en ont subi ? Je sais jamais, tu vois, comment... Je sais que j'ai un peu de mal à emmener le sujet. Je n'arrête pas de le déplacer dans mon anamnèse. Donc là je l'ai placé après les allergies, genre « vous fumez nanana ? vous avez déjà subi.. ? » (rires) moi j'essaie de leur dire tout le temps après dans les retours... après il y a des patientes comme la dame qui devait venir cet après-midi, elle clairement au monit elle le dit à tout le monde, si ça se trouve tu l'as déjà croisée à la mat cette dame, tu le sais qu'elle s'est fait taper elle le dit tout le temps
- **Ok. Et du coup ça a une place importante pour toi ?**
- Ah oui oui, oui ça a une place importante, je me dis, au vu de l'actualité je me dis il faut qu'on pose la question et qu'elle puisse savoir qu'elles puissent le dire quelque part quoi. Donc oui en gros dans mes anamnèses je lui fais poser la question.
- **D'accord. J'ai quelques questions après sur le questionnement systématique donc on y reviendra. Donc premier thème de question c'est sur les ressources et structures de prise en charge. Donc quelles structures de prise en charge tu connais ?**
- Je peux pas te le dire comme ça, j'ai un truc dans mon ... On va dire que je n'en connais pas.
- **Mais tu te sers de quelque chose, un support.. ?**
- Oui j'ai un petit ... (sort un document d'une pochette dans un tiroir) en réalité j'ai juste ce truc là. J'étais allée à la conférence, tu sais quand l'avocate de Jacqueline Sauvage est venue à la fac de médecine, j'y suis allée le soir là parce que je me suis dit « ils vont bien nous donner des adresses ». Parce que moi je me sens démunie à me dire s'il y en a une vraiment qui un jour me dit « aidez-moi », fin même si elles disent jamais ça, mais bref s'il fallait l'aider, dans l'idée je me dis je serais un peu perdue ; donc j'ai gardé ça. (papier recensant les différentes structures locales)
- **Et donc quelles structures tu utilises en pratique ?**
- J'en n'ai jamais utilisé. J'ai juste gardé le petit papier là mais j'ai jamais eu à l'utiliser.
- **Pourquoi ?**

- Parce que j'ai jamais été confrontée vraiment à une patiente qui aurait été dans le besoin. Souvent elles vont plutôt me dire qu'elles en ont vécu, elles ont plus en antécédent des violences que actuellement elles sont en train de les vivre.
- **Donc c'est pour ça que tu n'as jamais utilisé de structure ?**
- Ouais c'est pour cette raison, j'en ai jamais eu besoin parce que j'en ai jamais eu une qui m'a dit clairement là ça va pas qu'est-ce que je peux faire. Ouais c'est ça, c'est beau elles s'en sont toutes sorties, ou peut-être pas sorties d'ailleurs..
- **Oui. Et comment penses-tu qu'on pourrait mieux solliciter ces structures ? qu'est-ce qu'il manque pour que les rôles soient mieux connus, qu'est-ce qu'il manque pour que les sages-femmes et autres professionnels de santé connaissent mieux toutes ces structures ?**
- Bah... ou qu'on ai, qu'on nous re-propose un colloque, ou une soirée sur les violences faites aux femmes et qu'on nous redonne les infos « tiens à Nancy vous pouvez adresser là là et là », qu'on ai l'info, un mail, ou je sais pas quoi.. moi j'ai l'impression de.. tu vois j'ai ça (tend son papier) mais je sais même pas si c'est vraiment ça
- **Ok. Ça marche.**
- Ça te va comme réponse ? s'il faut développer je développe hein ! (rires)
- **Non non de toute façon ce sont beaucoup les sages-femmes qui guident mon entretien.**
- Oui en fonction de ce que je te dis.
- **Oui. Donc deuxième grand thème, au niveau de la pratique professionnelle vraiment, du coup quelle expérience as-tu avec les violences conjugales au sein de ta pratique professionnelle ? tu me dis que tu y as déjà été confrontée mais c'est plutôt face à des antécédents du coup ?**
- Alors oui.. c'est... y'en a certains... ya cette dame, qui je te dis devait venir cet après-midi, elle vraiment elle m'a clairement raconté tout ce qu'elle a pu subir mais c'était pas avec son conjoint actuel, après l'actuel voilà.... (hésitation) après j'ai eu une fois une, la sœur d'une patiente que je contrôlais en monit, qui m'a raccompagnée et qui m'a tenu pendant une demi-heure devant la porte à me raconter tout. En fait elles étaient toutes chez la maman, c'était un peu précaire on va dire, mais elle venait de partir tu vois. Elle venait de quitter le domicile parce que ça avait été trop loin et jusqu'à sur les enfants.
- **D'accord, et tu ne la suivais pas ?**
- Non rien du tout, c'était la sœur d'une patiente, et qui m'a tout dit, et à la fin m'a dit « bah je sais pas pourquoi je vous raconte ça » « bah parce que vous avez besoin de le dire je crois », et voilà elle me demandait pas franchement d'aide, elle me disait pas ... elle s'était dit « elle peut m'écouter » et elle a livré son truc quoi. Voilà c'est ces deux dames là vraiment qui m'ont dit, sinon franchement quand je pose les questions « est-ce que vous avez subi » j'ai toujours des non.
- **D'accord**
- Et vraiment j'essaie de réfléchir si j'ai d'autres patientes mais...
- **Et c'est des non systématiques, francs.. ? ou des.. ?**
- Oui, tu vois t'as des non comme « vous fumez ? non » clairement tu la sens pas concernée et d'autres qui vont un peu...
- **Et quand c'est comme ça est-ce que tu cherches à..?**
- Non, je reprends le non et...
- **D'accord**

- Ou des fois je fais des phrases en leur disant « ça peut arriver à tout le monde » ou je mets peut-être une petite phrase en laissant un peu ouvert mais non je ne creuse pas plus loin.. parce qu'en même temps je saurais pas comment creuser plus loin. Tu vois si elle me dit non mais qu'au fond de moi je la crois pas, je saurais pas comment.... mener, comment aller pour la faire se livrer. Et en même temps tu peux pas la faire se livrer si elle a pas envie, si c'est pas le moment pour elle, c'est pas le moment quoi.
- **Donc le fait qu'elle soit réticente à en parler.. ?**
- Ouais je respecte son truc.
- **Ok. Et j'ai la question suivante : « effectuez-vous un repérage par questionnement systématique » du coup la réponse est oui. Et pourquoi, pour quelles raisons, comment c'est venu dans ton anamnèse ?**
- Bah je pense qu'à l'école, en sortant de l'école c'était déjà un peu mis en tête... quoique attends je réfléchis, c'est peut-être plus depuis que je suis à « lieu d'exercice », et peut-être aussi en parlant, j'ai une copine qui est en libéral, en discutant avec elle. Elle le pose bien et je me suis dit oui c'est important en effet. Ça m'est venu en même temps quand je parlais avec elle, de ne pas inclure dans mon questionnaire par exemple que toutes les femmes sont hétéro. Pas dire « votre conjoint » mais « votre partenaire ». Tu vois je me dis « il faut que tu changes.. » donc c'est en discutant avec des collègues, mais de base peut être que quand même en sortant de la formation initiale j'étais sensibilisée à ça, et puis après en rediscutant avec les copines se dire « allez fais plus gaffe dans ton questionnaire ».
- **Oui c'est pas quelque chose qui, de base, était complètement banni de ton questionnement**
- Oui voilà, en sortant de l'école, je pense que je le faisais, peut être pas à toutes mes anamnèses, mais peut-être deux sur trois, mais là depuis un an on va dire depuis que je discute avec les filles je me force plus... je suis peut-être pas à 100% mais .. quoique si, c'est inscrit sur mes feuilles. Ouais voilà, peut-être qu'avec le temps et les actualités aussi, vraiment je pense qu'avec les actualités et entendre ça tout le temps à la radio et à la télé, me dire « ouais t'es avec des femmes toute la journée, t'as un rôle quoi ». Ouais je dirais ça. Je fais des analyses de moi-même !
- **Est-ce que tu te sens à l'aise avec le sujet des violences face aux patientes ?**
- Non pas forcément, non pas pleinement à l'aise comme je pourrais l'être à lui parler de sa toxo. Pas à l'aise parce que j'ai pas l'impression d'avoir les outils pour pouvoir, de me dire, cette femme qui m'a tout confié à sa porte, quand je suis partie je me suis dit « bah merde tu l'as pas aidée, t'as rien fait », bon après coup je me suis dit qu'elle avait pas besoin, elle était chez sa maman etc, mais je me suis sentie mal à l'aise, en me disant « bah merde si elle avait voulu de l'aide tu lui aurais donné aucune piste.. » à ce moment-là j'avais pas encore le truc (montre le papier), après je lui aurais dit bah attendez je me renseigne et je vous rappelle, mais je me serais dit « t'as pas les outils » donc je me sens pas à l'aise comme la personne qui fume et à qui tu dis que c'est pas bien de fumer.
- **Oui en comparant avec les addictions par exemple ça n'est pas quelque chose qui est aussi fluide ?**
- Non voilà.
- **Ce qui est normal aussi.**
- Après, tu vois à l'école... peut-être que ça a changé, peut-être que vous avez plus de choses maintenant... mais nous je crois que c'était une option. J'aurais dit qu'on avait une

option « violences faites aux femmes » sur un ou deux jours, avec une médecin légiste qui est venue et puis une médecin de la mat... qui avait été trop cool, super. C'était une option. On était beaucoup. Mais c'était pas dans le programme. On a jamais eu de partiels là-dessus. Je pense qu'on avait juste fait la journée, tu retiens ce que t'as retenu de la journée et puis j'ai jamais rebossé dessus, je sais pas où est le cours. Alors que les autres cours tu les as plus travaillé... l'hémorragie de la délivrance par exemple...

- **Oui ; et lorsqu'une de tes patientes est victime quel impact ça a sur ta pratique avec elle ?**

- Bah... Je vais peut-être être plus... prendre encore un cran plus de temps, s'il y a un examen gynéco à faire... ça dépend de quelles violences elle a aussi. Peut-être je vais faire des rdv qui sont plus longs avec elle, prendre plus de temps dans l'écoute. Après j'ai vraiment en tête cette dame, elle a une logorrhée elle s'arrête jamais, elle a besoin typiquement d'être écoutée, écoutée, écoutée. On l'avait en monito quotidien à un moment, on passait des heures... Donc peut-être plus d'écoute, si jamais c'était des violences sexuelles ou physiques, peut-être.. mais j'ai l'impression de faire ça avec toutes mes patientes quand même, je mets toujours un drap d'examen sur elle, je les préviens toujours quand je les examine, mais parce qu'on a été formés comme ça aussi. Et que je trouve que c'est normal. Et peut-être encore un cran de plus avec ces femmes, peut-être, par exemple je repousserais un examen gynéco, alors qu'il faudrait peut-être pas, mais peut-être d'être encore plus à l'écoute qu'une autre où je dirais « allez c'est maintenant qu'on fait l'examen, on a déjà repoussé une fois là c'est maintenant », peut être un cran plus à l'écouter. Oui c'est ça.

- **Ça marche. Et donc dernière partie, là c'est vraiment sur les généralités, ce que tu connais des violences conjugales. Quelle représentation, qu'est-ce que ça signifie pour toi les violences conjugales ?**

- La définition ?

- **Oui c'est ça**

- Tout ce qui va être violences sexuelles, la femme que l'on va forcer à avoir un rapport alors qu'elle n'a pas envie, ça j'ai déjà eu des patientes qui te disent, tu leur demandes comment ça va aux rapports et elles te disent qu'en gros il l'a pénétrée et qu'elle était pas très au courant que ça allait arriver. Donc toutes les violences sexuelles, les femmes qui sont pas en accord, toutes les violences physiques, toutes les violences économiques, typiquement la dame qui vient avec son seul et unique chèque, qui a pas de quoi te régler, qui t'envoie un sms avant pour te demander combien elle va être la séance et que le chèque est déjà à 25 euros. Et puis après la violence sur les enfants... Je pense à ça aussi. Si la dame elle subit ça, l'enfant qu'est-ce qu'il subit à côté... Que ce soit comme coups ou ce qu'il voit quoi.. ce qu'il entend, les cris, les pleurs... Ou typiquement j'avais une dame elle avait le droit d'aller au Liddl et puis ici (sous-entendu au cabinet). Elle me l'a dit. Elle était contente d'avoir sa rééduc du périnée parce qu'il l'autorisait à aller à sa rééduc. Et elle avait le droit d'aller faire les courses. Mais du coup elle a trop aimé venir faire ses 10 séances ! et elle, c'était pas de la violence physique je pense, c'était de la violence psychologique, il était très méchant avec elle je pense.. c'était une dame qui venait d'Algérie qui parlait super bien français, qui était prof de maths là-bas, un super niveau, et qui l'a rabaissait, il lui disait qu'elle ne savait pas parler alors qu'elle a toujours échangé avec moi, je lui disais « bah si vous parlez très bien en fait je comprends tout ce que vous dites » et il voulait pas qu'elle aille travailler etc..

- **Et les violences psychologiques pour toi ça rentre dans la définition des violences conjugales ?**

- Oui ? je l'ai pas dit ? oui oui ça rentre pour moi aussi, le mec qui la rabaisse qui lui dit que c'est une grosse merde et qu'elle est capable de rien, qu'elle n'a qu'à gérer ses gosses, et que même gérer ses gosses... donc oui oui ça rentre, et ça il y en a beaucoup. Et c'est plus banalisé parce que c'est presque normal que la femme soit rabaisée quoi.
- **Et est-ce que tu te sens suffisamment formée et informée au sujet des violences ?**
- Bah... non... fin juste, j'ai l'impression de connaître, savoir ce que sont les violences et les chercher à la limite, mais juste pas savoir quoi en faire après, et quoi lui dire. Je dirais que c'est pas le dépistage de la violence où je me sens pas à l'aise, c'est plus de me dire « ok elle va me lâcher sa bombe et j'en fais quoi de sa bombe ».
- **C'est souvent le soucis oui.**
- C'est souvent ça. C'est pour ça que des fois tu vas pas aller chercher loin...
- **Tu penses que c'est un frein au dépistage ?**
- Oui parce qu'elle voit bien que tu restes avec le truc et elle voit bien que tu peux pas l'aider. Alors après peut être que juste de l'écouter ça lui aura suffi j'en sais rien mais..
- **Et donc tu penses que certaines personnes ne poseraient pas la question pour ça ?**
- Oui moi je pense vraiment que pour certaines, c'est comme quand je te dis que dans mes questionnaires j'essaie de me dire qu'elles sont pas toutes hétéro, qu'elles sont peut-être homo, ou peut-être même avec plusieurs partenaires, et je pense qu'il y en a qui ne seraient pas à l'aise de parler de sexualité, donc ils poseraient pas ces questions-là, qui partent dans le schéma banal, couple classique, un homme une femme et voilà. Et dans nos questionnaires, je pense que à l'école on nous forme, on dit « votre conjoint », en sortant de l'école je disais « votre mari » à tout le monde alors qu'elles sont pas forcément mariée etc.. Après je me suis dit « arrête de dire mari, dit conjoint » et puis en fait conjoint ça fait réducteur, faudrait dire partenaire. Donc c'est ça, si tu te sens pas à l'aise tu ne vas pas l'aborder. Tu te dis que c'est pas obligatoire, c'est pas grave, c'est pas comme si tu avais pas demandé le groupe sanguin, le groupe sanguin c'est important.
- **En fait on en est au même point que les addictions il y a une dizaine années, avant on posait pas la question des addictions systématiquement à tout le monde...**
- Oui ! maintenant « est-ce que vous consommez de la drogue » ça passe tout seul !
- **Alors qu'il y a quelques années c'était plus problématique d'après ce que j'ai lu et entendu, c'était des questions qui posaient soucis parce que...**
- Oui, parce que pas à l'aise. Là je pense pareil. Je pense vraiment c'est parce que tu sais pas ce que tu vas en faire, tu te dis vu que tu sais pas ce que tu vas en faire vaudrait mieux pas que j'en sache de trop non plus... Mais tu te dis qu'il faut qu'on les aide. A la fin du mémoire tu nous fait une formation !
- **Oui j'ai prévu quelque chose, de vous donner des ressources..**
- Ah cool !
- **Et dernière question, est-ce que tu penses que l'on a oublié d'aborder quelque chose pendant l'entretien ?**
- Non il n'y a rien qui me vient. Si j'ai un truc qui me revient je te mettrai un message.

NE SAIT PAS / IMPUISSANCE *

ne connaît pas de struct. et ressources de PEC.
se sert d'un document.

(lib2)

ne sait pas comment faire pour la faire se livrer même qd
la patiente dit que non et qu'elle ne le voit pas.

- * à l'aise, pas les outils
- * sait déjouer mais pas comment aider = FREIN

« lâcher sa bombe »
mais qu'en faire ?

lexique = perdue, démunie, j'essaie, mal, mal à l'aise

- * « voudrait mieux si j'en sache trop ... mais faut aider ! »

RÉFÉRENCES À L'INSTITUTION, AUX AUTRES

- * se doit de poser la q^o systématique^o / actualité
- * document donné lors d'une coll. pour les ressources.
- * attente d'une nouvelle soirée de formation
- * repérage systématq → Écoute puis discussion avec collègues
- * pas suffisante formation l'informée.

impasse possible

BESOIN D'UN SOUHAIT CLAIREMENT EXPRIMÉ PAR LA PATIENTE POUR L'AIDER *

- * n'a jamais été confrontée à patients "dans le besoin" = ne l'ont pas exprimé clairement. (atcd, passé, ancien conjoint ... & actuel).
- * question toujours posée mais toujours des NON
- * patiente qui dit non mais qu'elle ne croit pas → ne croit pas.
→ laisse un peu ouvert

POSITION D'ÉCOUTE DE LA SF / BESOIN DE LA VICTIME DE PARLER

- * sœur d'une patiente. parle ++ explique sa situation mais ne demande pas franchement d'aide - mais a écouté.
- * ne sait pas comment faire pr qu'elle se livre.
- * si patiente victime : cs + longue car écoute +++
- * écoute unq^o = est-ce suffisant ?

VOLONTÉ DE PROGRESSER DANS L'AIDE.

POSITION DE LA SF « SAUVEUSE »

- question toujours posée. place importante de la SF.
(mais toujours non)
- laisse un peu ouvert même si NON.
- insuit sur feuille d'anamnèse
- prévenante aux patients (tous) au mo^m de l'exa^m
- "sait uniquement dépister"
- il faut aider mais « voudrait mieux & q' j'en sache trop. »

REPRÉSENTATION DES VIOLENCES

sexuelles - forcer / pas envie

physiques

& en accord

économiques

psychologiques - méchant - rabaisait

enfants: coups (vis/peus) q'il voit

ANNEXE III

Analyse entretiens

Critère de jugement principal CJP: la connaissance ou non de l'existence d'un réseau de prise en charge et d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.
OUI/NON

Critère de jugement secondaire CJS: freins éventuels au repérage. Repérage systématique OUI ou NON

Entretiens	CJP	CJS
Libéral 1	NON	OUI
Libéral 2	OUI	OUI
Libéral 3	OUI	OUI
Libéral 4	NON	NON
Libéral 5	OUI	OUI
Hospitalier 1 Type 2	OUI	OUI (essaie)
Hospitalier 2 Type 2	OUI mais se décharge	NON
Hospitalier 3 Type 2	OUI	NON
Hospitalier 4 Type 3	OUI	NON
Hospitalier 5 Type 3	OUI	NON
Hospitalier 6 Type 3	OUI	NON
Hospitalier 7 Type 1	OUI	NON

Hospitalier 8 Type 1	NON	NON
Hospitalier 9 Type 1	OUI	NON
PMI 1	OUI	OUI
PMI 2	OUI	OUI

Structures	SF	TOTAL
CIDFF		3
Hôpital de proximité		2
Psy libéral		1
CMP		2
Gendarmerie/forces de l'ordre		3
Site du gouvernement		2
AS du service		7
Psy du service		5
Cadre du service		2
PMI		6
Numéro d'appel 3919		4
SF libérale		1
Foyers d'accueil/hébergement		2
Conseillère conjugale		1
SAO		2
Association d'aide aux victimes		2
Maison de la Justice et du Droit		1
Médecin traitant		1

Structures connues par les sages-femmes

SF Meilleure connaissance des structures	TOTAL
Importance formation	11
Investissement SF	4
Que structures viennent se présenter	3
Nécessité support	7
Diffusion information/médias	6
Nécessité travail en réseau	3
Nécessité d'un protocole à suivre	1
Manque de retours positifs des femmes	1

Comment améliorer la connaissance des structures selon
les sages-femmes

SF	TOTAL
Freins/questionnement	
Difficulté à aborder le sujet	8
Nécessité formation	15
Posture SF délicate (Soutien/intromission)	3
Lieu d'activité non propice (tps, conditions)	6
Affect SF	3
Tabou	2
Pas à l'aise	6
Manque d'expérience	2
Pas à l'aise car ne sait pas la PEC à suivre	6
Peu d'utilité du questionnaire	2
Patientes n'en parlent pas	6
Présence du père	5
Sujet honteux/stigmatisant pr les patientes	2
Peur de la suite (précarité, insécurité)	2

Freins à réaliser un repérage par questionnaire
systematique

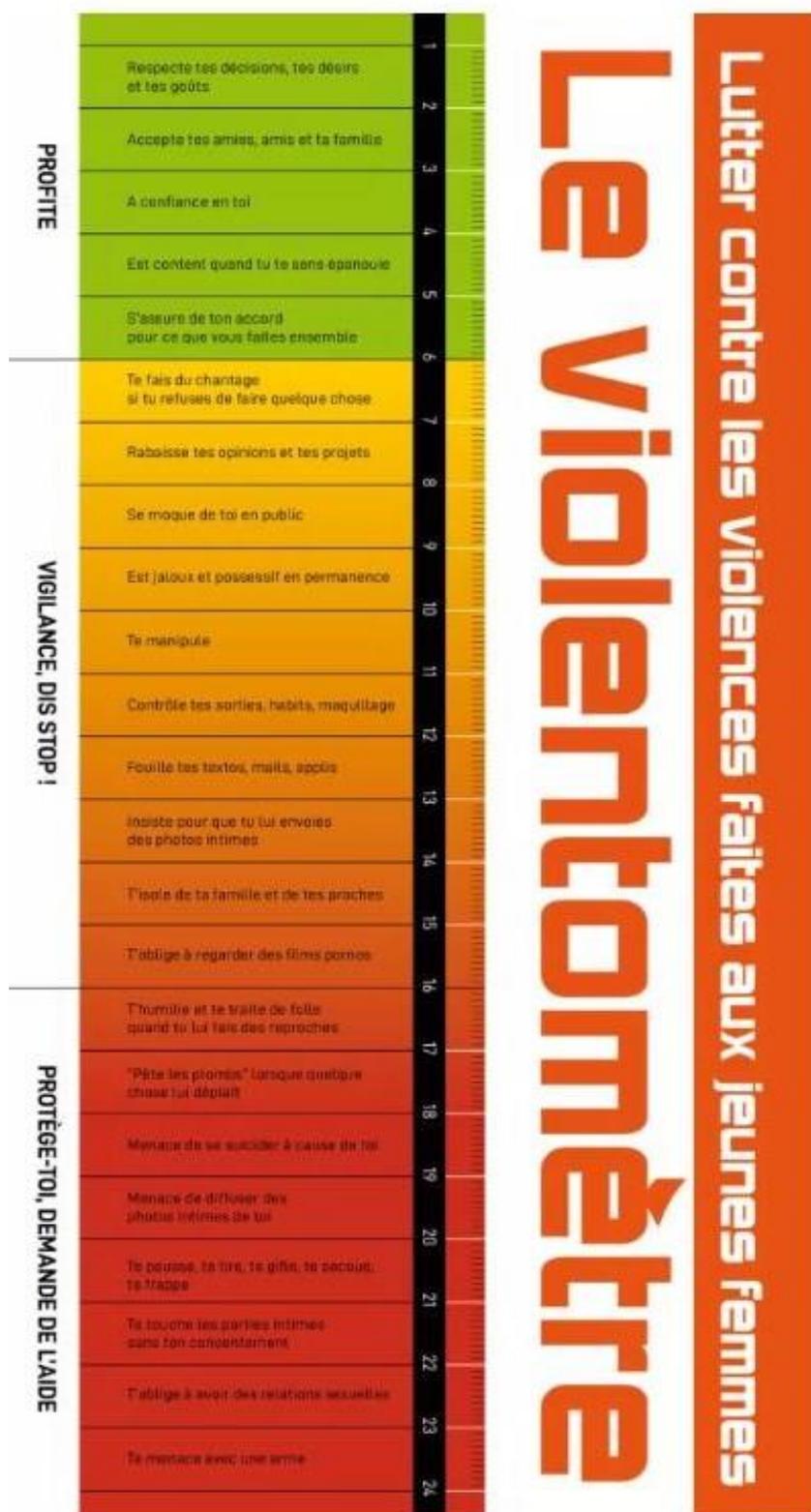
SF	TOTAL
Perception VC	
physiques	15
sexuelles	7
psychologiques/psychiques	13
économiques/financières	8
coups/bleus	9
verbale/insultes/humiliation/menaces	7
isolement/privation	4
mari omniprésent	3
propos dégradants, dévalorisants, rabaissants...	5
maltraitée/malmenée	2
pratiques imposées	2
toute CSP	2
parlent mal	2
manque de respect	1
soumission	2
emprise	4
harcèlement	2
impact/grossesse	3
différence conflit/VC	1
impact/enfants/victimes collatérales	4
histoires tristes	1
gens fragiles/malheureux/détresse	2
peut venir de la femme	1
femme-objet	1

Perception des violences conjugales par les sages-femmes

SF	TOTAL
position d'écoute de la SF	7
volonté de progression dans la PEC ++	4
SF en position d'aide: volonté d'aider++	5
influence positive des médias	3
influence positive de l'école de SF	1
influence des collègues	2
avantages d'un petit centre hospitalier	1
SF : rôle à jouer ++	3
attitude prévenante/bienveillante	1
activité libérale propice	1
PEC à changer: fav éloignement conjoint	1

Diverses informations recueillies au cours de l'entretien

ANNEXE IV



Source : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>

ANNEXE V

VIOLENCES CONJUGALES RESSOURCES ET DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Accueil, écoute, accompagnement des victimes

ARELIA - NANCY

accueil de jour, écoute, orientation locative, aide, accompagnements spécialisés

Groupe de parole proposé

Antenne à Pont-à-Mousson

FRANCE VICTIMES 54 - NANCY

Accueil de femmes victimes, information sur droits et procédures pénales, soutien psychologique, orientation vers services spécialisés

CIDFF (Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)

Ecoute, aide, soutien psychologique, accompagnement des victimes, prévention

Différentes antennes en Meurthe-et-Moselle

FEMME RELAIS – VANDOEUVRE, Antenne du CIDFF de Nancy

Accompagnement et orientation dans démarches administratives, difficultés vie quotidienne...

D'un point de vue juridique

GNAV – association Grand Nancy Aide aux Victimes

Information sur les droits et aides dans les démarches de procédure pénale, accompagnement psychologique

Juges aux Affaires familiales du TGI- NANCY

Maison de la Justice et du Droit

Différents lieux sur toute la Meurthe-et-Moselle

Cabinets d'avocats BONAGGIUNTA-TOMASINI et associés – PARIS

Proposent des consultations téléphoniques à distance pour des personnes n'habitant pas en région parisienne

Commissariats de police, gendarmeries, unités médico-judiciaires

Hôtel de Police – Bureau d'aide aux victimes NANCY

Explication et mise en oeuvre de la procédure pénale, prise en charge psychosociale, contact avec une équipe spécialisée en victimologie

CHRU de NANCY- UMJ Unité Médico Judiciaire

Service de médecine légale

Consultations de psycho-traumatisme et de victimologie

Hébergements d'urgence

ARS- Accueil et Réinsertion Sociale

- SAO Service d'Accueil et d'Orientation

- CHRS Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Plusieurs sites sur toute la Meurthe-et-Moselle

Autres ressources

3919 Violences Femmes Info

Numéro d'écoute national pour les femmes victimes, leur entourage et les professionnels concernés.

En cas **d'urgence** :

- **17** Police ou Gendarmerie

- **15** ou **112** SAMU

- **115** SAMU SOCIAL

Site du **gouvernement**

<https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

FNSF Fédération Nationale Solidarité des Femmes

<http://www.solidaritefemmes.org/>

FNACAV Fédération Nationale des Associations et Centres de prise en charge des Auteurs de Violences

<http://www.fnacav.fr/>

Accueil, écoute, accompagnement des victimes

ARELIA (anciennement Regain 54)

87bis rue du Général Leclerc

54000 Nancy

03 83 15 23 48 ou 06 89 30 18 78

Antenne Val de Lorraine

38 rue Philippe de Gueldre

54700 Pont-à-Mousson

Accueil sur RDV uniquement

- Accueil de jour : écoute, information, orientation locative, aide, accompagnements spécialisés
- Hébergements : commission mensuelle qui évalue les profils des femmes victimes : femmes autonomes (financièrement notamment). 5 chambres d'hébergements, possibilité d'accueil avec les enfants. PAS D'HEBERGEMENT D'URGENCE : si Urgence → SAO.

France victimes 54

Cité judiciaire Rue du Général Fabvier

54000 Nancy

03 83 90 22 55 ou 06 76 86 37 11

- Accueil de femme victime d'agression, violences, vol, abus de confiance, escroquerie, accident, terrorisme, sinistre, discriminations, toute infraction pénale...
- Information sur les droits et déroulement procédure pénale
- Aide démarches juridiques
- Soutien psychologique
- Orientation vers services spécialisés

CIDFF

1 rue du Manège

54000 Nancy

03 83 35 35 87

email : cidff54@sfr.fr

Site internet : meurtheetmoselle-nancy.cidff.info

4 place de Paris

54000 Vandoeuvre

03 83 56 19 27

9 rue René Basset

54300 Lunéville

03 83 74 21 07

Espace André Malraux - Place Henry Miller

54200 TOUL

03 83 64 58 07

- Une écoute, une aide, un soutien psychologique destiné à une personne ou un couple en difficulté personnelle, familiale ou conjugale : espace de parole, d'information
- Ecouter, repérer, informer, accompagner les femmes victimes (accompagnement de démarches policières, judiciaires, médicales, sociales)
- Sensibiliser et former les partenaires travaillant aux contacts des femmes
- Prévention
- 1^{er} entretien sur RDV gratuit, participation financière requise dès le 2^{ème} entretien

Femme relais

Haut du Lièvre – Plateau de Haye

Local au 17, rue Jean Mihé

Bâtiment le Cèdre Bleu

Nancy

03 83 98 84 53

Mail : localdesfemmesrelais@orange.fr

- Rattaché au CIDFF de Nancy
- Accompagnement et orientation dans les démarches administratives, difficultés de la vie quotidienne, solitude, santé, violences, relations famille-école

D'un point de vue juridique

GNAV – Association Grand Nancy Aide aux Victimes

Cité judiciaire – rue du Général Fabvier à Nancy

03 83 90 22 55

- Information sur les droits et aides dans les démarches tout au long de la procédure pénale + accompagnement psychologique

Juge aux affaires familiales du TGI

TGI rue du Général Fabvier à Nancy

03 80 90 85 00

Maison de la Justice et du Droit

- Nancy : plateau de Haye – 17 rue L. Bonnevoy – 03 83 97 03 11
- Tomblaine : 7 bis place François Mitterrand – 03 83 21 38 94
- Vandoeuvre : 5 place de Paris – 03 83 55 10 34
- Toul : centre André Malraux, Place Henri Miller – 03 83 90 22 55
- Lunéville : Antenne de Justice, 2 place Notre-Dame – 03 83 71 23 60

Cabinet d'avocats BONAGGIUNTA-TOMASINI & ASSOCIES

à Paris

01 45 48 46 41

- Proposent des consultations téléphoniques à distance pour les personnes n'habitant pas en région Parisienne (coût 225 euros/consultation)

Commissariats de police, gendarmeries, unités médico-judiciaires

Hôtel de Police – Bureau d'aide aux victimes

38 boulevard Lobau à Nancy

03 83 17 28 48

- Explication et mise en œuvre de la procédure pénale
- Prise en charge psychosociale, contact avec une équipe spécialisée en victimologie

CHRU – Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

UMJ- Unité Médico Judiciaire – Service de Médecine Légale

Consultation de psychotraumatisme et de victimologie

Vandoeuvre, Hôpitaux de Brabois Bâtiment Principal, rue du Morvan

03 83 15 51 30

Hébergements d'urgence

ARS – Accueil et Réinsertion Sociale

Nancy, 44 rue Molitor

03 83 39 56 21

- SAO- Service d'Accueil et d'Orientation
- Hébergement d'urgence avec accompagnement social
- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) :

- Assurer accueil, logement, accompagnement, insertion sociale de personnes ou familles avec de graves difficultés (violences, alcoolisme etc...)
- Redonner une autonomie personnelle et sociale à ces personnes
- Liste des CHRS de Meurthe-et-Moselle disponible sur : <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214/rgn-lorraine.html>

Autres ressources

3919 Violences femmes info

Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7, de 9h à 22h du lundi au vendredi et de 9h à 18h les samedi, dimanche et jours fériés

Titre du mémoire

Repérage des violences conjugales par les sages-femmes :

Entretiens auprès de seize sages-femmes de Meurthe-et-Moselle

De septembre 2019 à mars 2020

Résumé structuré

Introduction : Les violences conjugales constituent un problème de santé publique au cœur de l'actualité. Le nombre de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles s'élève à environ 219000 en moyenne par an. Le Gouvernement tente depuis des années de mettre en place des mesures pour lutter contre l'augmentation du nombre de victimes sans y parvenir de façon marquée.

Les professionnels de santé sont en première ligne et en particulier les sages-femmes pour repérer des situations de vulnérabilité à ce sujet.

C'est pourquoi cette étude porte sur le repérage des violences conjugales par les sages-femmes.

Matériel et Méthode : Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de 16 sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales, toutes exerçant en Meurthe-et-Moselle.

Résultats : Ces interviews ont permis de faire les constats suivants : les structures de prise en charge sont connues en théorie, le repérage n'est pas réalisé de façon systématique pour tous les professionnels et on retrouve un important manque de connaissance et/ou de formations. Ce défaut d'information concerne essentiellement la façon d'utiliser le réseau d'accompagnement à bon escient et la manière d'aborder le sujet face aux patientes.

Discussion : Il semble donc capital de sensibiliser les professionnels de santé à la pertinence du repérage par questionnement systématique ainsi qu'à l'importance d'un travail en réseau. Celui-ci ne peut se faire que si des rencontres et une communication stable sont permises entre les différents intervenants de la prise en charge d'une femme victime.

Mots clés (3)

Violences conjugales, prise en charge, sages-femmes