



HAL
open science

Violences et grossesse : analyse des pratiques professionnelles de 49 sages-femmes de l'agglomération messine sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes en 2019-2020 : étude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique, utilisant des questionnaires anonymes

Valentine Dornier

► **To cite this version:**

Valentine Dornier. Violences et grossesse : analyse des pratiques professionnelles de 49 sages-femmes de l'agglomération messine sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes en 2019-2020 : étude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique, utilisant des questionnaires anonymes. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870527

HAL Id: hal-03870527

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870527v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes
de METZ**

Violences et grossesse

Analyse des pratiques professionnelles de 49 sages-femmes de l'agglomération messine
sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes
en 2019-2020.

Etude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique,
utilisant des questionnaires anonymes.

Mémoire présenté et soutenu par
Valentine Dornier

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel,
sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Metz

Expert : Marie-Laure Vautrin,
déléguée départementale aux droits des femmes de Moselle

Promotion 2016-2020



Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes
de METZ**

Violences et grossesse

Analyse des pratiques professionnelles de 49 sages-femmes de l'agglomération messine
sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes
en 2019-2020.

Etude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique,
utilisant des questionnaires anonymes.

Mémoire présenté et soutenu par
Valentine Dornier

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel,
sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Metz

Expert : Marie-Laure Vautrin,
déléguée départementale aux droits des femmes de Moselle

Promotion 2016-2020

REMERCIEMENTS

Je remercie Mesdames Catherine Mergen-Morel et Marie-Laure Vautrin, mes directrice et experte de mémoire pour leur aide et leur disponibilité.

Je remercie toutes les sages-femmes ayant participé à mon étude.

Je remercie toute l'équipe de l'école de sages-femmes de Metz, pour leur accompagnement durant ces 4 années d'école.

Je remercie mes parents et mes grands-parents pour leur soutien tout au long de cette année.

Je remercie mes amies de promotion sans qui ces années à l'école de sage-femme n'auraient pas été les mêmes.

Je remercie enfin Joel, pour sa présence et ses encouragements, et dédie ce mémoire à notre fils Adrien, dont la naissance a clôturé chaleureusement la rédaction de celui-ci.

ABREVIATIONS

AIEM : Association d'Information et d'Entraide Mosellane

AMP : Assistante Médicale à la Procréation

AS : Assistante Sociale

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIDF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes

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

CIFF : Centre d'Information Féminin et Familial

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GHR : Grossesses à Hauts Risques

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HRP : Hématome Rétro Placentaire

LEAO : Lieu d'Ecoute, d'Accueil et d'Orientation

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PME : Petites et Moyennes Entreprises

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRST : Plan Régional de Santé au Travail

PST : Plan de Santé au Travail

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

TPE : Très Petites Entreprises

UAMJP : Unités d'Accueil Médico-Judiciaire Pédiatrique

UGO : Urgences Gynéco-Obstétriques

UMJ : Unités Médico-Judiciaires

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	2
1.1. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	2
1.1.1. Pour les auteurs et les victimes.....	3
1.1.2. Pour les auteurs.....	3
1.1.3. Pour les victimes.....	3
1.2. L'IMPACT DES VIOLENCES PENDANT LA GROSSESSE.....	3
1.3. LES CONSEQUENCES SUR LA MERE ET L'ENFANT.....	4
1.3.1. Conséquences physiques ou psychologiques chez la mère.....	4
1.3.2. Complications pendant la grossesse.....	4
1.3.3. Conséquences cliniques chez le fœtus.....	4
1.3.4. Difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant à la naissance.....	5
1.4. LA LEGISLATION ACTUELLE.....	5
1.4.1. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010.....	5
1.4.2. Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.....	6
1.4.3. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé.....	6
1.4.4. Texte n°45 publié au journal officiel du 7 juin 2016.....	6
1.4.5. Politiques publiques de sensibilisation ayant accompagné ces lois.....	6
1.5. LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET LE RESEAU EN MOSELLE.....	7
1.6. GRENELLE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	8
1.6.1. Eduquer à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons.....	8

1.6.2. Libérer la parole des victimes et favoriser la révélation des violences.....	8
1.6.3. Protéger les victimes.....	8
1.6.4. Renforcer la prise en charge médico-sociale.....	9
1.6.5. Prendre en compte l'impact des violences conjugales sur les enfants et sur les liens familiaux.....	10
1.6.6. Suivre et prendre en charge les auteurs pour traiter le problème des violences conjugales dans sa globalité et mieux prévenir le risque de récurrence.....	10
1.7. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	10
1.7.1. Information sur les violences faites aux femmes.....	11
1.7.2. Reconnaissance des signes d'appel.....	11
1.7.3. Dépistage des violences.....	12
1.7.4. Cycle de la violence.....	13
1.7.5. Prise en charge des violences.....	13
1.7.6. Recommandations de la HAS.....	13
2 METHODE ET RESULTATS.....	14
2.1. PROBLEMATIQUE.....	14
2.2. OBJECTIFS.....	14
2.2.1. Bénéfices attendus.....	14
2.2.2. Objectif principal et secondaires.....	14
2.3. HYPOTHESES.....	14
2.4. CRITERES DE JUGEMENT.....	15
2.5. TYPE D'ETUDE.....	15
2.6. POPULATION.....	15
2.6.1. Critères d'inclusion.....	15

2.6.2. Critères de non inclusion	15
2.6.3. Critères d'exclusion.....	15
2.6.4. Modalités de recrutement.....	16
2.7. DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	16
2.8. RECUEIL DE DONNEES.....	16
2.9. GESTION DES DONNEES.....	16
2.10. LIEU DE L'ETUDE.....	16
2.11. PERIODE DE L'ETUDE.....	16
2.12. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS.....	16
2.13. OBLIGATION REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE.....	16
2.13.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information.....	16
2.13.2. Modalités de gestion des données : confidentialité.....	17
2.13.3. Déclaration des conflits d'intérêt.....	17
2.13.4. Archivage de données.....	17
2.13.5. Règles de publications.....	17
2.14. RESULTATS.....	17
2.14.1. Recueil des questionnaires.....	17
2.14.2. Caractéristiques de la population.....	17
2.14.3. Définition des violences.....	18
2.14.4. Dépistage des violences.....	19
2.14.5. Prise en charge des violences.....	20
2.14.6. Connaissance du réseau messin d'appui à la prise en charge.....	24
2.14.7. Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes...25	
2.14.8. Cas clinique.....	26

3 DISCUSSION.....	28
3.1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	28
3.1.1. Biais de déclaration.....	28
3.1.2. Limites.....	28
3.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	29
3.3. DEPISTAGE DES VIOLENCES.....	29
3.4. PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES.....	29
3.4.1. Confrontation des sages-femmes à une femme enceinte victime de violences.....	29
3.4.2. Connaissance et utilisation des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes.....	30
3.5. RESEAU MESSIN D'APPUI A LA PRISE EN CHARGE.....	31
3.6. FORMATION SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	32
3.6.1. Formation initiale sur les violences faites aux femmes.....	32
3.6.2. Formation continue sur les violences faites aux femmes.....	32
3.6.3. Influence de l'année d'obtention du diplôme sur le niveau d'information.....	33
3.7. CAS CLINIQUE.....	34
3.8. AXES D'AMELIORATION.....	35
CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	40

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes quel que soit leur type, sont interdites par la loi. Les violences conjugales sont basées sur une relation de domination au sein du couple. Elles reposent sur un ensemble de facteurs historiques, culturels, sociaux et psychologiques qui traduisent un rapport de domination des hommes sur les femmes [1]. Parmi les victimes, seulement 14% d'entre elles osent porter plainte [2].

La grossesse rend la femme particulièrement vulnérable et l'expose à des risques de violences conjugales. La sage-femme qui assure le suivi de la grossesse joue alors un rôle primordial dans le dépistage et la prise en charge de ces violences. Malgré des avancées politiques et législatives, cette problématique reste un sujet difficile à aborder aussi bien pour la femme victime que pour les professionnels.

Ainsi, l'arrêté du 11 mars 2013 a réformé les études de sage-femme en y intégrant les violences faites aux femmes afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences.

Lors de ma troisième année de sage-femme, un stage en salle de naissances m'a confrontée à une situation de violences faites aux femmes. Voulant explorer davantage cette problématique, cette expérience m'a conduite à la choisir comme sujet de mon mémoire de fin d'études.

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les connaissances et les pratiques professionnelles des sages-femmes de l'agglomération messine sur les violences faites aux femmes enceintes et les réseaux d'appui à la prise en charge, depuis la réforme des études de sage-femme de 2013.

Dans une première partie, j'aborderai les violences faites aux femmes au sens large, au niveau législatif ainsi que l'existence du réseau messin. Je parlerai également de la place qu'occupe la sage-femme pour traiter cette problématique.

Dans une deuxième partie, j'expliquerai les méthodes utilisées pour cette étude et en analyserai les résultats.

Enfin, je discuterai des résultats dans une troisième partie et proposerai des axes d'amélioration.

PARTIE 1

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

La politologue Hannah Arendt décrit la violence de manière générale comme « un moyen utilisé pour assurer le pouvoir sur l'autre. Il s'agit d'un rapport de force dans lequel l'un est sujet, l'autre objet » [3]. L'Organisation des Nations Unies (ONU) définit les violences faites aux femmes par « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » [4].

Cela représente un problème majeur de santé publique et une violation des droits de la femme puisqu'une femme sur trois dans le monde est concernée. En France, on dénombre en moyenne 219 000 femmes victimes de violences au cours d'une année [5] et en 2019, 149 en sont décédées [6]. Il s'agit malgré tout encore d'un sujet tabou, en effet, 4 femmes sur 10 ne s'étaient jamais confiées sur les violences dont elles étaient victimes. Le plus souvent, il s'agit de violences conjugales, c'est-à-dire que le conjoint exerce des comportements agressifs, violents et destructeurs envers la femme.

La violence peut s'exprimer de différentes manières, on distingue :

- La violence psychologique : entretien d'une pression sur la femme, humiliation, peur
- La violence verbale : insultes, dégradation
- La violence physique : agression physique (coups, gifles...)
- La violence économique : pression financière, privation
- La violence administrative : suppression des papiers (carte d'identité, carte de séjour...)
- La violence sexuelle : viol, pornographie...

D'installation progressive, elle s'accroît, souvent dans un contexte de tension préexistante dans le couple. Ce cycle de la violence se divise en quatre phases :

- La phase de tension
- La phase d'agression
- La phase d'excuse
- La phase de réconciliation.

Les femmes victimes de violences expriment alors des sentiments de culpabilité, de honte, de peur et vont jusqu'à dénier la situation. Par peur de représailles ou rassurées par les promesses de changement de leur conjoint, elles n'osent pas toujours quitter le domicile conjugal. Le manque de soutien, l'isolement social ou géographique, la crainte de séparer les enfants de leur père font souvent obstacle à la dénonciation des faits.

Divers facteurs de risques favorisant la violence ont été identifiés :

1.1.1. Pour les auteurs et les victimes

Pour les auteurs et les victimes, on retrouve notamment :

- Un faible niveau d’instruction
- Une exposition à la maltraitance pendant l’enfance
- Une exposition à la violence familiale
- Un usage nocif de l’alcool
- Des normes prévalant dans la communauté qui privilégient l’homme ou lui assignent un statut supérieur à celui de la femme
- Des antécédents d’actes violents, une mésentente dans le couple, des difficultés de communication entre les partenaires ou un comportement dominateur pouvant pousser le conjoint à devenir violent envers la femme.

1.1.2. Pour les auteurs

Pour les auteurs, on évoque également :

- Des troubles de la personnalité
- Une multiplicité des partenaires ou une suspicion d’infidélité de la part du partenaire
- Des attitudes tendant à légitimer la violence.

1.1.3. Pour les victimes

Un faible niveau d’accès à un emploi rémunéré a souvent été identifié chez les victimes.

Cependant, la violence peut toucher toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur milieu social, leur orientation sexuelle ou bien encore leur origine.

1.2. L’IMPACT DES VIOLENCES PENDANT LA GROSSESSE

Le processus de maternité engage des remaniements corporels, psychiques, des besoins économiques et sociaux, susceptibles d’affecter la relation conjugale.

Il a été démontré qu’une grossesse, surtout la première, est une période de crise identitaire et de maturation psychique pour la femme qui devient mère. La femme enceinte se redécouvre sous l’emprise des changements corporels et hormonaux et change de statut social. Des événements douloureux, notamment durant l’enfance peuvent alors ressurgir. C’est une période de grande vulnérabilité qui peut déclencher ou aggraver des situations de violences, notamment en périodes de crises au sein du couple. Les violences conjugales pendant la grossesse, concernent 4 à 8% des grossesses dans les pays industrialisés. 40 % de ces violences conjugales débutent au cours de la première grossesse, et 2/3 des femmes déclarent que la violence s’aggrave pendant la grossesse. Les violences physiques représentent 10% de l’ensemble des violences [7].

En France, les femmes enceintes vont durant leur grossesse rencontrer des professionnels de santé (sages-femmes, médecins, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes...), en mesure de

prévenir et dépister les violences faites aux femmes en leur proposant leur aide, une oreille attentive, et en les guidant dans leurs choix [8].

1.3. LES CONSEQUENCES SUR LA MERE ET L'ENFANT

Les conséquences des violences durant la grossesse sont graves et multiples, tant pour la mère que pour l'enfant à naître.

1.3.1. Conséquences physiques ou psychologiques chez la mère

La violence pendant la grossesse peut entraîner différentes conséquences physiques ou psychologiques chez la mère :

- Un recours tardif aux soins prénataux
- Un stress maternel pouvant engendrer une mauvaise prise de poids
- Des infections urinaires ou vaginales à répétition
- Des nausées ou des vomissements
- L'exacerbation d'une maladie chronique
- De l'anxiété
- Une dépression
- Des conduites addictologiques.

1.3.2. Complications pendant la grossesse

La grossesse peut aussi être sujette à des complications :

- Un traumatisme abdominal
- Une fausse couche (précoce ou tardive)
- Des métrorragies
- Une Rupture Prématuroe des Membranes (RPM)
- Une Menace d'Accouchement Prématuroe (MAP)
- Une rupture utérine
- Un Hématome Rétro-Placentaire (HRP).

1.3.3. Conséquences cliniques chez le fœtus

Il en ressort également des conséquences cliniques chez le fœtus :

- Un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU)
- Un faible poids de naissance
- De la prématurité
- Une mort fœtale in utero.

1.3.4. Difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant à la naissance

A la naissance, la mère peut éprouver des difficultés relationnelles avec l'enfant :

- Des difficultés d'attachement avec l'enfant
- Des syndromes dépressifs [9].

1.4. LA LEGISLATION ACTUELLE

Différents textes de lois ont permis la protection des femmes victimes de violences, la définition du terme de violences à l'égard des femmes. Ces textes officiels ont été complétés d'actions de terrain.

1.4.1. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010

Relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, elle renforce la protection des victimes en prévoyant des mesures relatives à la prévention et des dispositions visant à renforcer la répression des auteurs de violences.

Cette loi a pu entraîner :

- L'introduction de « l'ordonnance de protection des victimes de violences » qui permet au juge des affaires familiales de statuer en urgence et de mettre en place, sans attendre le dépôt d'une plainte par la victime, des mesures d'urgence, notamment l'éviction du conjoint violent, la dissimulation du domicile ou de la résidence de la victime ou la prise en compte de la situation des enfants. L'ordonnance de protection est également ouverte aux personnes majeures menacées de mariage forcé
- L'expérimentation, pendant trois ans, dans certains départements, du port d'un bracelet électronique pour contrôler l'effectivité de la mesure d'éloignement du conjoint violent
- La création d'un « délit de violence psychologique ou morale »
- L'octroi ou le renouvellement du titre de séjour (carte de séjour temporaire) aux femmes venues en France au titre du regroupement familial bénéficiant d'une ordonnance de protection, même si elles se sont séparées de leur mari en raison de violences ; la délivrance d'une carte de séjour temporaire aux personnes en situation irrégulière bénéficiant d'une ordonnance de protection
- L'encadrement de la possibilité de recourir à une médiation pénale, la victime étant présumée ne pas y consentir quand elle bénéficie d'une ordonnance de protection
- L'extension de l'infraction de violences habituelles aux violences conjugales
- La suppression de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel s'agissant du viol entre époux
- L'instauration d'une circonstance aggravante des violences exercées pour la contrainte au mariage.

1.4.2. Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

Elle prévoit notamment :

- L'allongement de la durée des mesures prises dans le cadre de l'ordonnance de protection, en visant aussi la réduction des délais de délivrance de l'ordonnance de protection
- La restriction de la médiation pénale aux seuls cas où la victime en fait expressément la demande
- L'éviction du conjoint violent du domicile
- La généralisation du dispositif d'alerte avec le téléphone grand danger
- L'harmonisation des définitions des délits de harcèlement moral au travail et de harcèlement psychologique au sein du couple
- La prise en compte des violences faites aux femmes en situation de handicap.

1.4.3. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé

La loi stipule que « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* » ce qui représente une avancée considérable pour la protection des professionnels de santé.

1.4.4. Texte n°45 publié au journal officiel du 7 juin 2016

Portant avis sur les violences contre les femmes et les féminicides, il définit le terme de « *violence à l'égard des femmes comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée* ».

1.4.5. Dispositifs accompagnant ces lois

Des dispositifs ont accompagné ces lois :

- Un numéro national 3919 "Violences Femmes Info"
- Des lieux d'accueil :
 - Des Lieux d'Ecoute, d'Accueil et d'Orientation (LEAO)
 - Des structures de proximité permettant l'accueil, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences. Ces structures ouvertes sans rendez-vous permettent un accompagnement spécialisé dans la durée des femmes victimes.
- Un « Protocole plainte » : il organise la réponse apportée à toute femme révélant une situation de violences auprès de la police ou de la gendarmerie

- Des intervenants sociaux en commissariats de police et dans les brigades de gendarmerie : accueil et orientation des victimes qui nécessitent un accompagnement juridique, médico-psychologique ou social
- Un plan national de lutte contre le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun : présenté en juillet 2015 et suivi par une campagne nationale lancée en novembre 2015 [10].

Malgré ces avancées législatives, ces dispositifs encore trop méconnus semblent ne pas être suffisamment utilisés.

1.5. LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET LE RESEAU EN MOSELLE

Afin d'optimiser la prise en charge des femmes victimes de violences, il est essentiel de connaître les différents acteurs et le réseau d'appui à la prise en charge.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI), service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant a pour principales missions :

- La prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants
- L'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies
- La prévention et le dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps
- La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles [11].

En Moselle, l'association Inform'elles s'engage à accompagner les femmes victimes de violences par le biais d'un partenariat entre l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM) et le CIFF-CIDF (Centre Information Féminin et Familial-Centre d'Information sur les Droits des Femmes) de Metz.

Ce lieu d'accueil pour les femmes victimes de violences n'est pas un lieu d'accueil d'urgence mais permet d'accompagner les femmes victimes en leur proposant des échanges et une écoute personnalisée afin de les informer du mieux possible sur leurs droits, de les aider dans leurs démarches administratives ou juridiques.

L'AIEM occupe ainsi une place importante puisqu'elle collabore avec les services d'Etat et les collectivités locales (conseil régional, mairies), les dispositifs d'accueils, le numéro d'appel 115 (numéro d'urgence sociale), les structures locales comme la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le Centre d'Information des Droits des Femmes et des familles (CIDFF), Pôle Emploi, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), des associations d'insertion, des associations caritatives et des établissements hospitaliers.

Ce réseau offre donc une prise en charge multidisciplinaire des femmes victimes de violences [12].

1.6. LE GRENELLE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Le 3 septembre dernier, le gouvernement français a également décidé de lancer le premier Grenelle contre les violences conjugales. Ce dispositif permet de mettre en place des actions territoriales en vue de lutter contre les violences faites aux femmes. Ses 3 grandes priorités sont la prévention, la protection et la prise en charge des victimes et les sanctions vis-à-vis des auteurs afin de mieux protéger les victimes.

A Metz, cette journée a réuni de nombreux acteurs de terrain, des services publics, des magistrats, des représentants des forces de l'ordre, des élus, des professionnels de santé, des responsables associatifs et des familles de victimes dans le but de mettre en place des mesures. A l'issue de cette journée, une convention départementale relative à l'hébergement des femmes victimes de violences conjugales a été signée à la préfecture le 25 novembre 2019 [13].

A la suite de ce grenelle, 30 mesures supplémentaires ont été annoncées pour :

1.6.1. Eduquer à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons

L'éducation à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons pourra être permise grâce à :

- La mise en place d'un module de formation initiale et continue rendu obligatoire sur l'égalité à destination des personnels de l'Education nationale (enseignants, personnels d'éducation, cadres etc.)
- La création d'une culture de prévention et de sensibilisation auprès des élèves
- La diffusion dans tous les établissements d'un document unique de signalement et un guide réflexe à destination des personnels des établissements
- La mise en place d'un module obligatoire sur la prévention des violences conjugales dans le cadre du service national universel.

1.6.2. Libérer la parole des victimes et favoriser la révélation des violences

Afin d'encourager la prise de parole par les victimes seront mis en place :

- L'accessibilité élargie du numéro 3919 :
 - 24h/24
 - 7j/7
 - Adapté aux personnes en situation de handicap
- La possibilité de lever le secret médical en cas de danger immédiat pour la victime et de risque avéré de renouvellement des violences
- Des outils à destination des professionnels de santé pour évaluer la dangerosité des situations et orienter les victimes vers une prise en charge adaptée.

1.6.3. Protéger les victimes

1.6.3.1 Au dépôt de plainte

Le dépôt de plainte à la gendarmerie sera favorisé par :

- La création de 80 postes supplémentaires d'intervenants sociaux dans les commissariats et gendarmeries bénéficiant d'un financement de l'Etat (d'ici 2021)

- La distribution d'un document d'information à toute victime se rendant dans un commissariat ou une gendarmerie
- L'instauration d'un parcours renforcé de formation initiale et continue à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales pour les policiers et les gendarmes.

1.6.3.2 Lors du parcours juridique

La protection juridique des victimes est essentielle, c'est pourquoi il faudra :

- Interdire la médiation pénale comme alternative aux poursuites en cas de violences conjugales, ou comme alternative à une décision en cas de litige devant le juge aux affaires familiales
- Mieux garantir l'accompagnement des victimes par l'assistance d'un avocat.

1.6.3.3 Au travail

Des mesures quant à la protection des victimes au travail seront également mises en place :

- Le droit aux victimes sous ordonnance de protection de débloquer leur épargne salariale de façon anticipée pour ce motif
- L'actualisation du guide relatif à l'égalité professionnelle à destination des TPE-PME afin d'y intégrer la problématique des situations de violences conjugales
- L'intégration de la problématique des violences conjugales aux plans de santé au travail (PST) et aux plans régionaux de santé au travail (PRST)
- La proposition dès la fin de cette année, aux partenaires sociaux membres de la commission du label égalité professionnelle, d'intégrer au cahier des charges du label égalité professionnelle un axe relatif à la prise en compte des violences conjugales.

1.6.3.4 Situations de handicap

Pour que les femmes victimes de violence en situation de handicap soient protégées, il sera convenu de :

- Déployer dans chaque région un centre ressource pour accompagner les femmes en situation de handicap dans leur vie intime et sexuelle et leur parentalité
- Rappeler à l'ensemble des établissements et services médico sociaux la nécessité du respect de l'intimité et des droits sexuels et reproductifs des femmes accompagnées
- Lancer une formation en ligne certifiante pour faire monter en compétence massivement les différents professionnels qui interviennent notamment dans les établissements et services médico-sociaux [14].

1.6.4. Renforcer la prise en charge médico-sociale

Le financement des structures dédiées à la prise en charge sanitaire, psychologique sociale des femmes victimes de violences sera instauré afin de renforcer la prise en charge médico-sociale.

1.6.5. Prendre en compte l'impact des violences conjugales sur les enfants et sur les liens familiaux

L'impact des violences conjugales sur les enfants et les liens familiaux sera pris en compte en :

- Déchargeant les descendants de leur obligation alimentaire envers le parent condamné pour homicide volontaire de l'autre parent
- Demandant systématiquement un état de la situation à l'aide sociale à l'enfance en cas de violence conjugale, et à défaut une évaluation administrative de la situation familiale
- Développant les espaces-rencontres, lieux neutres protégeant les mères et leurs enfants en cas de séparation des parents
- Généralisant les Unités d'Accueil Médico-judiciaires Pédiatriques (UAMJP) afin de recueillir dans de bonnes conditions la parole de l'enfant
- Reconnaisant le phénomène du « suicide forcé » avec la mise en place d'une nouvelle circonstance aggravante pour les auteurs de violences en cas de harcèlement ayant conduit au suicide ou à une tentative de suicide de la victime.

1.6.6. Suivre et prendre en charge les auteurs pour traiter le problème des violences conjugales dans sa globalité et mieux prévenir le risque de récidive

Afin de garantir un suivi et une prise en charge optimaux des auteurs, il sera important de :

- Evaluer la dangerosité criminologique des auteurs
- Renforcer les mesures de suivi de l'auteur et de prévention de la récidive
- Encadrer les permis de visite en détention
- Mieux connaître les profils socio-démographiques des auteurs, à travers un projet de recherche d'une équipe de l'Université de Bordeaux
- Prévenir et prendre en charge les violences conjugales liées aux addictions
- Ouvrir deux centres par région de prise en charge des auteurs de violences.

1.7. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

Selon l'article R.4127-316 du code de la santé publique, « *lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.* » [15].

Elle intervient ainsi dans le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de la gravité des violences, dans le conseil, l'information et l'orientation de la patiente [5]. Quel que soit le secteur d'activité (secteur libéral, PMI, hospitalier), chaque sage-femme est susceptible d'être confrontée à cette problématique dans sa carrière professionnelle.

Elle aura alors pour devoir de prendre en charge au mieux ces patientes en leur proposant un accompagnement médico-psycho-social et juridique et en les orientant si besoin vers des structures adaptées (hébergements d'urgence, LEAO, inform'elles) afin d'aider la femme à sortir du cycle de la violence et lui permettre de se reconstruire [16].

La connaissance d'un réseau est essentielle, le but étant de protéger ces femmes victimes dans le respect de son champ de compétences, pour leur permettre de reprendre leur vie en main et d'effectuer les démarches nécessaires [17].

Afin d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences, les études de sage-femme doivent intégrer des informations suffisantes sur les violences faites aux femmes. L'arrêté du 19 juillet 2011 a ainsi introduit dans le cursus en début de formation une unité d'enseignement intitulée Santé, société, humanité permettant d'acquérir des connaissances en psychologie de la cellule familiale, de la naissance et des situations de vulnérabilité. L'arrêté du 11 mars 2013 a ajouté une unité d'enseignement spécifique pour le deuxième cycle intitulé Gynécologie-santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation, avec pour objectif d'étudier la prévention, le dépistage et l'épidémiologie des violences faites aux femmes [18].

Par « santé génésique », on entend selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé* » [19].

1.7.1. Information sur les violences faites aux femmes

La sage-femme doit tout d'abord se sentir concernée par le problème des violences faites aux femmes et doit donc :

- Poser la question des violences lors de l'anamnèse, quel que soit son type d'exercice (libéral ou salarié)
- Afficher des brochures, des dépliants d'information sur les violences avec les numéros utiles dans une salle d'attente, etc ...

1.7.2. Reconnaissance des signes d'appel

Elle doit également être attentive aux signes d'alerte lui permettant de reconnaître la violence auprès d'une victime ou de l'auteur :

- Un comportement craintif, un refus de se déshabiller, des consultations itératives pour divers motifs contradictoires (pour la victime)
- Des propos méprisants, la négation ou la minimisation des faits, un contrôle sur son partenaire, un comportement agressif (pour l'auteur).

1.7.3. Dépistage des violences

Elle doit être ensuite en mesure de dépister la violence :

- En créant un climat de confiance favorable à des révélations de la part de la victime
- En assurant la confidentialité et le respect du secret professionnel
- En parlant au cours d'une consultation en l'absence du conjoint, des enfants...
- En posant des questions simples pour tenter de connaître l'ambiance à la maison, l'origine de signes d'agressions physiques et lui prodiguer les soins nécessaires ou l'orienter vers une structure adaptée (établissement de santé).

1.7.4. Cycle de la violence

Il faut expliquer à la femme le cycle de la violence ainsi que les différentes formes de violences pour qu'elle réalise qu'elle en est victime et qu'elle doit agir.

1.7.5. Prise en charge des violences

La sage-femme doit aussi évaluer la gravité de la situation, que ce soit au niveau de la fréquence, du contexte des épisodes de violences ou encore des facteurs de risques de violences graves ou de féminicide (possession d'une arme au domicile, menaces de mort, dépendances addictologiques, présence d'antécédents judiciaires).

1.7.5.1 Mesures d'éloignement

Elle pourra ainsi en cas de besoin prendre des mesures nécessaires comme éloigner la femme du domicile conjugal ou l'hospitaliser en urgence.

1.7.5.2 Mesures de signalement

Signaler la violence est ensuite nécessaire afin d'entamer les mesures judiciaires et administratives. Il est vivement conseillé à la victime de porter plainte auprès des autorités judiciaires.

1.7.5.3 Scénario d'urgence

La sage-femme doit par la suite établir un scénario d'urgence afin d'assurer la sécurité de la femme et de ses enfants :

- En identifiant les facteurs déclenchants
- En nommant une personne de confiance et en convenant d'un mode de communication afin que la victime puisse lui demander son aide en cas d'urgence
- En éduquant les enfants sur les conduites à tenir en cas de violences
- En préparant un « sac de secours » qui contient tous les documents personnels de la femme, des vêtements, de l'argent, des clés au cas où elle devrait partir en urgence [20].

1.7.5.4 Certificat médical

Enfin, elle doit lui établir un certificat médical afin de lui faire valoir ses droits et lui faire obtenir des mesures de protection (I). Ce document est nécessaire pour que la femme enceinte

victime puisse engager des poursuites contre son agresseur et demander une protection. Il doit donc être rempli le plus complètement possible au cours des différents entretiens.

Il constitue un document écrit par lequel la sage-femme atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner. La sage-femme doit aussi conseiller à la femme de se rendre auprès des services de police ou de gendarmerie, de contacter le 3919 et doit l'orienter vers une association locale d'aide aux femmes victimes.

Il est néanmoins important de respecter certaines règles prescrites par les organes et instances professionnelles dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur :

- Ce document engage la responsabilité de la sage-femme signataire. Il doit donc être rédigé sur papier à en-tête, comporter ses nom, adresse, établissement (si employée), n° RPPS ou d'inscription à l'Ordre et sa signature manuscrite (tampon éventuel).
- Il doit identifier correctement la victime (nom, prénom, date de naissance). En cas de doute sur son identité, la sage-femme notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... ». Si la victime est mineure ou majeure protégée, il faut préciser sur le certificat le nom et le prénom du représentant légal dans l'hypothèse où il serait présent lors de la consultation.
- La sage-femme ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la patiente dont il s'agit
- La sage-femme ne peut attribuer les troubles présentés par une patiente au comportement d'une personne qu'elle ne connaît pas ou révéler la pathologie d'une personne qui a été sa patiente. Aucun tiers ne doit être mis en cause.
- La sage-femme doit prendre son temps tant pour écouter et examiner la patiente que pour la rédaction du certificat.
- Le certificat doit être rédigé de manière lisible, précise, sans termes techniques et abréviation.
- Le certificat doit être daté. La sage-femme ne peut antidater ou postdater un certificat : le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.
- Le certificat, une fois rédigé, doit être remis en main propre à la patiente ou au représentant légal de la victime dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans la commission des faits.
- Une copie du certificat doit être conservée par la sage-femme [21].

1.7.6. Recommandations de la HAS

Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations concernant la lutte contre les violences faites aux femmes qui comprenaient notamment une obligation de formation continue sur « les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique ». Une réactualisation des connaissances est donc également primordiale afin de renforcer les compétences de chaque professionnel [22].

PARTIE 2

2. METHODE ET RESULTATS

2.1. PROBLEMATIQUE

La problématique de cette étude est de savoir en quoi l'inscription de l'approche des violences faites aux femmes dans le programme des études de sage-femme améliore le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes victimes par les sages-femmes en 2020.

2.2. OBJECTIFS

2.2.1 Bénéfices attendus

Par ce travail, le but était d'améliorer les pratiques professionnelles des sages-femmes en matière de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes victimes de violences et donc, d'améliorer la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes ainsi que d'améliorer le travail en réseau.

2.2.2 Objectifs principal et secondaires

2.2.2.1 Objectif principal

L'objectif principal était d'analyser les pratiques professionnelles et les connaissances des sages-femmes de l'agglomération messine en 2020 sur les violences faites aux femmes enceintes et les réseaux d'appui à la prise en charge, depuis la réforme des études de sage-femme de 2013.

2.2.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de décrire les connaissances des sages-femmes sur les critères de repérage des femmes enceintes victimes de violences, leurs connaissances concernant la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences, leurs pratiques professionnelles en matière de prise en charge des femmes enceintes victimes de violences, leurs connaissances sur les réseaux ainsi que d'évaluer l'utilisation de ces réseaux.

2.3. HYPOTHESES

Plusieurs hypothèses ont été émises, cette étude visait à vérifier ces hypothèses :

- Hypothèse 1 : La formation initiale sur les violences faites aux femmes enceintes est satisfaisante ;
- Hypothèse 2 : Les sages-femmes savent dépister les violences faites aux femmes enceintes ;

- Hypothèse 3 : Les sages-femmes diplômées après 2015 ont reçu des informations suffisantes en matière de dépistage et de prise en charge des violences pendant la grossesse au cours de leur formation initiale ;
- Hypothèse 4 : Les sages-femmes ont les outils pour dépister les violences faites aux femmes enceintes ;
- Hypothèse 5 : Les sages-femmes ont la connaissance d'un réseau concernant la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences ;
- Hypothèse 6 : Les sages-femmes utilisent les réseaux d'appui à la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences.

2.4. CRITERES DE JUGEMENT

Pour ce travail, différents critères de jugement ont été élaborés :

- Les critères de repérage des femmes enceintes victimes de violence
- Les critères de prise en charge des femmes enceintes victimes de violence
- Les réseaux de prise en charge des femmes enceintes victimes de violence
- La connaissance d'outils de dépistage.

2.5. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique, par voie de questionnaires anonymes.

2.6. POPULATION

2.6.1 Critères d'inclusion

Cette étude incluait :

- Des sages-femmes libérales de Metz Métropole
- Des sages-femmes de PMI de Metz Métropole
- Des sages-femmes hospitalières travaillant dans les services de UGO, salles de naissance, suites de couche, GHR, HDJ, AMP, consultations prénatales, CPEF au CHR de Mercy.

2.6.2 Critères de non inclusion

Les sages-femmes ne souhaitant pas participer à l'étude n'étaient pas incluses.

2.6.3 Critères d'exclusion

Les questionnaires peu remplis ou inexploitable ont été exclus de l'étude.

2.6.4 Modalités de recrutement

Un total de 200 questionnaires avait été envoyé afin d'obtenir environ 30% de réponses.

2.7. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Des questionnaires adressés aux sages-femmes ont été distribués dans les différents services de la maternité du CHR de Mercy et envoyés par mail aux sages-femmes libérales via l'Ordre des sages-femmes, et via la sage-femme coordinatrice de la PMI aux sages-femmes territoriales de Metz Métropole pendant la période de janvier-février 2020 (II).

Ces questionnaires comportaient différentes questions notamment sur les connaissances, le dépistage, la prise en charge des situations de violences faites aux femmes enceintes, ainsi que sur l'utilisation du réseau messin par les sages-femmes. D'autres questions visaient à évaluer l'impact des différentes formations suivies au cours de sa carrière professionnelle ou durant les études de sage-femme. Pour finir, une mise en situation au travers d'un cas clinique avait été établie.

2.8. RECUEIL DE DONNEES

Les différents questionnaires ont été anonymisés avant recueil des données.

2.9. GESTION DES DONNEES

Les logiciels Excel et BiostaTGV ont été utilisés comme méthodes d'analyse des données.

2.10. LIEU DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée au sein de l'agglomération messine.

2.11. PERIODE DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée sur la période de janvier à février 2020.

2.12. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Les biais de sélection et de déclaration ont été pris en compte.

2.13. OBLIGATION REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE

2.13.1 Modalités d'information et de recueil de la note d'information

Il s'agissait d'une étude épidémiologique - observationnelle de catégorie 3, soit une recherche non interventionnelle avec information et déclaration de non opposition, libre et éclairée. Avant

de diffuser les différents questionnaires, les accords des sages-femmes coordinatrices en maïeutique du CHR de Mercy et du département de la Moselle et de la présidente du Conseil de l'ordre des sages-femmes de Moselle avaient été obtenus.

2.13.2 Modalités de gestion des données : confidentialité

Seuls les professionnels étaient amenés à consulter ces questionnaires, ils ont été recueillis de manière anonyme, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la réception et de la saisie des questionnaires.

2.13.3 Déclaration des conflits d'intérêt

C'était une recherche non interventionnelle, il n'y avait donc pas de déclaration de conflit d'intérêt.

2.13.4 Archivage de données

Les données recueillies ont été détruites après l'analyse et la publication des résultats.

2.13.5 Règles de publications

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

2.14. RESULTATS

2.14.1 Recueil des questionnaires

Parmi les 200 questionnaires envoyés aux sages-femmes, 49 ont été renvoyés, soit un taux de réponses d'environ 25%.

2.14.2 Caractéristiques de la population

Les questions 1 à 3 du questionnaire portaient sur le secteur d'activité, le lieu d'exercice ainsi que sur la date d'obtention du diplôme.

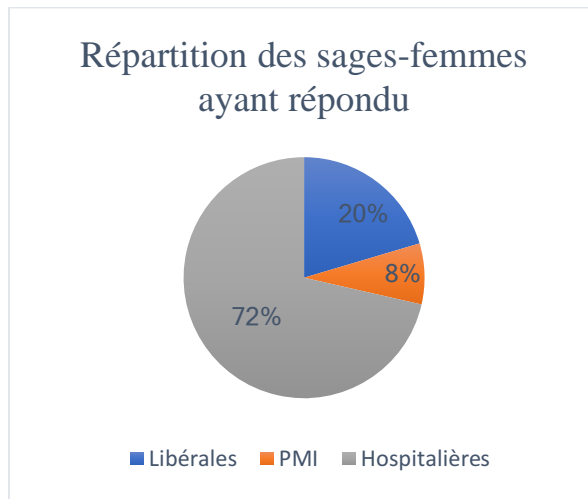


Figure 1 : Répartition des sages-femmes par secteur d'activité - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

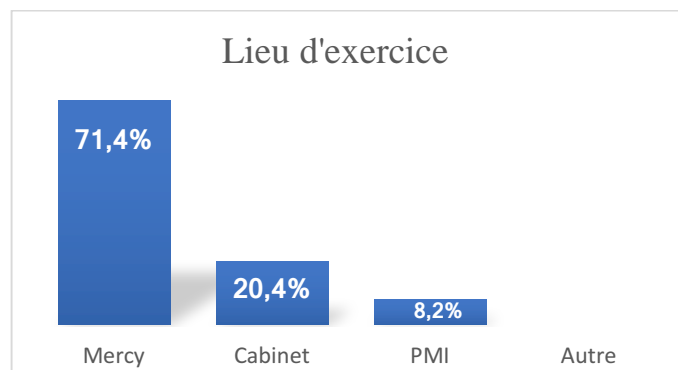


Figure 2 : Répartition des sages-femmes par lieu d'exercice - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

Parmi les sages-femmes ayant répondu à l'étude, 77,6% avaient obtenu leur diplôme avant 2015, et 22,4% après 2015.

2.14.3 Définition des violences

La définition des violences avait été posée sous forme de question ouverte à la question 4.

Les sages-femmes décrivaient pour la plupart les violences faites aux femmes de manière générale comme de la violence physique, verbale et psychologique ; les sages-femmes diplômées avant 2015 évoquaient par ailleurs la violence sexuelle, sociale et conjugale.

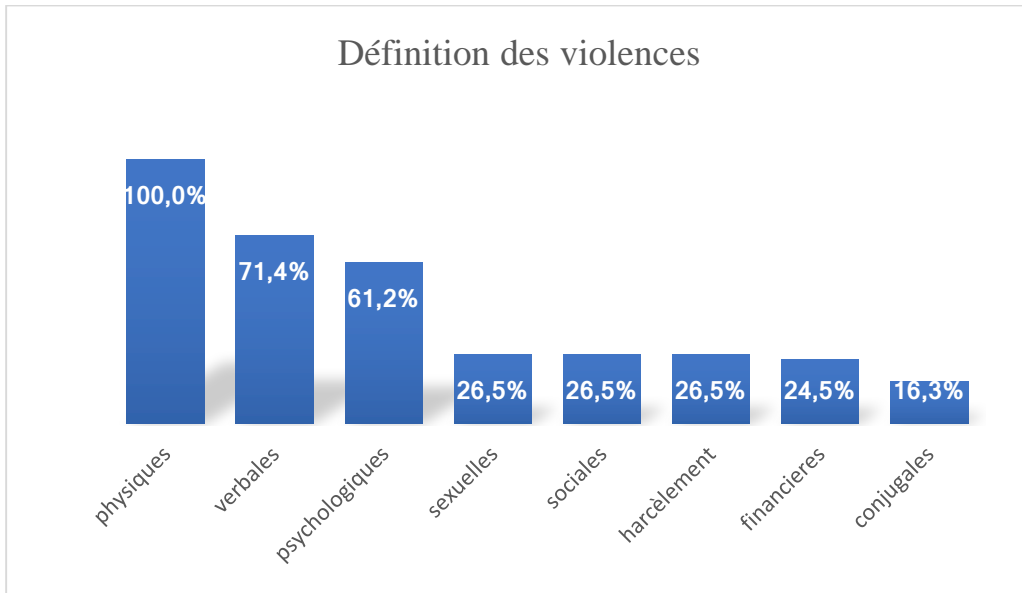


Figure 3 : Définition globale des violences faites aux femmes selon les sages-femmes - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

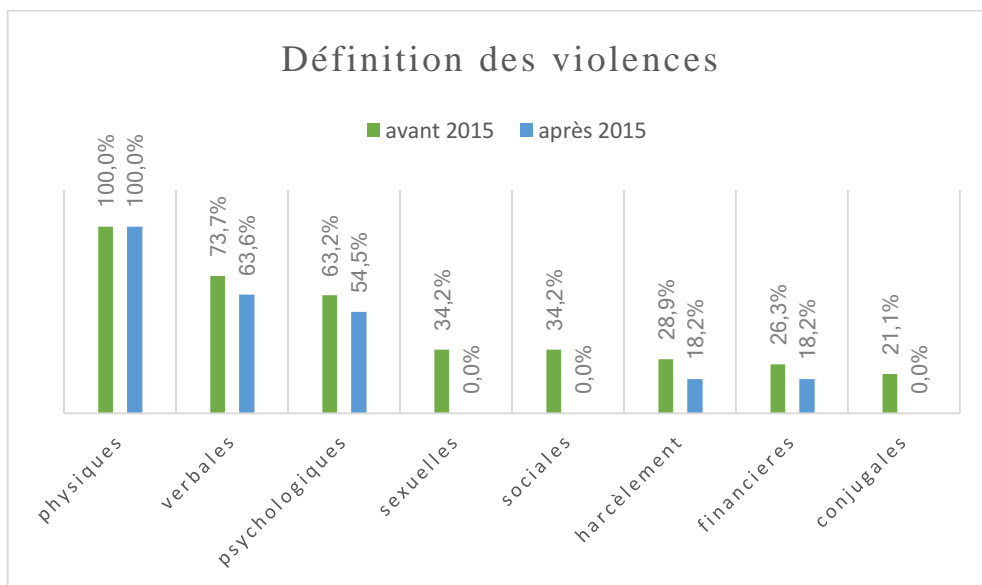


Figure 4 : Comparaison de la définition des violences faites aux femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

2.14.4 Dépistage des violences

La question du dépistage des violences était également posée sous forme de question ouverte à la question 5 par « Comment dépistez-vous les violences faites aux femmes ? ».

71,4% des sages-femmes posaient directement la question des violences, ou le découvraient au cours de l'anamnèse (49%), en étant attentive aux propos de la femme enceinte (26%), par le biais de la clinique (24,5%), en observant la relation de couple (24,5%) ou encore au cours de

l'entretien prénatal précoce (4,1%). Le questionnement direct était plus systématique chez les diplômées avant 2015 ; à l'inverse de l'anamnèse.

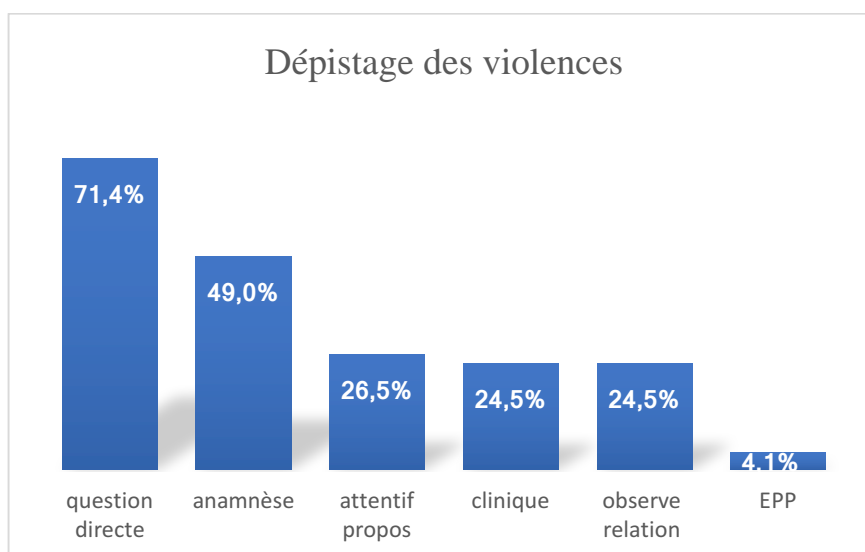


Figure 5 : Outils de dépistage des violences faites aux femmes utilisés par les sages-femmes en général - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

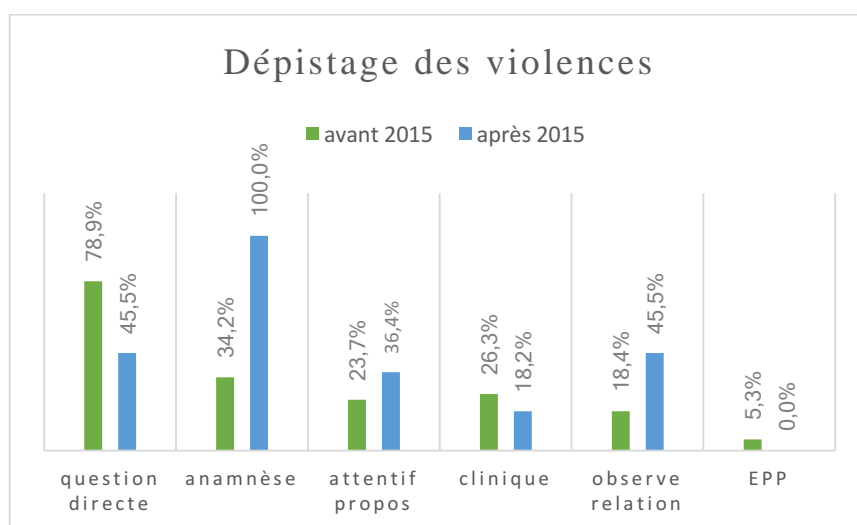


Figure 6 : Comparaison des outils de dépistage des violences faites aux femmes utilisés par les sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

2.14.5 Prise en charge des violences

Les questions 6 à 8 portaient sur la prise en charge des violences.

La question 6 cherchait à savoir si les sages-femmes avaient déjà été confrontées à la prise en charge des violences faites aux femmes au cours de leur carrière professionnelle. Ainsi, 61,2% d'entre elles y avaient déjà été confrontées, dont 55,3% des diplômées avant 2015 contre 81,8%

des diplômées après 2015. Une attitude bienveillante, sans jugement, et de l'écoute envers les victimes avaient été évoquées, parfois de la panique face à une telle situation (venant surtout des jeunes diplômées), mais ces sages-femmes décidaient majoritairement d'orienter les femmes vers une assistante sociale, un psychologue ou une association de lutte contre les violences faites aux femmes ou encore de les hospitaliser en service de grossesses à haut risque (pour les sages-femmes hospitalières).

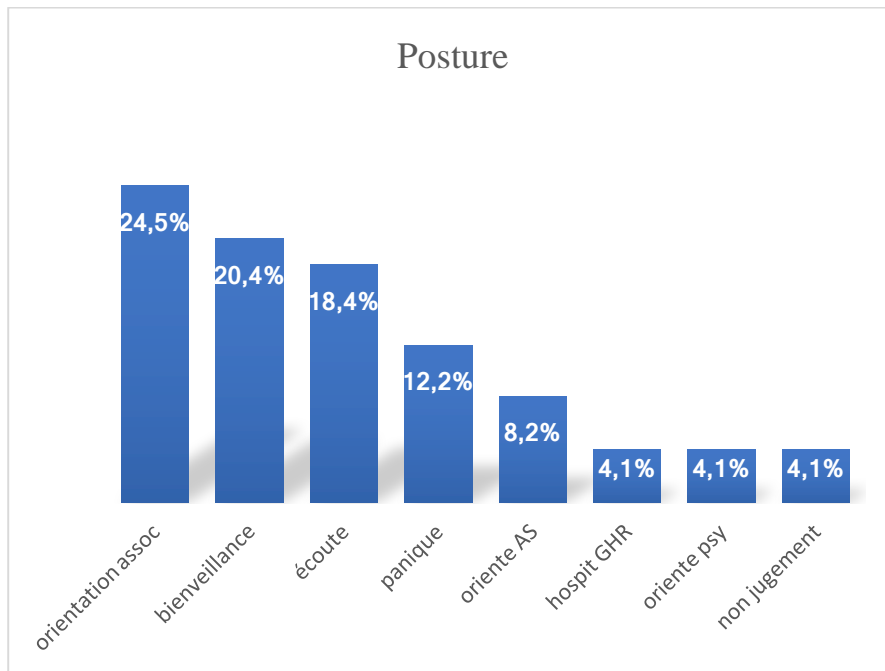


Figure 7 : Posture des sages-femmes en général face à une femme enceinte victime de violences - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

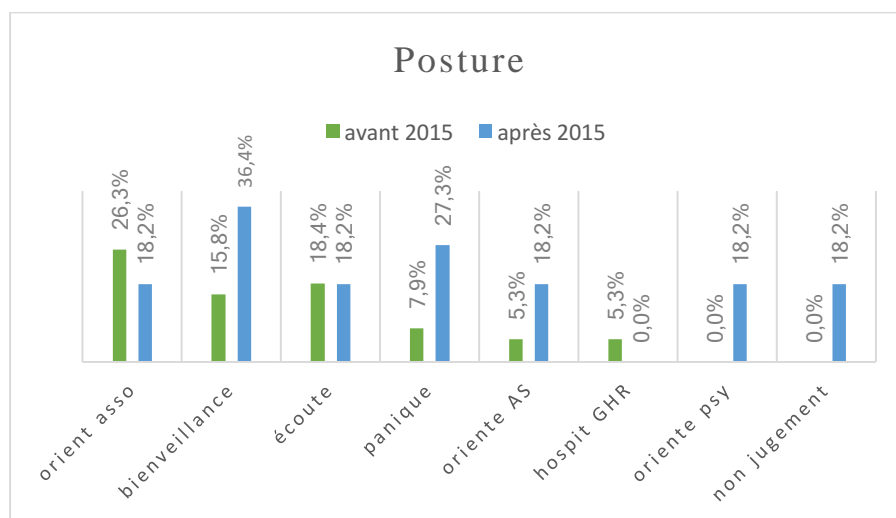


Figure 8 : Comparaison de la posture des sages-femmes face à une femme enceinte victime de violences selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

La question 7 sous forme de question à choix multiples « Quels éléments de prise en charge d'une femme enceinte victime de violences connaissez-vous ? », visait à évaluer la connaissance des éléments de prise en charge suivants : le numéro national 3919, le dépôt de plainte à la gendarmerie, le certificat médical, l'hébergement d'urgence, l'accompagnement psychologique, la mesure d'éloignement du conjoint ainsi que le dispositif mobile violences. Il n'y avait pas de réelle différence significative entre les sages-femmes diplômées avant 2015 et celles diplômées après 2015 pour ce qui était de la connaissance de ces éléments. Quelle que soit l'année d'obtention du diplôme, seulement 20% des sages-femmes connaissaient le dispositif mobile violences.

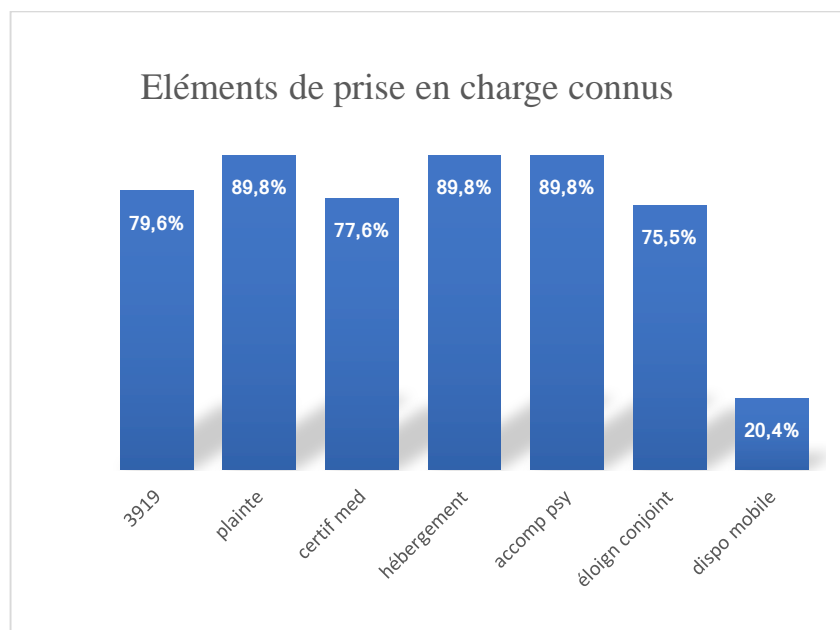


Figure 9 : Connaissance des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes en général - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

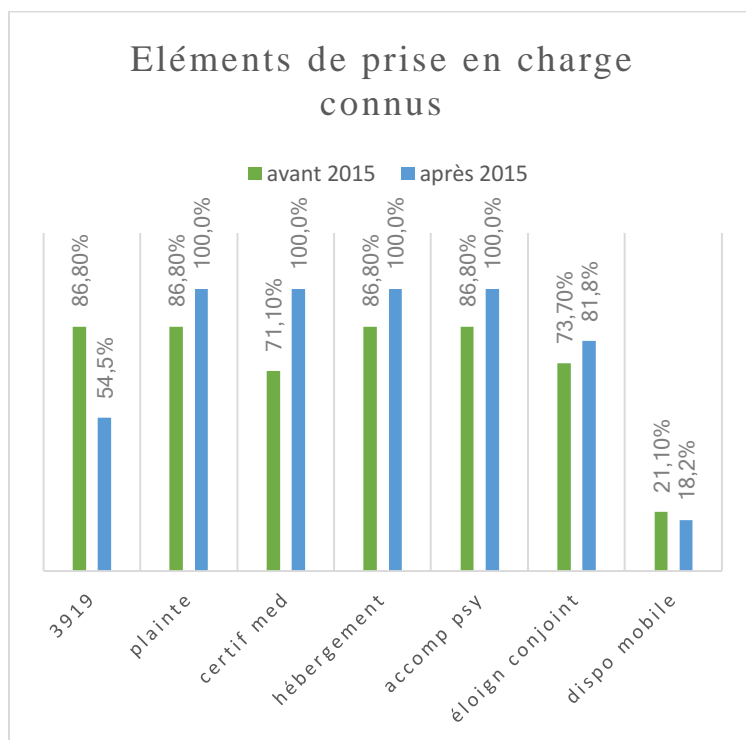


Figure 10 : Comparaison de la connaissance des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

La question 8 sous forme de question à choix multiples « Quels éléments de prise en charge d'une femme enceinte victime de violences utilisez-vous ? », évaluait l'utilisation des mêmes éléments de prise en charge. Si l'accompagnement psychologique, l'hébergement d'urgence et le dépôt de plainte étaient des éléments de prise en charge utilisés tant par les diplômées avant 2015 que par les diplômées après 2015, il n'en était pas de même pour le numéro national, le certificat médical ainsi que la mesure d'éloignement du conjoint ; ces trois éléments étaient moins utilisés par les sages-femmes diplômées avant 2015. A contrario, le dispositif mobile n'était jamais utilisé par les diplômées après 2015 contre 21,1% de celles diplômées avant 2015.

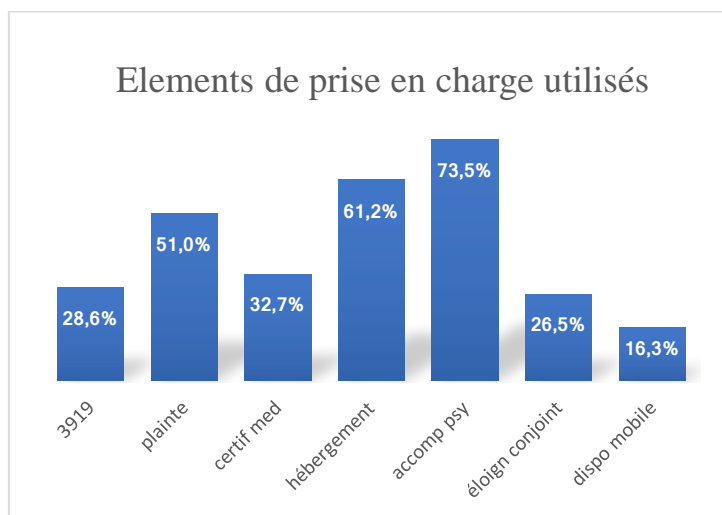


Figure 11 : Utilisation des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes en général - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

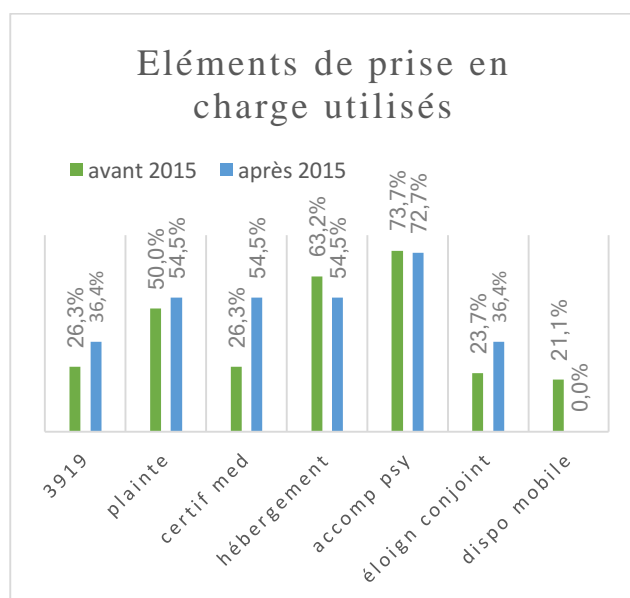


Figure 12 : Comparaison de l'utilisation des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

2.14.6 Connaissance du réseau messin d'appui à la prise en charge

La question 9 était une question à choix multiples et avait pour but d'évaluer la connaissance du réseau messin.

Hormis la PMI qui était bien connue des sages-femmes et l'UMJ chez les diplômées d'après 2015, on relevait une méconnaissance du réseau d'appui.

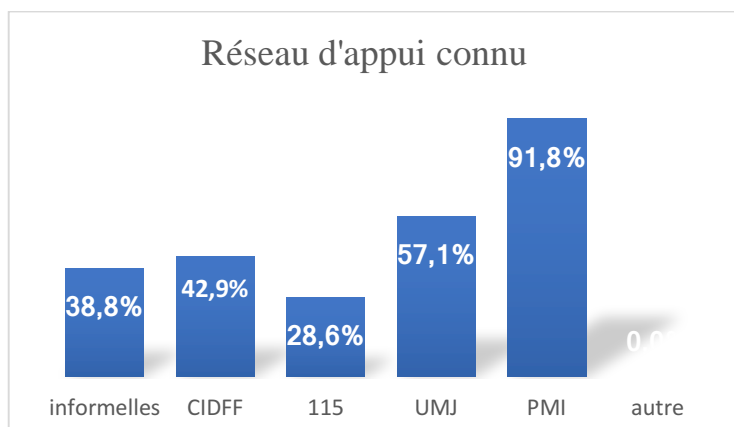


Figure 13 : Connaissance du réseau messin d'appui à la prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes en général - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

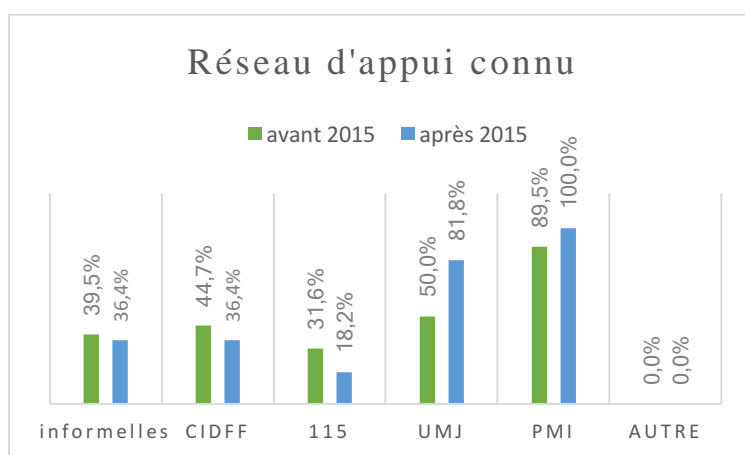


Figure 14 : Comparaison de la connaissance du réseau messin d'appui à la prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

2.14.7 Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes

Près de 88% des sage-femmes estimaient que les informations sont insuffisantes (89% pour les diplômées d'avant 2015 contre 82% pour celles après 2015).

Près de 80% des sage-femmes n'avaient jamais suivi de formation continue sur le sujet :

- 73.7% des diplômées avant 2015 (groupes de travail, participation à la manifestation du 25 novembre, conférences, lectures d'articles).
- 100% des diplômées après 2015.

100% des sages-femmes ayant suivi des formations pensaient que cela avait permis d'améliorer la prise en charge.

100% des sages-femmes n'ayant suivi aucune formation pensaient qu'une formation leur serait nécessaire.

Afin d'évaluer la suffisance de la formation initiale selon l'année d'obtention du diplôme, un test de Fisher a été effectué.

Il fallait donc tester l'hypothèse H0 soit « les deux variables sont indépendantes : le niveau d'information est indépendant de la période d'obtention du diplôme (avant ou après 2015) » face à l'hypothèse alternative « les deux variables dépendent l'une de l'autre, cela voudrait dire que le niveau d'information dépendrait de la période d'obtention du diplôme (avant ou après 2015) ».

Avec le test de Fisher, on a calculé directement la p-value et on a obtenu une p-value égale à 0,60516.

La p-value étant supérieure à 0,05, le test n'était donc pas significatif, on ne pouvait donc pas rejeter l'hypothèse H0 ; le niveau d'information pourrait donc être indépendant de la période d'obtention du diplôme (avant ou après 2015).

2.14.8 Cas clinique

L'exploitation du cas clinique avait été réalisée sur la base de mots-clés. L'interrogation sur la présence d'ecchymoses, l'engagement d'un dialogue avec la femme et la proposition d'aide à la victime ont été retrouvés dans 61,2% des réponses ; par contre, si 68,4% des diplômées avant 2015 posaient la question des ecchymoses, seulement 36,4% de celles diplômées après 2015 osaient le faire.

On pouvait noter qu'aucune diplômée après 2015 n'orientait vers l'UGO et qu'aucune diplômée avant 2015 n'orientait vers un dépôt de plainte à la gendarmerie.

Selon l'année d'obtention du diplôme, on notait également une hétérogénéité des réponses pour les items suivants :

- Un taux de réponse supérieur chez les diplômées avant 2015 pour le questionnaire (55,3% contre 18,2%), l'orientation à la PMI (34,2% contre 18,2%), l'analyse de l'état de la femme enceinte (31,6% contre 18,2%)
- A l'inverse, celles diplômées après 2015 recouraient d'avantage aux assistantes sociales (36,4% contre 23,7%) ainsi qu'un soutien psychologique (36,4% contre 18,4%).

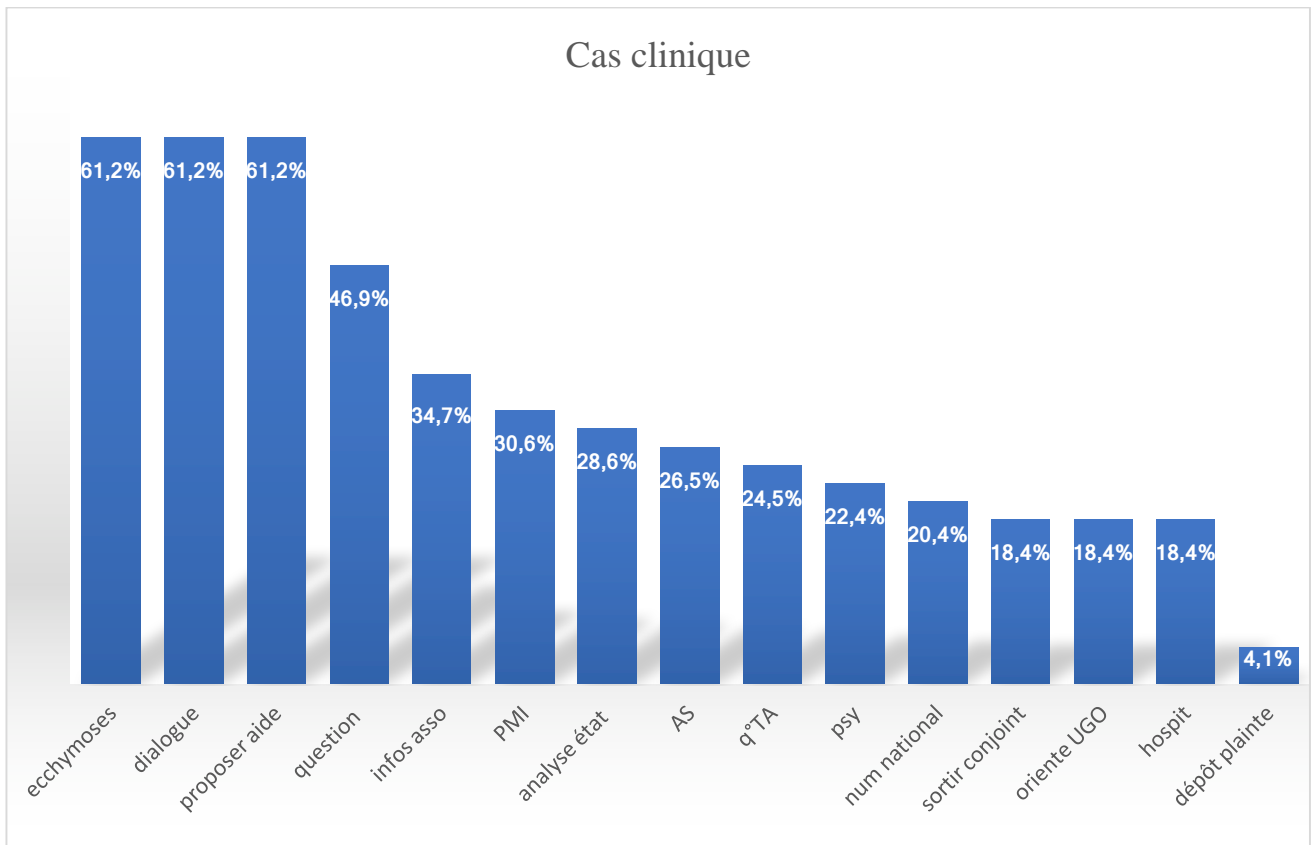


Figure 15 : Utilisation en pratique des outils de dépistage, des éléments de prise en charge et du réseau d'appui des violences faites aux femmes par les sages-femmes en général - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

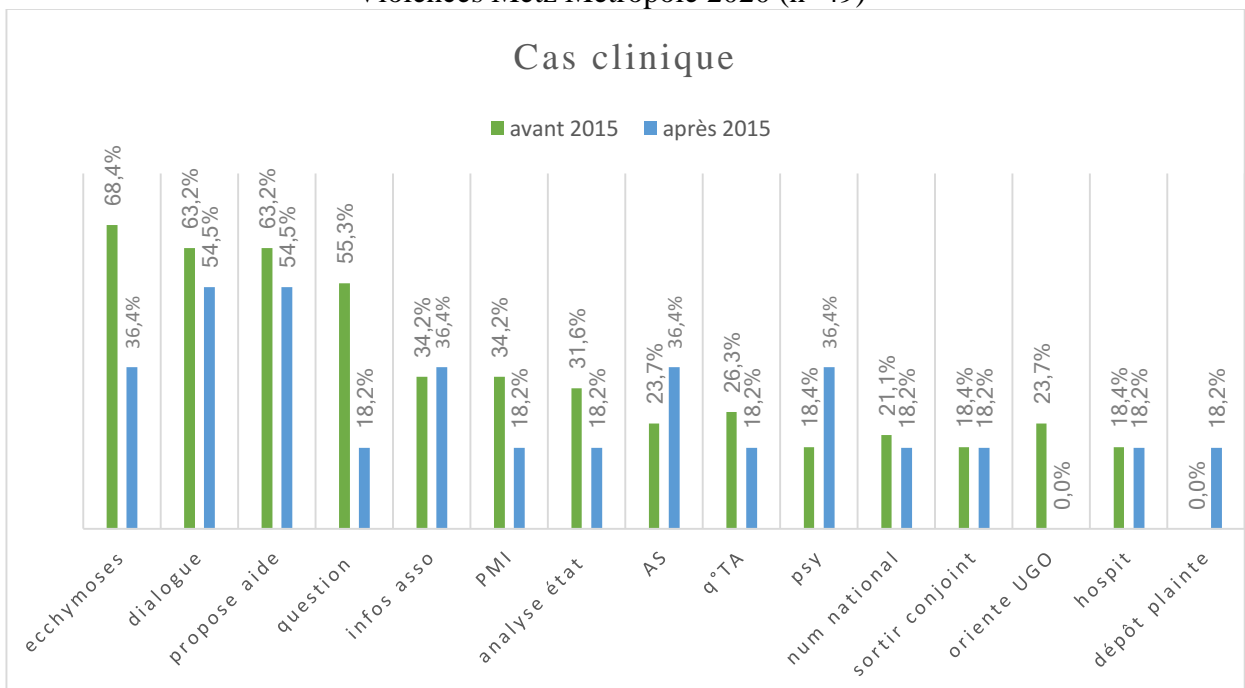


Figure 16 : Comparaison de l'utilisation en pratique des outils de dépistage, des éléments de prise en charge et du réseau d'appui des violences faites aux femmes par les sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Violences Metz Métropole 2020 (n=49)

PARTIE 3

3 DISCUSSION

3.1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

3.1.1 Biais de déclaration

Avec un taux de réponses d'environ 25%, il semblerait que les violences faites aux femmes soit encore un sujet tabou, voire même que les sages-femmes ne se sentent pas concernées par le sujet.

Plusieurs raisons sont possibles :

- Une méconnaissance de la problématique des violences faites aux femmes
- La peur de représailles suite à la confrontation à une situation de violences faites aux femmes
- La peur de l'aspect juridique : les sages-femmes pensent peut-être qu'elles ne sont pas réellement protégées en cas de dépôt de plainte du conjoint violent ou d'une autre personne suite à une déclaration de violences établie sur demande de la victime, peut-être par méconnaissance de la loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé
- Elles pensent peut-être que ce n'est pas de leur ressort de prendre en charge les femmes victimes de violences mais à d'autres acteurs de le faire.

De plus, certains questionnaires ont été partiellement remplis, de ce fait les résultats n'étaient pas entièrement exploitables. On peut supposer que les sages-femmes n'osent pas aborder le sujet spontanément ou sont en difficulté lorsque la situation se présente, même par le biais d'un questionnaire.

3.1.2 Limites

Le fait de remplir un questionnaire pourrait être également un frein. Cela peut paraître en effet contraignant pour les sages-femmes qui doivent se rendre disponibles et accorder une partie de leur temps libre pour y répondre, quel que soit leur domaine d'activité.

On note également un faible taux de réponses au cas clinique, ce qui laisse supposer que cette question a démuni un certain nombre de sages-femmes, ne sachant pas comment prendre en charge une femme enceinte victime de violences.

Enfin, le questionnaire comportait plusieurs items abordés sous forme de questions ouvertes dont les réponses ont été traitées par mots-clefs. Il était alors impossible d'effectuer des tests statistiques pour traiter ces questions-là, ce qui n'a pas permis d'aboutir à des résultats significatifs.

3.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude travaillaient à l'hôpital, ces dernières ont répondu directement sur un questionnaire version papier qui était à leur disposition dans les différents services. Quant aux sages-femmes exerçant en libéral ou en PMI, le questionnaire leur avait été transmis par mail et devait donc être renvoyé par la suite de cette même manière. Parallèlement, la proportion de sages-femmes par secteur d'activité coïncide, toutefois on note un plus faible taux de réponses dans le secteur libéral.

Il est envisageable qu'imprimer le questionnaire et le renvoyer par mail ait pu être un frein pour ces sages-femmes en raison de la peur du non-respect de l'anonymat ainsi que de leur couverture juridique.

Par ailleurs, l'étude avait également pour objectif de comparer les réponses des sages-femmes diplômées avant 2015 par rapport aux sages-femmes diplômées après 2015, afin d'évaluer l'impact de la réforme de 2013, relative à l'inclusion des violences faites aux femmes dans la formation initiale des études de sage-femme.

Ainsi sur un total de 49 réponses, 38 sages-femmes étaient diplômées avant 2015 contre 11 seulement après 2015. Le manque d'expérience ou une plus faible proportion de sages-femmes récemment diplômées peut expliquer un plus faible taux de réponses au questionnaire.

3.3. DEPISTAGE DES VIOLENCES

Si la majorité des sages-femmes aborde le sujet des violences, on a pu constater précédemment que le dépistage des violences se faisait de manière plus systématique via l'anamnèse chez les sages-femmes diplômées après 2015. Les plus jeunes diplômées semblent fidèles aux méthodes enseignées à l'école, notamment pour les évaluations cliniques. En effet, les enseignements cliniques à l'école de sages-femmes sont abordés de manière méthodologique, les étudiants apprennent un modèle d'anamnèse qu'ils reproduisent ensuite pour chaque patiente.

En comparaison, les sages-femmes diplômées avant 2015 sont plus observatrices et accordent plus d'attention à la manière dont se présente la patiente qui est en face d'elles, sa façon de parler, un état d'anxiété mais aussi l'attitude du conjoint parfois « trop présent ». De cette façon, elles posent vraisemblablement la question des violences avec plus d'aisance du fait de leur expérience et de leur maturité.

L'hypothèse 2 : les sages-femmes savent dépister les violences faites aux femmes et l'hypothèse 4 : les sages-femmes ont les outils pour dépister les violences faites aux femmes enceintes sont donc confirmées même si l'on note des différences selon la période d'obtention du diplôme.

3.4. PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES

3.4.1 Confrontation des sages-femmes à une femme enceinte victime de violences

Les résultats quant à la confrontation aux violences peuvent à première vue paraître surprenants puisque 81,8% des sages-femmes diplômées après 2015 avaient déjà été confrontées à une situation de violences faites aux femmes enceintes.

En effet statistiquement, une sage-femme diplômée après 2015 a eu moins de chances d'être confrontée à une situation de violences qu'une sage-femme ayant plus d'années d'expérience. Ces résultats mériteraient d'être confortés par d'autres études avec des échantillons plus grands. Si ces chiffres s'avéraient concordants, on pourrait supposer que la maîtrise de l'anamnèse via les enseignements cliniques apportent un réel bénéfice dans la prise en charge des violences. On voit au travers des réponses des sages-femmes diplômées avant 2015 qu'elles se basent davantage sur des critères plus subjectifs tels que l'analyse du comportement de la femme enceinte, l'attitude du conjoint ou encore sur le questionnement direct.

3.4.2 Connaissance et utilisation des éléments de prise en charge des violences faites aux femmes par les sages-femmes

En termes de connaissance, les sages-femmes connaissent la plupart de ces éléments excepté le dispositif mobile violences quelle que soit la date d'obtention de leur diplôme. Ce dispositif mériterait d'être largement plus abordé lors des formations ou des enseignements théoriques à l'école et de façon plus pratique.

En effet, on remarque qu'en pratique, toutes n'adoptent pas la même stratégie de prise en charge ; les sages-femmes diplômées après 2015 cèdent davantage à la panique face à une telle situation et préfèrent alors orienter les victimes vers une tierce personne (psychologue ou assistante sociale). Il semblerait que pour ces sages-femmes, la théorie soit acquise à l'inverse de la pratique.

Face à cette hétérogénéité des pratiques, l'idéal serait de pouvoir standardiser la prise en charge grâce à l'élaboration et la diffusion d'outils pratiques (arbres décisionnels, check-lists, fiches réflexes) et la mise en situation pratique de façon régulière tant pendant le cursus étudiant que dans le cadre de la formation continue. En effet, il existe un questionnaire à destination des forces de police depuis novembre 2019 permettant de dépister les violences conjugales, il est tout à fait imaginable d'élaborer un document similaire pour les professionnels de santé et spécifiquement adapté aux femmes enceintes afin d'en améliorer la prise en charge.

Par ailleurs, la formation continue peut être limitée par les budgets dédiés à l'hôpital et les sous-effectifs des équipes, il en est de même pour les sages-femmes exerçant en PMI. En libéral, le coût des formations et la continuité des soins sont autant d'obstacles à la formation continue. Des modules en e-learning s'inspirant des modèles britanniques sur les violences conjugales pourraient être créés spécifiquement adaptés à la grossesse et auraient alors un réel bénéfice pour parer à ces manques de formation.

La MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), sous l'autorité du ou de la ministre en charge des droits des femmes propose de nombreux outils et supports de formations qui sont peut-être moins connus des sages-femmes que du grand public ou d'autres professionnels dans certaines régions comme la nôtre.

Trois principales fonctions lui ont été confiées :

- La définition d'un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes et la création d'outils de formation déclinés en fonction des spécificités des différentes professions et des différentes formes de violences

- Un rôle d’observatoire national sur les violences faites aux femmes à travers la mission de « rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes »
- La coordination nationale de la lutte contre la traite des êtres humains.

De plus, des kits de formation des professionnels créés par la MIPROF en collaboration avec les ministères et les instances professionnelles concernées sont disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr et sur demande à l’adresse formation@miprof.gouv.fr. L’Ordre national des sages-femmes est également un relai national pour la diffusion des lettres et outils pédagogiques et pour le modèle de certificat. La presse spécialisée (le magazine Vocation sage-femme) sert également de relai pour la MIPROF.

Dans son rapport d’activité 2014-2017, on note des actes de sensibilisation comme l’organisation de quatre colloques nationaux interministériels et interprofessionnels, huit enquêtes sur les pratiques professionnelles et la publication de onze lettres de l’Observatoire national des violences faites aux femmes. Une enquête nationale auprès de 1474 sages-femmes en activité a été réalisée entre juin et novembre 2014 et a révélé que plus de 8 sages-femmes sur 10 désirent être formées sur les différentes formes de violences faites aux femmes. Par ailleurs 80% des sages-femmes avaient été confrontées à des patientes victimes au moins une fois au cours des douze derniers mois dont 21% souvent ou régulièrement. Ce rapport d’activité conforte nos résultats, la région de Metz n’échappe donc pas à la tendance nationale.

3.5. RESEAU MESSIN D’APPUI A LA PRISE EN CHARGE

D’après les précédents résultats, peu de sages-femmes connaissent l’existence d’un réseau d’appui à la prise en charge des violences faites aux femmes. Il en est de même quant à son utilisation, ce que l’on a pu constater au travers du cas clinique.

La PMI semble être considérée comme un réseau pour la majorité des sages-femmes puisqu’elle met en relation divers professionnels et intègre d’ores et déjà des sages-femmes territoriales ; ce qui pourrait faciliter la communication entre sages-femmes.

L’UMJ est connue des diplômées après 2015, puisque les aspects juridiques des violences faites aux femmes sont actuellement enseignés à l’école de sages-femmes.

Les associations quant à elles sont moins sollicitées, en raison d’une méconnaissance de la plupart d’entre elles. Il serait envisageable de promouvoir ces associations et de compléter davantage les enseignements théoriques à l’école ainsi que les formations complémentaires en ayant recours à des intervenants faisant partie des différentes associations afin qu’elles soient bien intégrées par toutes les sages-femmes.

Les sages-femmes qui avaient déjà participé à des conférences, des groupes de travail ou des manifestations sur les violences faites aux femmes connaissaient bien ces associations ; il faudrait donc mettre en avant l’intérêt de participer à ces manifestations afin de solliciter plus sages-femmes.

L’hypothèse 5 : les sages-femmes ont la connaissance d’un réseau concernant la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences et l’hypothèse 6 : les sages-femmes utilisent les réseaux d’appui à la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences sont donc infirmées.

3.6. FORMATION SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

3.6.1 Formation initiale sur les violences faites aux femmes

Compte tenu des résultats quant à la question « Au cours de vos études, pensez-vous avoir reçu des informations suffisantes en matière de violences faites aux femmes ? », la majorité des sages-femmes considèrent que la formation initiale sur les violences faites aux femmes n'est pas satisfaisante.

Toutes les sages-femmes de l'étude pensent qu'il serait nécessaire de se former ultérieurement au cours de leur carrière professionnelle ; paradoxalement, peu d'entre elles le font réellement.

L'hypothèse 1 : la formation initiale sur les violences faites aux femmes enceintes est satisfaisante est donc infirmée.

Il conviendrait dans une étude ultérieure de recenser et d'évaluer les formations disponibles afin d'en améliorer le taux de participation. Par ailleurs, les sages-femmes qui avaient eu recours à des formations affirmaient qu'elles avaient ainsi pu améliorer la prise en charge des violences faites aux femmes.

On pourrait également rechercher les causes d'un si faible investissement de la part des sages-femmes pour se former : serait-ce dû à un manque de motivation de se former davantage dans différents domaines ? La problématique des violences faites aux femmes reste-t-elle un domaine à part qui intéresse peu de professionnels ? Est-ce un problème de disponibilité des sages-femmes ou d'accessibilité aux formations ?

3.6.2 Formation continue sur les violences faites aux femmes

La formation continue ou développement professionnel continu (DPC) a été créé par l'article 59 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et est applicable à tous les professionnels de santé. L'article L.4021-1 du code de la santé publique en a ainsi fait une obligation pour les sages-femmes mais il semblerait malgré tout qu'il soit difficilement accessible.

Nous avons recensé les formations spécifiques sur le sujet, quelques organismes proposent de rares sessions de deux jours dans des grandes villes comme Paris : le coût des déplacements et le petit nombre de participants autorisés peuvent ainsi être des obstacles à la formation

Un DU et un DIU existent depuis peu : le coût, les déplacements, le volume d'heures limitent l'accès, de plus ils sont ouverts à différents professionnels à la fois du domaine de la santé mais aussi à d'autres professions non médicales.

De plus, différents supports sont accessibles sur le site stop-violences.gouv.fr. Il s'agit d'outils de formation sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles.

Différents kits de formation traitant différentes thématiques sous forme de courts-métrages et de livrets d'accompagnement ont été élaborés par la MIPROF afin d'aider les professionnels dans le dépistage et la prise en charge des violences :

– Le kit Anna :

- Le mécanisme des violences conjugales
- Le repérage
- La prise en charge et l'orientation

- Le kit Tom et Lena, à destination des professionnels de l'enfance et de l'adolescence :
 - Le mécanisme des violences conjugales et leur impact sur les enfants
 - Les entretiens du professionnel avec l'enfant et la mère victimes
 - La prise en charge et l'orientation par le professionnel

- Le kit protection sur ordonnance, à destination des avocats et des professionnels du droit :
 - Le mécanisme des violences au sein du couple
 - L'entretien de l'avocat avec la victime de violences au sein du couple
 - L'ordonnance de protection, la protection sur ordonnance

- Le kit Elisa, à destination des sages-femmes et des professionnels de santé :
 - L'impact du questionnement systématique sur la femme victime de violences sexuelles.

Il serait opportun de diffuser largement ces supports tant au niveau de la formation initiale que pour les sages-femmes diplômées, ces supports réalistes présentent des situations concrètes et des outils pour améliorer le dépistage et la prise en charge des violences. La gratuité et leur présentation les rendent facilement accessibles.

Néanmoins, le kit Elisa destiné aux sages-femmes ne détaille pas entièrement l'entretien avec la victime, ni sa prise en charge. Par ailleurs il n'existe pas de kit sur le dépistage et la prise en charge des violences faites à une femme enceinte. Il pourrait être judicieux d'en créer un, il serait plus applicable à la pratique d'une sage-femme.

Par ailleurs, dans son rapport d'activité 2014-2017, la MIPROF identifiait 229 animatrices et formatrices de sages-femmes ayant pour missions la formation initiale et la formation continue. Il serait souhaitable de pouvoir identifier s'il existe des formateurs pour la Moselle et de pouvoir les solliciter en tant que ressources pour compléter la formation initiale mais aussi pour satisfaire aux besoins de formation continue.

Sur instruction ministérielle, un urgentiste référent violences faites aux femmes est désigné au sein de chaque service d'urgence avec pour mission de sensibiliser et d'informer l'ensemble du personnel de son service et de remettre aux autres professionnels de l'établissement et victimes des supports de communication et de sensibilisation à cette problématique. Le référent a bénéficié d'une journée de formation organisée par la MIPROF avec remise d'une mallette pédagogique. Il faudrait que ce professionnel soit clairement identifié et qu'il puisse obtenir un temps dédié pour mener à bien ses missions et puisse être utilisé comme personne ressource dans le cadre d'une situation urgente de violences faites aux femmes.

3.6.3 Influence de l'année d'obtention du diplôme sur le niveau d'information en matière de violences faites aux femmes

Enfin, pour ce qui est de l'hypothèse « les sages-femmes diplômées après 2015 ont reçu des informations suffisantes en matière de dépistage et de prise en charge des violences pendant la

grossesse au cours de leur formation initiale », un test d'indépendance du Chi2 avait tout d'abord été effectué afin de conclure à une dépendance entre les variables « niveau d'information » et « année d'obtention du diplôme ». L'hypothèse nulle H0 « le niveau d'information ne dépend pas de la période d'obtention du diplôme (avant ou après 2015) soit, les deux critères sont indépendants » avait été ainsi posée dans le but de la rejeter et mettre ainsi une évidence entre ces deux variables.

Suite au calcul des effectifs attendus, ils se sont avérés être inférieurs à 5 ; les cumuler ne nous aurait donc pas permis de satisfaire nos objectifs, c'est pourquoi le test exact de Fisher était plus adapté à la situation c'est-à-dire aux petits échantillons. Il permet de déterminer si la configuration observée dans le tableau de contingence est une situation extrême par rapport aux situations possibles compte tenu des distributions marginales. Il calcule la probabilité d'obtenir les données observées en utilisant une distribution hypergéométrique ainsi que les probabilités d'obtenir tous les jeux de données encore plus extrêmes sous l'hypothèse nulle H0.

Le test de Fisher a finalement révélé des résultats non significatifs, ce que l'on peut expliquer par la petite taille de l'échantillon qui donne ainsi des incertitudes à la fois sur l'échantillonnage et sur l'interprétation des résultats.

On ne peut donc pas conclure sur l'hypothèse 3 : les sages-femmes diplômées après 2015 ont reçu des informations suffisantes en matière de dépistage et de prise en charge des violences pendant la grossesse au cours de leur formation initiale.

Toutefois, puisque les outils de dépistage et de prise en charge sont largement connus mais sous-utilisés, les axes d'amélioration de la formation initiale pourraient s'orienter vers des mises en situations pratiques tels que des jeux de rôles. En effet les exercices de simulation en santé ont largement démontré leur intérêt pour créer des automatismes face à des situations déroutantes.

3.7. CAS CLINIQUE

On relève un faible taux de réponses au cas clinique (16% sans aucune réponse et 19% de réponses très partielles). Cela signifie donc que plus d'un tiers des sages-femmes ayant répondu au questionnaire se sont vraisemblablement retrouvées déroutées face à ce cas clinique. Il est certes peut-être inhabituel de devoir répondre à un cas clinique dans un questionnaire de mémoire, cependant un des objectifs était d'apprécier la prise en charge des violences par les sages-femmes. On peut donc s'imaginer que si un cas clinique sur papier pose des difficultés, il en est de même en situation réelle voire pire. Il aurait peut-être été opportun de prévoir une motivation des non-réponses éventuelles.

La confrontation des résultats du cas clinique face à ceux des moyens de prise en charge utilisés met en exergue des divergences. A titre d'exemple 73% des sages-femmes répondent utiliser l'accompagnement psychologique tandis que dans le cas clinique, seulement 22% l'utilisent. Il en est de même pour le dépôt de plainte à la gendarmerie qui était dit être utilisé par 51% des sages-femmes alors que dans le cas clinique il n'était finalement utilisé en pratique que par 4% d'entre elles.

Cela permet de se rendre compte des réelles difficultés à utiliser des moyens de prise en charge lorsque l'on est directement confronté à une telle situation, d'où l'intérêt de développer des ateliers de mise en situations pratiques destinés à améliorer et à standardiser les prises en charge.

3.8. AXES D'AMELIORATION

En tenant compte des difficultés exprimées par les sages-femmes au travers de cette étude ainsi que leur volonté d'améliorer le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes, différents axes d'amélioration seraient à proposer.

Il faudrait tout d'abord diffuser largement ce qui existe déjà, les associations et les outils de formation sont en effet encore trop méconnus. Une cartographie du réseau d'appui messin et la communication des rôles de chaque entité permettraient d'améliorer la connaissance du réseau et de définir les interactions avec les professionnels de santé.

Il conviendrait également d'identifier les personnes ressources et qu'elles puissent bénéficier de temps dédié pour mener à bien leurs missions.

Afin d'améliorer la formation initiale, il faudrait compléter les méthodes pédagogiques, notamment pour la réalisation d'entretien avec la victime via des jeux de rôle, ce qui permettrait d'aborder le sujet des violences avec plus d'aisance. Les étudiants pourraient bénéficier d'ateliers de simulation qui aborderaient le dépistage, la prise en charge y compris la rédaction du certificat médical et l'utilisation du réseau. Par ailleurs, une présentation du réseau messin plus poussée serait nécessaire, au cours de rencontres avec plusieurs professionnels du réseau et les bénévoles des différentes associations.

Quant à la formation continue, il serait opportun de développer les outils de formations disponibles sur les sites internet et les adapter à la pratique professionnelle des sages-femmes, et d'offrir une meilleure accessibilité des journées de formation. Plus de 400 000 professionnels ont été formés grâce aux outils de la MIPROF ; le rapport d'activité ne précise par contre pas la part des sages-femmes ni s'il existe des disparités selon les régions. Il serait intéressant de pouvoir systématiser la formation pour toutes les sages-femmes en activité.

Au vu des excellents taux de satisfaction de 95 à 98% concernant le contenu, l'amélioration de la connaissance des violences et l'amélioration des pratiques professionnelles, il est indéniable que les outils pédagogiques sont adaptés aux besoins des sages-femmes. Il serait donc bénéfique que l'ensemble des sages-femmes en activité puisse rapidement en bénéficier et que toutes les nouvelles diplômées puissent y avoir accès.

Il faudrait également établir des check-lists reprenant les critères de repérage des violences faites aux femmes, des fiches réflexes ainsi que des protocoles de prise en charge à disposition de toutes les sages-femmes, quel que soit leur domaine d'activité le but étant de permettre un meilleur accès à ces outils de formation ainsi qu'une gratuité. Chaque sage-femme pourrait avoir accès à une mallette virtuelle permettant un accès rapide et direct à un contenu constamment actualisé. Concernant la personne référente violences faites aux femmes, il serait souhaitable que cette personne soit épaulée par un remplaçant afin d'obtenir une continuité en cas d'absence.

Enfin pour ce qui est du réseau d'appui à la prise en charge, une meilleure communication interprofessionnelle pourrait être bénéfique. Il faudrait faire connaître le rôle de chacun au sein du réseau à l'ensemble des sages-femmes afin d'obtenir une prise en charge plus simple et plus rapide. La PMI semble être le réseau privilégié par les sages-femmes puisqu'elles la connaissent bien par le biais des stages qu'elles ont effectués durant leurs études, ou peut-être qu'il est plus facile pour elles de communiquer entre sages-femmes.

CONCLUSION

Les violences faites aux femmes restent encore aujourd'hui un sujet préoccupant, que ce soit en France ou à l'échelle mondiale. Les conséquences pour la grossesse, la femme enceinte et l'enfant à naître peuvent être graves, c'est pourquoi la sage-femme se doit d'intervenir en tant qu'actrice principale afin de les prévenir, les dépister et les accompagner.

Nous avons pu voir par ce travail à quel point la formation des sages-femmes est essentielle pour obtenir une prise en charge optimale des femmes enceintes victimes de violences.

Les sages-femmes savent dépister les violences faites aux femmes et ont connaissance des éléments de prise en charge, toutefois elles éprouvent des difficultés à les mettre en pratique.

Même si la réforme des études de sage-femme a introduit cette problématique depuis 2013, toutes les sages-femmes expriment leur souhait de se former davantage et notamment par le biais d'une approche pratique. Il serait utile de pouvoir s'appuyer largement sur les outils existants qui ont fait leurs preuves et de pouvoir les implémenter sur le bassin messin. Il serait également bénéfique de pouvoir identifier les acteurs du réseau, mais surtout d'évaluer si le temps et les moyens dont ils disposent sont suffisants et s'ils bénéficient de suppléments afin d'assurer la continuité de leurs missions.

Afin d'optimiser l'utilisation du réseau d'appui messin, l'intervention dans la formation initiale et la sensibilisation des diplômées pourrait être bénéfique. La structuration du réseau, la création d'arbres décisionnels et l'identification des personnes ressources pourraient être des éléments sécurisants pour les sages-femmes.

Les mesures du Grenelle contre les violences faites aux femmes semblent prometteuses et pourraient aider quant au dépistage et la prise en charge des violences. Il serait intéressant d'en évaluer les conséquences dans une étude ultérieure.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Novembre 2015. [En ligne] (Consulté le 01/05/2020) ; disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
- [2] Solidarité femmes. Définition des violences conjugales. [En ligne] (Consulté le 01/05/2020) ; disponible sur : <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/1-definition-des-violences-conjugales/>
- [3] Silbertin-Blanc G. Violences : anthropologie, politique, philosophie. 2017. [En ligne] (Consulté le 02/09/2019) ; disponible sur : <https://books.openedition.org/europhilosophie/234?lang=fr>
- [4] Organisation mondiale de la santé. Violences à l'encontre des femmes. [En ligne] (Consulté le 02/09/2019) ; disponible sur : https://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/
- [5] Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité 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] (Consulté le 02/02/2020) ; disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
- [6] Lauwereys Z. 2019, l'année noire des féminicides. Janvier 2020. [En ligne] (Consulté le 10/03/2020) ; disponible sur : <http://www.leparisien.fr/faits-divers/2019-1-annee-noire-des-feminicides-en-france-03-01-2020-8228658.php>
- [7] Matis R. Mémento de la sage-femme. Deuxième édition. Elsevier Masson ; 2011.
- [8] Therby D. Colloque Violences faites aux femmes. Avril 2015. [En ligne] (Consulté le 28/08/2019) ; disponible sur : <https://gynsf.org/vc/20150416therby.pdf>
- [9] Lebas R. Commission « Genre et violence ». Mars 2005. [En ligne] (Consulté le 20/01/2019) ; disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/grossesse-et-violences>
- [10] Assemblée plénière. Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides. Journal Officiel de la République Française. Juin 2016. [En ligne] (Consulté le 20/08/2019) ; disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=588B889EC9E1E8CE2750C9B536852308.tplgfr31s_2?cidTexte=JORFTEXT000032644413&dateTexte=29990101

[11] Article L2111-1. Code de la Santé Publique. Juin 2005. [En ligne] (Consulté le 02/09/2019) ; disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F26A822D1EAEAB845DA8B3AD92ACD201.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100531

[12] AIEM. Prise en charge de la violence faite aux femmes. [En ligne] (Consulté le 02/09/2019) ; disponible sur : <http://www.association-aiem.fr/violence/>

[13] Les services de l'Etat en Moselle. Lancement du Grenelle des violences conjugales en Moselle. Octobre 2019. [En ligne] (Consulté le 12/10/2019) ; disponible sur : <http://www.moselle.gouv.fr/Actualites/Lancement-du-Grenelle-des-violences-conjugales-en-Moselle>

[14] Gouvernement. 30 nouvelles mesures pour combattre les violences faites aux femmes. Novembre 2019. [En ligne] (Consulté le 20/01/2020) ; disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/30-nouvelles-mesures-pour-combattre-les-violences-faites-aux-femmes>

[15] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Code de déontologie des sages-femmes. Septembre 2012. [En ligne] (Consulté le 12/02/2019) ; disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19-juillet-2012.pdf>

[16] Delespine M. Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique. Vocation sage-femme. Novembre 2014 ; 13(111) : 24-28 [En ligne] (Consulté le 24/01/2019) ; disponible sur : http://losf.fr/wp-content/uploads/2015/12/DOSSIER_Violences_faites_aux_femmes.pdf

[17] Les principaux acteurs et le dispositif partenarial. [En ligne] (Consulté le 15/01/2019) ; disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-principaux-acteurs-et-le.html>

[18] Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes. JO Sénat. Octobre 2015. [En ligne] (Consulté le 29/01/2019) ; disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ151018498.html>

[19] Santé génésique. Rapport du secrétariat. Avril 2004. [En ligne] (Consulté le 13/07/2019) ; disponible sur : <http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2015/08/OMS-Sante-genesique-Resolution-.pdf>

[20] Service de médecine légale. Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale. [En ligne] (Consulté le 23/07/2019) ; disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/violences-faites-aux-femmes-vous-etes-un-professionnel-de-sante-ou-du-secteur-social--54947.kjsp>

[21] Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences. [En ligne] (Consulté le 02/09/2019) ; disponible sur : <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/modeles-de-certificats.html>

[22] Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Novembre 2017 [En ligne] (Consulté le 22/01/2019) ; disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf

ANNEXES

I : Modèle de certificat médical pour les sages-femmes

II : Questionnaire distribué aux sages-femmes de l'agglomération messine

ANNEXE I : MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR LES SAGES-FEMMES.

Modèle de certificat médical
Sur demande de la patiente

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

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

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

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné
Madame _____ (Nom, Prénom,¹) née le _____,
domiciliée à _____,
le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,
autre)²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom,
Prénom)³.

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

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de ⁴ _____, le
_____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique _____

- Sur le plan psychique : _____

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

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

Signature (et cachet) d'authentification

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

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

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX SAGES-FEMMES DE L'AGGLOMERATION MESSINE.

QUESTIONNAIRE VIOLENCES ET GROSSESSE

Bonjour, je suis Valentine Dornier étudiante sage-femme en cinquième année à Metz.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une étude sur le thème des violences pendant la grossesse dont le but est d'analyser les pratiques professionnelles et les connaissances des sages-femmes de Metz en matière de dépistage, de prise en charge et d'utilisation du réseau messin d'appui à la prise en charge des femmes enceintes victimes de violence.

Je compte sur votre participation et vous remercie d'avance.

Vous pouvez me transmettre ce questionnaire à mon adresse e-mail : valentine5796@hotmail.fr

1. Vous êtes sage-femme :

- Libérale
- En PMI
- Hospitalière

2. Où exercez-vous ?

- Metz-Thionville, site de Mercy
- En cabinet libéral à Metz
- En PMI à Metz
- Autre :

3. Quand avez-vous été diplômé(e) ?

- Avant 2015
- Après 2015

4. Comment définissez-vous les violences faites aux femmes ?

.....
.....
.....

5. Comment dépistez-vous les violences faites aux femmes ?

.....
.....

6. Avez-vous déjà été confronté(e) à la prise en charge des violences faites aux femmes pendant la grossesse au cours de votre carrière professionnelle ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle a été votre posture ?

.....
.....

7. Quels éléments de prise en charge d'une femme enceinte victime de violences connaissez-vous ?

- Le numéro national 3919
- Le dépôt de plainte à la gendarmerie
- Le certificat médical
- L'hébergement d'urgence
- L'accompagnement psychologique
- La mesure d'éloignement du conjoint
- Le dispositif mobile violences

8. Quels éléments de prise en charge d'une femme enceinte victime de violences utilisez-vous ?

- Le numéro national 3919
- Le dépôt de plainte à la gendarmerie
- Le certificat médical
- L'hébergement d'urgence
- L'accompagnement psychologique
- La mesure d'éloignement du conjoint
- Le dispositif mobile violences

9. A propos du réseau messin d'appui à la prise en charge des violences faites aux femmes, que connaissez-vous ?

- Inform'elles
- Le CIDFF (Centre d'information des droits des femmes et des familles)
- Le numéro d'appel 115
- L'UMJ (Unité médico-judiciaire)
- La PMI (Protection maternelle et infantile)
- Autre :

10. Au cours de vos études de sage-femme, pensez-vous avoir reçu des informations suffisantes en matière de violences faites aux femmes ?

- Oui
- Non

Si oui, sous quelles formes ?

.....
.....

11. Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous suivi des formations, conférences sur les violences faites aux femmes ?

- Oui
- Non

Si oui, sous quelles formes ?

.....
.....

12. Si oui, cela vous a-t-il permis une meilleure prise en charge des femmes enceintes victimes de violences ?

- Oui
- Non

13. Si non, pensez-vous qu'il est nécessaire de se former davantage dans le domaine des violences faites aux femmes en tant que sage-femme ?

- Oui
- Non

14. Cas clinique :

Mme L., 30 ans, IIIgIIp, de groupe sanguin O positif, enceinte de 28SA, sans emploi, se présente à vous en consultation. Dans ses antécédents personnels, il est à noter au niveau obstétrical :

- 1 accouchement par voie basse à 35SA+3 jours suite à une RPM, d'un garçon en 2017
- 1 accouchement par césarienne à 34SA pour HRP, d'une fille en 2018

Ces deux enfants sont actuellement en bonne santé et vivent avec Mme L. Ils sont issus d'une précédente union avec un conjoint violent, leur garde ne lui est pas autorisée.

Mme L. vit en couple avec M. P., 32 ans, menuisier. En ce qui concerne la grossesse actuelle, Mme L. n'avait pas fait suivre sa grossesse jusqu'au cinquième mois puisqu'il s'agissait d'une grossesse non désirée. C'est en déménageant récemment à Metz qu'une voisine lui a conseillé de le faire. Elle a donc réalisé l'échographie du deuxième trimestre et attend un garçon. Un RCIU a été diagnostiqué à l'occasion de cet examen et elle s'est par la suite souvent présentée en service d'UGO pour métrorragies. M.P. souhaite reconnaître le futur enfant à naître mais aide très peu Mme L. dans la garde de ses deux premiers enfants.

Au cours de l'examen clinique général et obstétrical, vous constatez une tension artérielle à 146/95 et des ecchymoses sur les membres supérieurs. Que faites-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Violences et grossesse

Analyse des pratiques professionnelles de 49 sages-femmes de l'agglomération messine sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes en 2019-2020.

Résumé

Introduction : Les violences faites aux femmes pendant la grossesse sont un problème difficile à aborder par les professionnels et les victimes. La grossesse est une période de vulnérabilité, mais semble être privilégiée pour dépister et prendre en charge les femmes enceintes victimes. La réforme de 2013 a intégré officiellement la problématique des violences faites aux femmes dans les études de sage-femme afin d'élargir les connaissances des futures diplômées. Cette étude a pour objectif d'analyser les pratiques professionnelles et les connaissances des sages-femmes sur les violences faites aux femmes enceintes et les réseaux d'appui à la prise en charge depuis cette réforme.

Méthodes : Une étude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique, par voie de questionnaires anonymes auprès des sages-femmes de Metz Métropole durant la période de janvier à février 2020, a été réalisée. Les sages-femmes incluses exerçaient au CHR de Mercy, en libéral et en PMI dans l'agglomération messine.

Résultats : 49 sages-femmes ont été incluses : 72% exerçant à l'hôpital, 20% en libéral et 8% en PMI dont 77,6% avaient obtenu leur diplôme avant 2015 et 22,4% après 2015. Il y avait une différence significative dans le dépistage des violences : 79% des diplômées avant 2015 posaient directement la question tandis que 100% des diplômées après 2015 utilisaient l'anamnèse. Les éléments de prise en charge étaient connus sauf le dispositif mobile, mais les sages-femmes diplômées avant 2015 utilisaient davantage le numéro national, le certificat médical et la mesure d'éloignement du conjoint. Exceptée la PMI, on constatait une méconnaissance du réseau, et pour 88% des sages-femmes, la formation initiale sur les violences était insuffisante. Le cas clinique montrait que 68,4% des diplômées avant 2015 posaient la question des ecchymoses, qu'aucune diplômée après 2015 n'orientait vers l'UGO, et qu'aucune diplômée avant 2015 n'orientait vers un dépôt de plainte.

Conclusion : Cette étude montre le souhait des sages-femmes de compléter davantage leur formation sur les violences faites aux femmes et justifie l'intérêt de promouvoir les outils de formation déjà existants ainsi que les réseaux d'appui.

MOTS CLÉS : Violences / grossesse / sage-femme / réforme études

Abstract

Introduction Violence against women during pregnancy is a difficult issue to discuss for the victims and professionals that help them. Pregnancy is a period of vulnerability that seems to screen and aid pregnant victims of violence. The reform of 2013 officially integrated a course in university to increase midwives' knowledge about violence against women. This study aims at analyzing the professional practice and the knowledge of midwives about violence against women and the network since this reform.

Methods A descriptive and quantitative statistical analysis was carried out. Anonymous questionnaires were given to midwives of Metz Metropole from January to February 2020. The midwives of this study worked at Mercy Hospital, in private practice and in a social center in Metz.

Results 49 midwives participated in the study: 72% worked in hospital, 20% in private practice and 8% in a social center. 77,6% of them graduated before 2015, against 22,4% after 2015. There was a difference between the groups about the screening: 79% of graduates before 2015 asked questions whereas 100% of graduates after 2015 used medical history. Midwives knew all the management tools except the call center, but the midwives that graduated before 2015 used the national phone number, the medical certificate and the distance measure. Except the social center, the network of medical professionals was unknown, and 88% of midwives asserted that the university course about violence against women was insufficient. The clinical case demonstrated that 68,4% of midwives that graduated before 2015 asked about bruises, any midwives that graduated after 2015 referred the victim to gynecology and emergency unit and the midwives that graduated before 2015 guided the victim to filing of complaints.

Conclusion This study illustrates that midwives want to complete their training about violence against women and highlights that it is important to promote training tools and networks.

KEY WORDS Violence against women / pregnancy / midwife / university course reform