



**HAL**  
open science

# État des lieux des besoins des sages-femmes hospitalières en termes de ressources pour la prise en charge des femmes ayant subi un viol au cours de leur vie : enquête épidémiologique, observationnelle, descriptive à l'Hôpital Femme Mère Enfant de Peltre en 2021

Babette Kremer

## ► To cite this version:

Babette Kremer. État des lieux des besoins des sages-femmes hospitalières en termes de ressources pour la prise en charge des femmes ayant subi un viol au cours de leur vie : enquête épidémiologique, observationnelle, descriptive à l'Hôpital Femme Mère Enfant de Peltre en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04331104

**HAL Id: hal-04331104**

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04331104v1>

Submitted on 8 Dec 2023

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

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



## 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](mailto: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.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

État des lieux des besoins des sages-femmes  
hospitalières en termes de ressources pour la prise  
en charge des femmes ayant subi un viol au cours de  
leur vie

Enquête épidémiologique, observationnelle, descriptive à l'Hôpital  
Femme Mère Enfant de Peltre en 2021.

Mémoire présenté et soutenu par

**Babette Kremer**

Née le 29 Mars 1997

Directeur de mémoire : Marie-Laure BOYÉ  
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

État des lieux des besoins des sages-femmes  
hospitalières en termes de ressources pour la prise  
en charge des femmes ayant subi un viol au cours de  
leur vie

Enquête épidémiologique, observationnelle, descriptive à l'Hôpital  
Femme Mère Enfant de Peltre en 2021.

Mémoire présenté et soutenu par

**Babette Kremer**

Née le 29 Mars 1997

Directeur de mémoire : Marie-Laure BOYÉ  
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

## **REMERCIEMENTS**

Je souhaite remercier Madame Marie-Laure Boyé, Directrice de ce mémoire et Sage-femme Enseignante, pour son implication tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Kremer Aurélie, Experte de ce mémoire et Sage-femme Coordinatrice au CHR de Metz-Thionville, pour les informations, les ressources et les corrections qu'elle a porté à ma connaissance.

Je tiens aussi à remercier Quentin Frohman pour son aide précieuse.

## **ABBREVIATION :**

AAVAS :	Association d'Aide aux Victimes d'Abus Sexuels
CFCV :	Collectif Féministe Contre le Viol
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
GHR :	Grossesse à Haut Risque
HFME :	Hôpital Femme-Mère-Enfant
HAS :	Haute autorité de santé
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
QCM :	Question à Choix Multiples
SdC :	Suites de Couches
SdN :	Salle de Naissance
UGO :	Urgences Gynéco-Obstétricales

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>ABREVIATION</b> :.....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>PARTIE 1 : CONTEXTE</b> .....	<b>10</b>
<b>1. VIOLENCES</b> .....	<b>10</b>
1.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE .....	10
1.2. LEGISLATION.....	10
<b>2. VIOL</b> .....	<b>10</b>
2.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE .....	10
2.2. LEGISLATION.....	11
2.3. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES .....	12
2.4. LES MISSIONS DES SAGES-FEMMES.....	13
<b>PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>16</b>
<b>2. OBJECTIFS</b> .....	<b>16</b>
2.1. BENEFICES ATTENDUS.....	16
2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES .....	16
<b>3. HYPOTHESES</b> .....	<b>16</b>
<b>4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES</b> .....	<b>16</b>
4.1. TYPE D'ETUDE .....	16
4.2. CALENDRIER DE L'ETUDE.....	17
4.3. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE.....	16
4.4. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....	17
4.5. RECUEIL DE DONNEES.....	17
4.6. GESTION DES DONNEES .....	17
4.7. LIEUX DE L'ETUDE .....	17
4.8. PERIODE DE L'ETUDE .....	17
4.9. BUDGET ET FINANCEMENT .....	18
4.10. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS .....	17
<b>5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE</b> .....	<b>18</b>
5.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION.....	18
5.2. MODALITE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE .....	18
5.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET .....	18
5.4. ARCHIVAGE DES DONNEES.....	18
5.5. REGLES DE PUBLICATIONS .....	18
<b>6. RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
6.1. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE (N=21).....	18
6.2. RESSOURCES DISPONIBLES.....	19
6.3. CONNAISSANCES PERSONNELLES .....	21
6.4. FORMATIONS ET AISANCE DE LA PRISE EN CHARGE .....	23
<b>PARTIE 3 : DISCUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>1. CONNAISSANCES DES RESSOURCES ET PROTOCOLE</b> .....	<b>25</b>
1.1. SELON L'ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME .....	23
1.2. SELON LES SERVICES DANS LESQUELS ELLES ONT EXERCE.....	24
<b>2. QUALITE DES RESSOURCES</b> .....	<b>27</b>
2.1. RESSOURCES COMPLETES.....	27
2.2. RESSOURCES CLAIRES .....	27
2.3. RESSOURCES ADAPTEES .....	27

2.4. RESSOURCES A JOUR .....	28
2.5. RESSOURCES DISPONIBLES .....	28
2.6. SATISFACTION GENERALE .....	28
2.7. PROTOCOLE.....	26
<b>3. CONNAISSANCES JURIDIQUES DES SAGES-FEMMES .....</b>	<b>28</b>
3.1. SELON L'ANNEE DE DIPLOME .....	28
3.2. SELON LEUR SERVICE .....	29
<b>4. AISANCE DE LA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>29</b>
4.1. SELON L'ANNEE DE DIPLOME .....	30
4.2. SELON LES REPNSES AUX QCM.....	30
4.3. SELON LES CONNAISSANCES DE L'EXISTENCE DE PROTOCOLE OU DE RESSOURCES DISPONIBLES .....	30
4.4. SELON LES FORMATIONS .....	31
4.5. RESSOURCES SUPPLEMENTAIRES.....	31
<b>5. AMELIORATIONS PROPOSEES PAR LES SAGES-FEMMES .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE I : QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE II : PROTOCOLE MERCY.....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE III : PROPOSITION DE NOUVEAU PROTOCOLE .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE IV : QCM CORRIGES.....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE V : PROPOSITION DE DEPLIANT PATIENT. ....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE I : QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>39</b>
<b>QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE II : PROTOCOLE MERCY.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE III : PROPOSITION DE NOUVEAU PROTOCOLE .....</b>	<b>45</b>
<b>- .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE IV : QCM CORRIGES.....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE V : PROPOSITION DE DEPLIANT PATIENT .....</b>	<b>49</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>3</b>
<b>MOTS CLES : VIOL SAGE-FEMME RESSOURCES MERCY PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT : .....</b>	<b>3</b>
<b>KEY WORDS : .....</b>	<b>3</b>

## INTRODUCTION

Ce travail repose sur une étude quantitative portant sur les ressources à disposition des sages-femmes à propos de la prise en charge des femmes ayant subi un ou des viols au cours de leur vie. En effet un viol peut avoir des répercussions nombreuses et douloureuses, telles que le choc de la parole, l'envie de meurtre, la violence répondant à la violence [1] et les sages-femmes peuvent être concernées par ces prises en charge délicates. Des dommages physiques évidents nécessitent aussi une prise en charge, cette dernière peut être médicale, psychologique et/ou judiciaire. Malheureusement à ce jour l'HAS ne propose pas de protocole de prise en charge au niveau national, cette prise en charge n'est donc pas homogène sur tout le territoire. L'étude ici décrite vise à étudier les ressources à disposition des sages-femmes et la satisfaction qu'elles génèrent. Dans un contexte sociétal dans lequel la parole des personnes victimes de viol se libère, les sages-femmes peuvent représenter un interlocuteur de confiance pour les patientes qu'elles rencontrent tout au long de leur carrière. En effet, le travail de la sage-femme repose sur la santé gynécologique mais aussi sexuelle de ses patientes. En touchant de si près l'intimité et la vulnérabilité des femmes, il semble fondamental que les sages-femmes aient les outils nécessaires à l'écoute, la prise en charge, le conseil et la réorientation des victimes de violences sexuelles. Pendant mon cursus d'étudiante sage-femme, j'ai pu constater que la prise en charge des personnes victimes de viol était assez difficile et que le personnel de l'Hôpital Femme Mère Enfant de Mercy à Peltre semblait manquer de ressources ou d'un protocole clair pour permettre un parcours de prise en charge efficace. Ce parcours regroupant plusieurs intervenants que les sages-femmes rencontrées en stages connaissaient mal, semblait difficile à mettre en place et les informations à ce sujet m'ont semblé difficiles à trouver. C'est la vision de ces difficultés et mon expérience personnelle qui ont motivé ce travail. De plus les violences faites aux femmes sont un sujet d'actualité qui font l'objet d'une prévention renforcée. Pour cela nous avons trouvé pertinent de savoir quels sont les moyens disponibles en milieu hospitalier pour aider les sages-femmes à prendre en charge les femmes déclarant être victime de viol au cours de leur vie. Une première partie évoquera les définitions, l'épidémiologie ainsi que la législation qui encadrent les violences sexuelles et le viol. Nous aborderons aussi les missions et la place des sages-femmes au cœur de la santé des femmes. Cette partie permet de donner le contexte et de mieux comprendre la suite du travail. Ensuite nous parleront des résultats bruts obtenus via un questionnaire semi-directif à destination des quatre-vingt sages-femmes de l'HFME de Mercy à Peltre. Enfin, nous tireront des conclusions de ces résultats en les croisant entre eux et en apportant des ouvertures, qui pourraient alors servir à l'échelle nationale, et des améliorations possibles, dans le but d'aider les professionnels mais aussi les victimes dans le cadre de ces prises en charge.



## **PARTIE 1 : CONTEXTE**

### **1. VIOLENCES SEXUELLES**

#### **1.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE**

Selon l'article 222-22 du Code Pénal : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. » [2]

Le Gouvernement français précise que : « *Ces violences portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne.* » [3]

Alice Débauche précise dans le dossier Santé Publique France en juin 2019 : « *La prévalence des violences sexuelles en France est considérable : selon l'enquête Virage (2015), 14,5 % des femmes et 3,9 % des hommes ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie ; parmi eux, 3,7 % des femmes et 0,6 % des hommes ont subi une tentative de viol ou un viol. Les multiples enquêtes montrent la grande concentration de ces violences aux plus jeunes âges de la vie : plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débutent avant 18 ans.* » [4]

L'OMS propose une définition des droits sexuels : « *Toutes les personnes devraient avoir droit, pour mener une vie sexuelle satisfaisante, à des soins de santé sexuelle et de reproduction, au respect de leur intégrité corporelle, à des relations sexuelles consensuelles, au mariage consensuel et au choix d'avoir des enfants au moment où ils le désirent. Toute atteinte à ces droits sexuels, comme le mariage forcé et la mutilation génitale, constitue une violence sexuelle.* ». Dans cette définition, l'OMS insiste sur les notions de consentement et de choix en termes de sexualité.

#### **1.2. LEGISLATION**

Selon Catherine Le Magueresse, Docteur en droit, la question du consentement d'une personne à une activité sexuelle est un préalable incontournable, puisque la réponse permet de distinguer les relations sexuelles des violences sexuelles. La stratégie la plus répandue de défense des personnes mises en cause pour viol est d'alléguer le consentement de la plaignante. [5]

Les peines encourues par un auteur d'agression sexuelle peuvent aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende. Les peines sont plus lourdes en cas de circonstances aggravées. Jusqu'à 7 ans d'emprisonnement et 100 000€ d'amende. Ce type de condamnation est habituellement inscrite dans un casier judiciaire et le nom de l'auteur apparaîtra forcément dans le fichier des auteurs d'infractions sexuelles. [6]

### **2. VIOL**

#### **2.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE**

Selon l'art. 222-23 du Code Pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » [7]

Il peut aussi s'agir de pénétrations digitales ou au moyen d'un objet. S'il n'y a pas eu pénétration, il s'agit d'un délit d'agression sexuelle. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait des violences physiques pour qualifier un acte de viol.

Le viol est un **crime**, même s'il est commis par l'époux de la victime, par son concubin ou son partenaire de Pacs.

Le Code Pénal distingue les viols des autres agressions sexuelles avec violence, menace, exhibition, personne ayant autorité, victime mineure, victime de moins de 15 ans, actes de torture, barbarie ou mutilation qui représentent des circonstances aggravantes.

La tentative de viol est punie des mêmes peines que le viol. Il y a tentative de viol si l'auteur a essayé de violer sa victime, mais n'y est pas parvenu à cause d'un élément indépendant de sa volonté. C'est le cas lorsque la victime s'est défendue ou que des tiers sont intervenus.

D'un point de vue psychologique, le violeur n'a aucune considération pour le consentement de la victime pendant l'acte. La notion de **consentement** est importante pour qualifier ces actes. Philippe CONTÉ précise dans son ouvrage : « *L'article 222-23 précise que l'absence de consentement découle du recours à la violence, la contrainte, à la menace ou à la surprise – une seule des quatre suffit – (...) la seule absence de consentement de la victime ne justifie pas une condamnation si elle ne résulte pas du recours à l'un de ces procédés* » [8]

En effet, le code pénal ne donne pas d'autre définition du consentement dans le cadre des violences sexuelles que les notions de **violence**, de **contrainte**, de **menace** ou de **surprise**. Selon Catherine Le Magueresse, en France, lors d'une action en justice, l'accusé n'a pas à justifier l'obtention du consentement de la victime. C'est à la victime de prouver son non-consentement, contrairement à d'autres pays comme le Canada. Cette condition peut compliquer les démarches dans notre pays. [4]

L'étude Virage de l'Ined en 2015 évalue le nombre de victimes de viol à 62000 femmes sur les douze mois, tous âges confondus. Le nombre d'agressions sexuelles s'élève à 580 000. [9]

Sur le site du ministère de l'intérieur les données statistiques des viols et violences sexuelles en 2019 sont sous-estimées car elles reposent uniquement sur les agressions déclarées par les victimes auprès des services de police et de gendarmerie. [10]

## 2.2. LEGISLATION

Le viol est jugé aux Assises tandis que les agressions sexuelles seront instruites au Tribunal Correctionnel. Le procès est en principe une audience publique, mais la victime peut demander le huis clos pour des raisons évidentes d'anonymat et seules les personnes directement impliquées seront alors présentes. [11]

Les victimes peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans après l'acte. Ce délai est allongé si la victime est mineure au moment des faits. [12]

Les victimes peuvent se rendre directement au commissariat ou à la gendarmerie pour porter plainte ou transmettre leur plainte par courrier postal. Elles doivent constituer un dossier contenant « *l'état civil et les coordonnées complètes du plaignant, le récit détaillé des faits, la date et le lieu de l'infraction, le nom de l'auteur supposé des faits si il est connu, sinon il faut porter plainte contre X, les noms et adresses et éventuels témoins, la description et l'estimation provisoire ou définitive du préjudice, la volonté de se constituer partie civile et des documents de preuves tels que des certificats médicaux constatant des blessures, arrêts de travail, factures diverses pouvant être en lien avec l'agression.* ». Dès la réception et enregistrement du dossier par les services du procureur de la République, un récépissé est envoyé au plaignant. « *Tout ce qui peut constituer une preuve est aussi*

à garder pour le bien de l'enquête, des témoignages, des captures d'écran de SMS, de mails, des enregistrements de conversations, des vêtements et autres... ». [12]

Les peines encourues par l'agresseur sont en principe de **15 ans** mais des circonstances aggravantes peuvent allonger la peine jusqu'à 20 ans. Les circonstances aggravantes référencées actuellement sont :

*« L'auteur du viol est un ascendant, une personne ayant autorité sur la victime (employeur...) ou une personne abusant de l'autorité que lui confie ses fonctions (policier...),*

*L'auteur du viol vit en couple avec la victime,*

*L'auteur du viol a drogué la victime,*

*L'auteur du viol était sous l'emprise de l'alcool ou de produits stupéfiants,*

*L'auteur du viol est entré en contact avec la victime par internet,*

*La victime était particulièrement vulnérable (personne infirme, malade, enceinte, démunie),*

*Viol ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente,*

*Viol commis à raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle (réelle ou supposée) de la victime,*

*Viol commis avec l'usage ou la menace d'une arme,*

*Viol commis par plusieurs personnes agissant comme auteurs ou complices. ». [12]*

Une peine plus lourde, de 30 ans de prison peut être appliquée si la victime est décédée des suites de son agression. Plus rarement, l'agression peut entraîner la prison à perpétuité si l'acte a été précédé de torture et/ou de barbarie à l'encontre de la victime. Un suivi et des interdictions spécifiques peuvent constituer des peines complémentaires. Encore une fois, ces condamnations sont inscrites au casier judiciaire de l'agresseur et son nom est inscrit dans le fichier des auteurs d'infractions sexuelles. [12]

### **3. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOL**

#### **3.1. ÉCOUTER ET ORIENTER**

Il est important de noter que la situation socio-économique, les croyances culturelles et religieuses peuvent rapidement constituer un obstacle au respect des idéaux décrits dans les parties précédentes. En France, des actions sont mises en place pour prévenir la discrimination et les abus.

Ainsi, des numéros de téléphones « verts » gratuits et anonymes sont mis à la disposition des victimes d'agressions sexuelles pour leur venir en aide (0 800 05 95 95).

Des actions de prévention dans les collèges et lycées sont également prévues par le ministère de l'éducation. Instaurées dans le cadre de l'éducation sexuelle, trois séances minimums sont à programmer au cours de l'année scolaire. Les séances sont animées soit par le personnel de l'établissement soit par des intervenants extérieurs comme les sages-femmes. Les séances visent notamment à prévenir les violences sexuelles, de repérer d'éventuelles victimes chez les enfants ou les adolescents, de sensibiliser les élèves aux usages d'internet et de prévenir la pédocriminalité et les violences à caractère sexuel. [13]

En cas d'urgence, il est recommandé aux victimes de préserver les indices en évitant de prendre une douche ou de jeter les vêtements portés lors de l'agression. Ils peuvent servir à identifier l'auteur du viol et le faire condamner en justice. Un site internet consacre une page pour l'aide aux victimes avec un tchat instantané organisé par le Ministère chargé de l'intérieur. Si la victime veut que son agresseur soit poursuivi en justice, et que son acte soit condamné, elle doit porter plainte. [12]

Cette action peut sembler difficile psychologiquement mais elle est primordiale pour demander réparation. La victime doit s'adresser au commissariat ou à la gendarmerie. La réception de sa plainte ne peut pas lui être refusée. Elle est ensuite transmise au procureur de la République. [12]

### 3.2. RESEAU HOPITAL-SERVICE EXTRAHOSPITALIER, MEDICO PSYCHO-SOCIO-JUDICIAIRE

La désignation d'un juge d'instruction est nécessaire pour définir le viol comme un crime et lancer l'enquête. La victime peut bénéficier d'une prise en charge judiciaire et profiter de la présence d'un avocat lors des confrontations entre la victime et l'auteur présumé du viol ainsi qu'à toutes les auditions par les services de police ou le juge. Une aide juridictionnelle peut être proposée sous conditions de ressources. Lors du procès, la victime peut demander l'anonymat et un jugement à huis clos. [12]

Un examen clinique est réalisé par un médecin afin de délivrer un certificat médical nécessaire à l'enquête. Un dépistage des IST et un test de grossesse peuvent être prescrits à la victime ainsi que des traitements préventifs. Un suivi psychologique peut être proposé mais aucune recommandation n'encadre réellement ces pratiques au niveau national. Selon l'Association pour la Protection contre les Agressions et Crimes Sexuels (APACS), le suivi psychologique semble nécessaire pour aider les victimes de crimes sexuels et lutter contre les récidives des agresseurs. En effet, un état de stress post-traumatique peut survenir dans les jours suivants une agression. Le coût financier peut être un frein même s'il existe des modalités de remboursement par la sécurité sociale et certaines mutuelles. [14]

## 4. LES MISSIONS DES SAGES-FEMMES

### 4.1. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

La sage-femme est un acteur de santé incontournable auprès des femmes. Après une formation universitaire de cinq ans, la sage-femme peut exercer dans divers domaines comme le suivi gynécologique de prévention des femmes, l'orthogénie, la surveillance médico-psycho-sociale de la mère et de son enfant en pré, per et post partum. Elle accompagne la femme en bonne santé tout au long de sa vie.

Les violences faites aux femmes sont un véritable enjeu de santé publique. Les instances en charge de la formation supérieure et de la recherche en association avec les professionnels de la santé ont décidé d'intégrer à la formation initiale un enseignement plus appuyé sur la prévention et la prise en charge des violences faites aux femmes. [15]

L'ordre national des sages-femmes rappelle que : « *Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. A ce titre, elle contribue au repérage des situations de violences faites aux femmes* » (par exemple : par l'orientation de la patiente vers des structures de prise en charge spécialisées ou encore par la rédaction sur demande de la patiente de certificat médical descriptif) ». [16]

La prévention est au cœur du métier de sage-femme. Son objectif est de s'assurer du maintien en bonne santé des patientes qu'elle a en charge et donc de prévenir la survenue d'un dysfonctionnement médico-psycho-social. Pour cela, il lui faut une formation de qualité mais également des outils adaptés et un réseau de professionnels compétents. Définir le parcours de la

victime à l'aide d'une procédure, élaborer une liste de personnes ressources et rédiger un document d'informations à destination des patientes sont des ressources d'aide à la décision pour les sages-femmes.

#### 4.2. ROLES DE LA SAGE-FEMME

Selon l'article « Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin », les femmes attendent d'un professionnel de santé une écoute sans jugement lors d'une déclaration de violence sexuelle, une orientation vers d'autres spécialistes, tels que les psychologues ou associations spécialisées, mais aussi certaines précautions pendant l'examen clinique. La sage-femme, professionnelle présente dans l'intimité des femmes, est sensibilisée à ces attentes. [18]

Selon l'HAS, « *repérer les victimes est aussi un acte médical* ». L'HAS souligne que les professionnels en santé ont la responsabilité de repérer des victimes de violences en générale, et notamment pour les sages-femmes, de repérer des femmes victimes de violences sexuelles et donc les viols. De plus l'HAS recommande aujourd'hui de poser systématiquement une ou des questions à propos de violences potentiellement subies, ce qui permettrait de faciliter grandement le dépistage. Les femmes entendent qu'elles peuvent s'adresser à un soignant, et même s'il n'y a pas de suites au moment où les professionnels abordent le sujet, les femmes victimes de violences sont conscientes et susceptibles de se manifester ultérieurement. Si nécessaire, le professionnel peut consigner des informations médico-psycho-sociales dans le dossier médical, avec consentement de la patiente, qui pourront être utilisées lors d'une procédure judiciaire future. [19]

Les démarches pour lancer une procédure sont difficiles à effectuer et la sage-femme est un professionnel à privilégier pour guider les femmes dans ce parcours et constituer également un soutien psychologique aux victimes. Pour faciliter les missions de la sage-femme, il existe des sites explicatifs pour pratiquer l'examen médical et réaliser le dépôt de plainte. L'aide d'un psychologue, d'un psychiatre, d'une conseillère conjugale ou d'une assistante sociale peut aussi être envisager pour un suivi psycho-social. La sage-femme participe ainsi pleinement au dépistage des signes évocateurs de traumatismes sexuels mais aussi au dépistage de traumatismes post-traumatiques. [20]

En effet, le Collectif Féministe Contre le Viol signale que 70% des victimes souffrent de stress post-traumatique susceptible d'engendrer un phénomène d'évitement de l'acte sexuel. Les compétences en sexologie de la sage-femme sont alors un atout pour les victimes de viol. [21]

Pour conclure, la sage-femme est un acteur de santé privilégié pour participer à la prise en charge de la femme victime de violences sexuelles. Et pour faciliter les repérages et les actions, l'HAS émet des recommandations notamment pour les femmes victimes de violences au sein du couples. [20]

#### 4.3. MODES D'EXERCICE DES SAGES-FEMMES

La sage-femme exerce principalement en milieu hospitalier mais également, et de plus en plus, en libéral. [22] Moins fréquemment, la sage-femme est aussi présente en PMI et dans d'autres structures à caractère social comme les maisons d'accueil pour femmes victimes de violences conjugales dont une vient d'ouvrir ses portes à Nancy. [23]

Tous ces modes d'exercice rendent compte du fait que la sage-femme est quotidiennement susceptible de croiser une femme victimes de viol. Pour cette raison, il est impératif qu'elle soit formée

au repérage des femmes victimes de violence et à leur prise en charge, de même qu'elle doit s'inscrire dans un réseau de professionnels qui participent à ces actions. Les protocoles et procédures sont alors des outils incontournables pour le bon fonctionnement du système et la prévention des violences sexuelles.

L'intérêt de cette étude réside dans l'évaluation des dispositifs disponibles à ce jour et des connaissances des sages-femmes à ce sujet, sur le site de Mercy.

## **PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS**

### **1. PROBLEMATIQUE**

Les violences faites aux femmes sont un sujet d'actualité qui font l'objet d'une prévention renforcée. Pour cela nous avons trouvé pertinent de savoir quels sont les moyens disponibles en milieu hospitalier pour aider les sages-femmes à prendre en charge les femmes déclarant être victime de viol au cours de leur vie.

### **2. OBJECTIFS**

#### **2.1. BENEFICES ATTENDUS**

Notre étude doit permettre de rendre visibles les ressources nécessaires aux sages-femmes pour faciliter la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles notamment le viol.

#### **2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES**

##### **2.2.1. Objectif principal**

Faire un état des lieux des ressources documentaires et réseaux professionnels utiles aux sages-femmes pour la prise en charge des femmes déclarant être victime de viol au cours de leur vie.

##### **2.2.2. Objectif secondaire**

Favoriser la mise à jour des ressources documentaires nécessaires à la prise en charge des femmes déclarant être victime de viol au cours de leur vie.

### **3. HYPOTHESES**

Nous entendons par ressources documentaires, les documents associés à la prise en charge des femmes déclarant être victime de viol au cours de leur vie.

**Hypothèse 1** : Les sages-femmes ont des ressources documentaires à leur disposition.

**Hypothèse 2** : Les ressources documentaires ne sont pas de qualité en termes de clarté, d'actualisation, de pertinence et de disponibilité.

**Hypothèse 3** : Les sages-femmes utilisant leurs connaissances personnelles sont plus à l'aise pour prendre en charge des patientes victimes de viol.

### **4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES**

#### **4.1. TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, observationnelle, descriptive, à partir de questionnaires distribués aux sages-femmes de l'Hôpital Femme Mère Enfant de Mercy.

#### **4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE**

##### **4.2.1. Critères d'inclusion**

Pour notre étude, nous avons sélectionné les sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville sur le site de Mercy.

##### **4.2.2. Critères de non-inclusion**

Les sages-femmes hospitalières coordinatrices et faisant fonction de coordinatrices du CHR de Metz-Thionville sur le site de Mercy.

Les sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville sur le site de Bel Air.

#### 4.2.3. Critères d'exclusion

Les autres professionnels de santé du CHR de Metz-Thionville.

#### 4.2.4. Modalité de recrutement

Nous avons recruté les sages-femmes au sein de la maternité de Mercy, dans les différents secteurs d'hébergement et ambulatoires. La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat.

### 4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

Les critères jugés dans ce questionnaire sont les connaissances des sages-femmes à propos de ressources mises à leur disposition, leur satisfaction concernant ces ressources et leurs connaissances personnelles concernant les prises en charge de femmes victimes de viol. En critère secondaire on évalue aussi l'aisance des sages-femmes dans ce type de prise en charge.

### 4.4. RECUEIL DE DONNEES

Pour mener notre étude, nous avons choisi un questionnaire papier mis à la disposition des sages-femmes dans les différents secteurs de la maternité de Mercy : consultations, UGO, GHR, SdN, SdC. Le recueil est anonymisé.

Le questionnaire comporte 17 questions dont font partie des questions fermées, des QCM et des questions ouvertes. (Annexe I) Ces questions visent tout d'abord à définir un profil de population étudiée avec l'année d'obtention du diplôme et les services dans lesquels les sages-femmes interrogées ont exercé. Ensuite on a cherché à faire un état des lieux de leurs connaissances face aux ressources disponibles à l'HFME de Mercy, leur satisfaction à propos de ces ressources mais aussi leurs ressources et leur connaissances acquises personnellement. On a aussi testé leurs connaissances juridiques via trois courts QCM et demandé de qualifier leur aisance face à ce type de prise en charge.

### 4.5. GESTION DES DONNEES

Les données seront traitées via un dictionnaire de codes dans le logiciel Excel.

### 4.6. LIEUX DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée à Hôpital Femme-Mère-Enfant du CHR de Metz-Thionville sur le site de Mercy.

### 4.7. PERIODE DE L'ETUDE

Nous avons mené l'étude sur un mois en février 2021.

### 4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Nous avons minimisé le biais de sélection par l'exclusion des sages-femmes coordinatrices et faisant fonction de coordinatrice car elles ont pour mission la gestion et la mise à disposition des protocoles et procédures.

Avant de démarrer l'étude, nous avons testé le questionnaire auprès de cinq étudiantes sages-femmes et trois sages-femmes pour minimiser le biais de compréhension des questions.

## **5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE**

### **5.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION**

Étude épidémiologique – observationnelle de catégorie 3 : Recherche non interventionnelle : information et déclaration de non-opposition, libre et éclairée.

### **5.2. MODALITE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE**

Les données seront recueillies anonymement, à propos de la réception et saisie des questionnaires.

### **5.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET**

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### **5.4. ARCHIVAGE DES DONNEES**

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

### **5.5. REGLES DE PUBLICATIONS**

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

## **6. RESULTATS**

Parmi les 80 sages-femmes du CHR de Mercy, nous avons réceptionné 21 questionnaires. La totalité des questionnaires était exploitable.

### **6.1. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE (N=21)**

#### ***Année d'obtention du diplôme***

La majorité des sages-femmes (14/21) interrogées avaient obtenu leur diplôme après 2011 dont onze en 2018, deux en 2017 et trois respectivement en 2015, 2014, et 2013.

Parmi les sept sages-femmes (7/21) ayant obtenu leur diplôme avant 2011, deux avaient été diplômés en 1983, une en 1991, une en 2000, deux en 2010 et une en 2011.

#### ***Date d'entrée à la maternité de Mercy***

Deux sages-femmes sont entrées à la maternité en 1983, une en 2000, une autre en 2012, 2013 et 2015, ainsi que deux en 2014, cinq en 2018 trois en 2019 et cinq en 2020.

## Lieux d'exercice

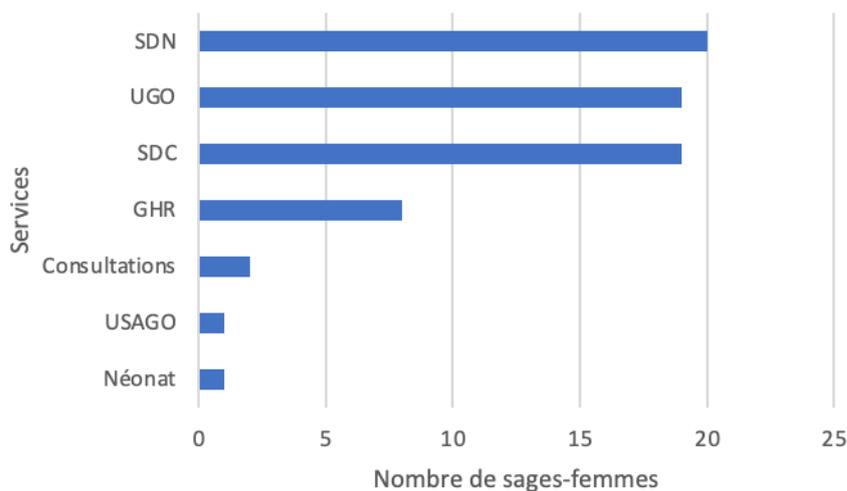


Figure 1 : Lieux d'exercice des sages-femmes (n=21). Services de la Maternité de Mercy. 2021.

Une majorité de sages-femmes déclaraient avoir exercé en SdC (19/21), aux UGO (19/21) et SdN (20/21). Plus d'un tiers des répondants signalaient avoir exercé en GHR (8/21) et une minorité avait exercé en néonatalogie (1/21), en USAGO (1/21) ou en consultations (3/21).

## 6.2. RESSOURCES DISPONIBLES

### ***Connaissance de ressources disponibles à l'hôpital sur la prise en charge des femmes victimes de viol***

Parmi les répondants (n=21), 17 sages-femmes avaient répondu connaître les ressources documentaires mises à disposition par l'hôpital et seulement quatre avaient répondu ne pas savoir.

### ***Connaissance d'un protocole***

Au sein de notre population d'étude (n=21), 15 sages-femmes déclaraient avoir connaissance d'un protocole alors que cinq signalaient ne pas en avoir connaissance. Notons qu'une sage-femme n'a pas répondu à la question.

### ***Connaissance d'un protocole selon les lieux d'exercice***

Au moins trois quarts des sages-femmes ayant exercé en UGO, GHR, SdN, SdC et néonatalogie connaissaient l'existence d'un protocole. Les sages-femmes ayant exercé en consultation et USAGO (3/21) signalaient ne pas connaître de protocole.

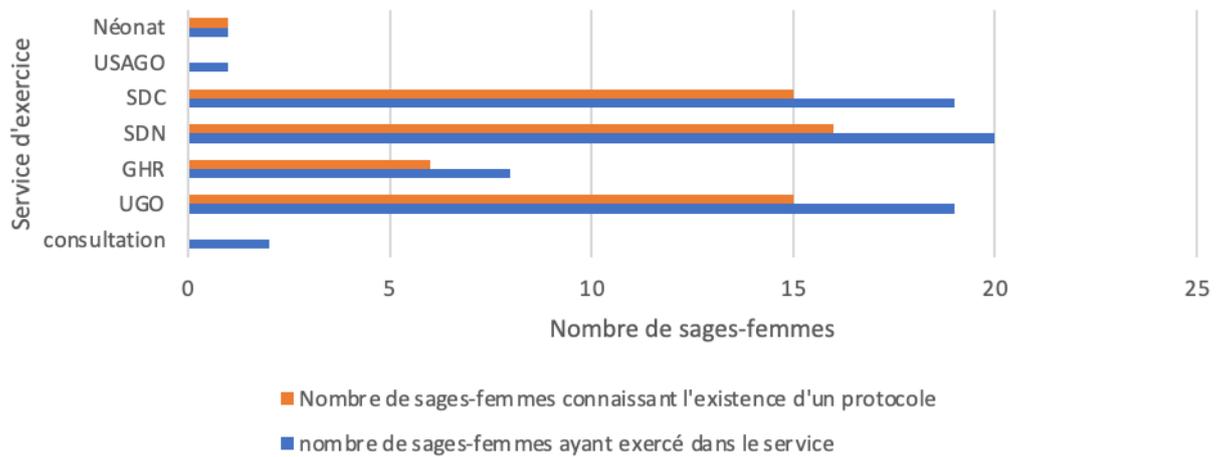


Figure 2 : Nombre de sages-femmes ayant connaissance de l'existence d'un protocole de service, sur le nombre total de sages-femmes ayant exercé dans le service. Maternité de Mercy. 2021.

### Qualité des ressources et du protocole disponibles

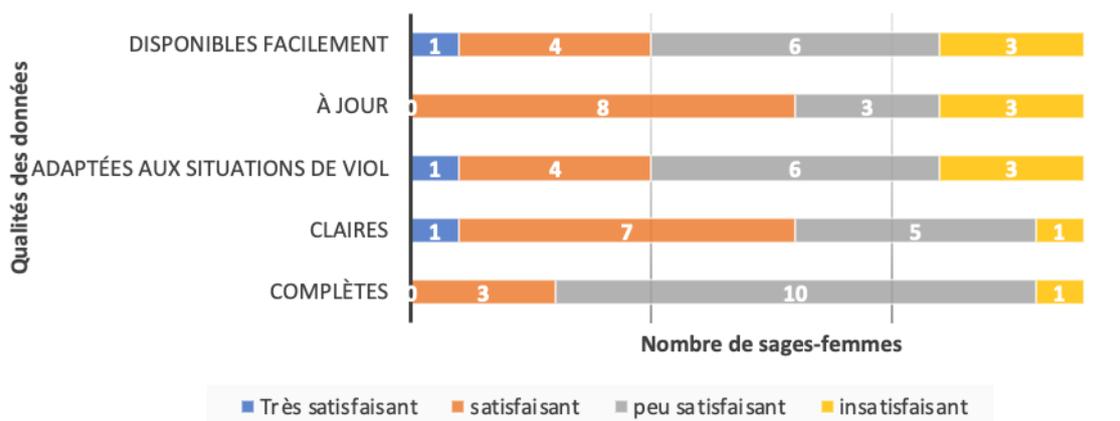


Figure 3 : Évaluation par les sages-femmes (n=14) de la qualité des ressources documentaires. Maternité de Mercy. 2021.

Parmi les dix-sept sages-femmes ayant déclaré connaître l'existence de ressources ou protocoles (17/21), quatorze avaient répondu à la qualité des ressources documentaires.

Plus de la moitié des répondants (9/14) précisaient être peu voire pas satisfaits de la disponibilité des ressources documentaires. Seules quatre sages-femmes avaient qualifié la disponibilité satisfaisante (4/14) et une très satisfaisante (1/14).

Une majorité de sages-femmes (8/14) avaient évalué la mise à jour des ressources satisfaisante. Cependant, un peu moins de la moitié (6/14) qualifiaient la mise à jour peu voire pas satisfaisante.

Une sage-femme a répondu que le caractère adapté des ressources était très satisfaisant. Près de la moitié des sages-femmes (n=6) ont répondu satisfaisant et une majorité de sages-femmes (n=9) les ont jugées peu ou pas satisfaisante.

Plus de la moitié des sages-femmes (n=10) a répondu peu satisfaisant, trois ont répondu satisfaisant et une a répondu insatisfaisant au fait que les ressources étaient complètes.

### ***Améliorations proposées aux ressources disponibles***

Les sages-femmes (n=17) avaient la possibilité de citer trois améliorations au sujet des ressources de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy.

Six améliorations possibles avaient été proposées. Un tiers de notre population (6/17) demandait une mise à jour des ressources, quatre demandaient des précisions telles que les numéros à contacter (n=3) six réclamaient un protocole clair tel qu'un algorithme de prise en charge. Certaines sages-femmes (3/17) signalaient la nécessité de retrouver, dans les ressources documentaires, les protocoles de prises en charges des Hôpitaux de Mercy et Legouest, et du Commissariat de Metz. Un peu plus de la moitié des sages-femmes (9/17) demandait des ressources plus accessibles et seule une sage-femme avait évoqué l'idée d'un dépliant à destination des patientes afin de leur expliquer le parcours à suivre.

Parmi les sages-femmes ayant exprimé des améliorations possibles (n=17), la sage-femme insatisfaite sur l'ensemble des qualités des ressources documentaires proposait une seule amélioration.

### ***Connaissance d'autres ressources***

Moins de la moitié des répondants avaient répondu à cette question (7/21). Certaines sages-femmes citaient comme sources complémentaires de connaissances, pour la prise en charge de femmes victimes de viol, leur collègues (3/21), Google (3/21), l'Hôpital militaire Legouest (3/21), les protocoles du CNGOF (1/21) ou leurs connaissances personnelles (1/21).

## **6.3. CONNAISSANCES PERSONNELLES**

### ***QCM sur les connaissances juridiques***

Pour évaluer les connaissances juridiques des sages-femmes, nous avons élaboré trois QCM. (Annexe 4) Pour chaque répondant, la moyenne des notes aux QCM était classée selon la mention « insuffisant » pour une note comprise entre 0 et 7, « moyen » pour une note comprise entre 8 et 12, « bien » pour une note comprise entre 13 et 16, et « très bien » pour une note comprise entre 16 et 20.

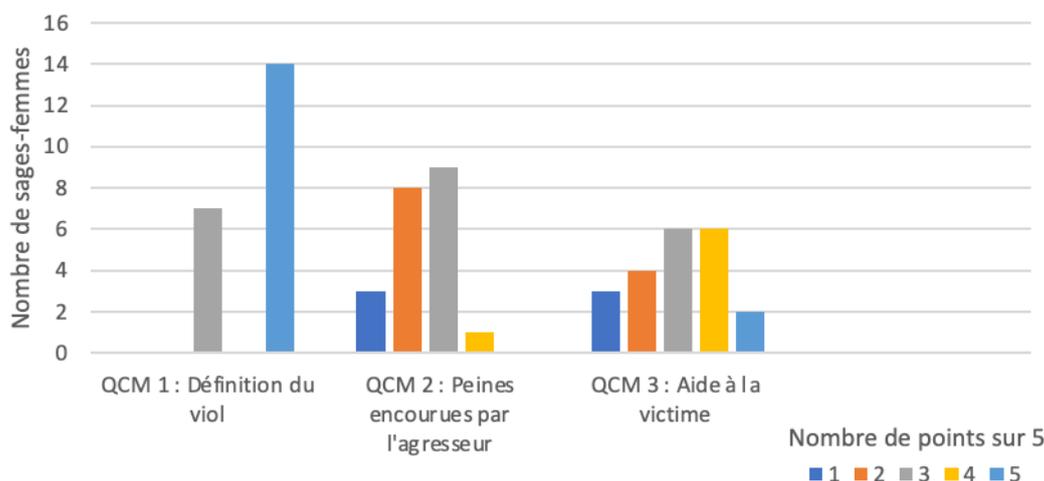


Figure 4 : Note obtenue à chaque QCM par les sages-femmes interrogées. Maternité de Mercy. 2021.

Deux tiers des sages-femmes (14/21) avaient obtenu la totalité des points sur la définition du viol et un tiers (7/21) avait obtenu une note moyenne de 3 points.

Moins de la moitié des sages-femmes (9/21) avaient obtenu une note supérieure à la moyenne des points du QCM sur les peines encourues par l'agresseur alors que les autres des répondants (11/21) avaient obtenu une note inférieure à la moyenne.

Deux tiers des sages-femmes (14/21) avaient obtenu une note supérieure à la moyenne pour le QCM sur l'aide aux victimes. Néanmoins, sept sages-femmes sur les 21 avaient obtenu une note inférieure à la moyenne.

Parmi les répondants, six sages-femmes avaient obtenu la mention « très bien » (6/21), sept sages-femmes avaient recueilli la mention « bien » (7/21) et un tiers était parvenu à la mention « moyen » (7/21). Seule une sage-femme avait eu la mention « insuffisant » (1/21)

### **Connaissances médico-psycho-sociales**

Une grande partie des sages-femmes (13/21) déclarait être en mesure :

- d'« offrir » de l'aide aux victimes pour effectuer les démarches administratives comme porter plainte,
- d'« informer » les victimes de leurs droits et d'« apporter » un soutien psychologique aux victimes.

Trois sages-femmes (3/13) déclaraient orienter les patientes vers l'Hôpital Legouest, une sage-femme (1/13) proposait de retranscrire le récit de la victime et une sage-femme (1/13) proposait d'établir un certificat médical attestant de l'état de la victime.

### **Connaissance d'un réseau d'aide.**

Une minorité de sages-femmes (3/21) connaissait un site internet offrant de l'aide aux victimes. Deux citaient « [stopviolencesfemmes](http://stopviolencesfemmes.com) », deux évoquaient « [santepubliquefrance](http://santepubliquefrance.fr) » et une mentionnait « [victimedeviolf.fr](http://victimedeviolf.fr) ».

Une majorité de sages-femmes (17/21) n'avaient pas connaissance de sites internet sur le sujet et seule une sage-femme (1/21) n'avait pas répondu.

Plus d'un tiers des sages-femmes (8/21) connaissait une association d'aide aux victimes de viol. Elles citaient « *stopviolencessexuelles* » (1/8), « *inform'elle* » (6/8), le « *CFCV* » (3/8) et l'« *AAVAS* » (1/8). Plus de la moitié de notre population (12/21) n'avaient pas connaissance d'associations et seule une sage-femme (1/21) n'avait pas répondu.

#### 6.4. FORMATIONS ET AISANCE DE LA PRISE EN CHARGE

##### **Formation continue**

Deux sages-femmes (2/21) déclaraient avoir participé à une formation continue sur la prise en charge de femmes victimes de viol. Une sage-femme précisait avoir participé à une formation de manière volontaire et individuelle (1/2) et une sage-femme indiquait avoir suivi une formation organisée par le réseau de périnatalité du sud francilien et non du CHR Metz-Thionville (1/2).

Une grande majorité de sages-femmes (19/21) répondait ne pas avoir suivi de formation. Neuf d'entre elles, exprimaient l'absence de formation « pas de proposition » au plan de formation interne à l'Hôpital (9/19). Notons qu'une sage-femme signalait avoir suivi une formation sur les violences faites aux femmes (1/19).

##### **Formation initiale**

Seulement huit sages-femmes déclaraient avoir suivi enseignement sur la prise en charge des femmes victimes de viol lors de leur formation initiale (8/21).

Parmi elles, cinq précisait que cette formation était trop succincte (5/8). Deux signalaient avoir obtenu des définitions générales sur les violences conjugales, une explication sur le cycle des violences et une information sur les peines encourues (2/8). Une n'avait pas ajouté de précisions (1/8).

##### **Aisance de la prise en charge des femmes victimes de viol**

Un tiers des sages-femmes (7/21) indiquait ne pas être à l'aise. Certaines réfèrent directement au « *sénior de garde et Legouest* » (2/7) et d'autres évoquaient un « *manque d'informations* » (2/7).

Plus d'un tiers des sages-femmes (9/21) signalait la prise en charge « *peu aisée* ». Certaines déclaraient l'absence « *de formation et de protocole* » (2/9) ou des « *difficultés de communication* » (2/9).

Trois sages-femmes disaient être à l'aise pour cette prise en charge (3/21). Deux précisait que c'était grâce à leur formation personnelle (2/3) et une indiquait avoir suivi un DU « *psychisme et périnatalité* » et une formation « *Femmes victime de violences* » dans l'Essonne (1/3).

Une sage-femme ajoutait en remarque que le rôle de la sage-femme était limité à l'écoute, au conseil, à l'orientation et à la prévention avec notamment la prise en charge de la contraception et des dépistages des IST.

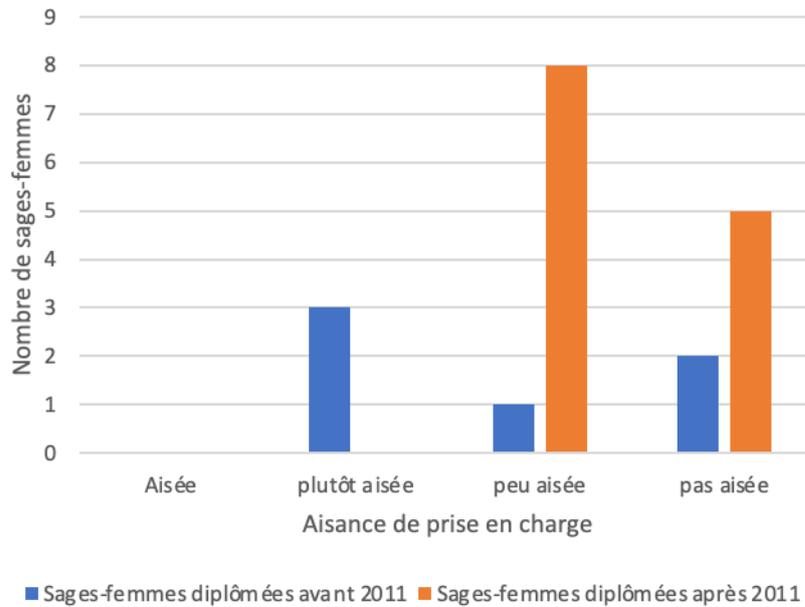


Figure 5 : Mentions obtenues par les sages-femmes aux QCM sur les connaissances juridiques selon leur année d’obtention de diplôme. Maternité de Mercy. 2021.

Deux sages-femmes (2/21) n’avaient pas souhaité évaluer leur aisance dans le cas d’une prise en charge de femme victime de viol.

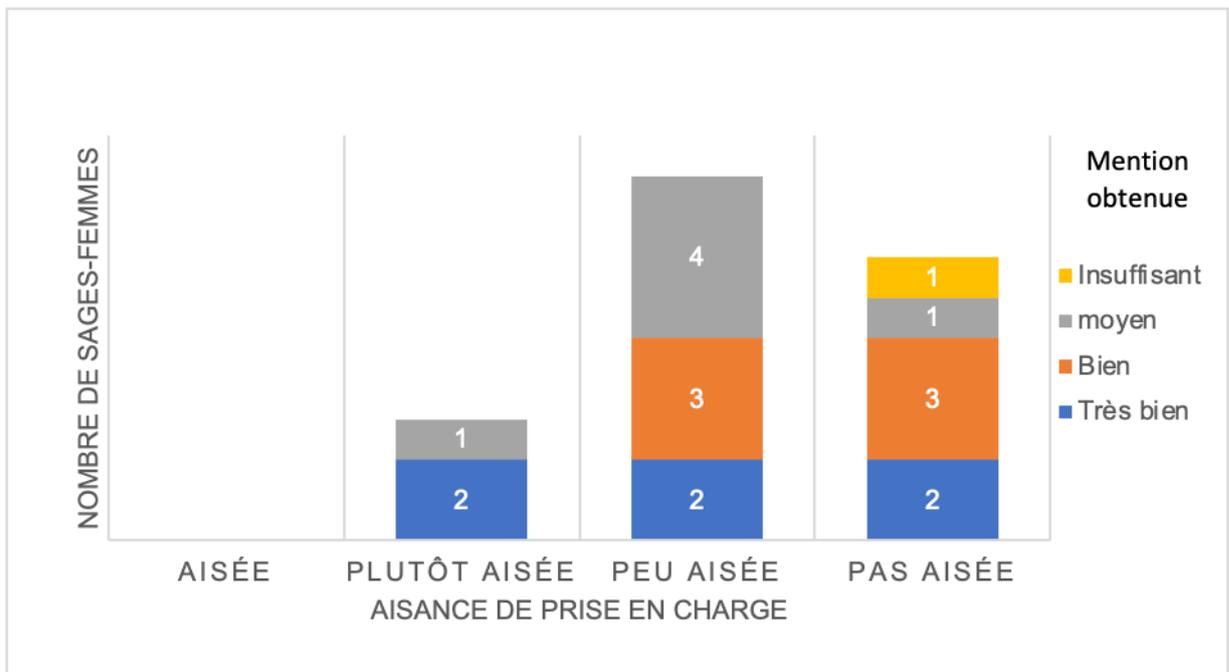


Figure 7 : Aisance des sages-femmes en fonction de la mention obtenu au QCM

## **PARTIE 3 : DISCUSSION**

### **1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

Une des forces de cette étude réside dans l'étude des sages-femmes de l'HFME de Mercy uniquement, en effet la prise en charge des victimes de viol à l'HFME de Mercy est particulière et non applicable au reste des hôpitaux de France par sa relation avec l'hôpital Legouest et l'implication de la gendarmerie.

La limite majeure de cette étude est le faible taux de réponse obtenue à mon questionnaire, en effet seulement 21 sages-femmes ont répondu, ce qui ne me permet pas d'avoir des résultats significatifs via un test de Fisher et rend les différences observées non applicables à l'entièreté de l'HFME. De plus, certaines questions ont pu être interprétées de plusieurs manière différentes, en particulier quand on parle de « ressources disponibles » ou de « protocole disponible », je n'ai à aucun moment demandé de préciser le titre ou la référence des ressources, il est donc possible que les données récoltées ne concernent pas les mêmes documents, ce qui pourrait expliquer les réponses très hétérogènes sur la qualité des ressources disponibles.

Une autre limite constatée est le manque d'études menées à ce sujet par le passé. En effet peu de ressources sont disponibles et malgré le fait que le viol existe depuis toujours, la parole des victimes ne se libère que depuis peu avec l'apparition de mouvements tels que #metoo.

### **2. MISE A DISPOSITION DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE FEMMES VICTIMES DE VIOL**

Afin de savoir si les professionnels bénéficiaient de ressources documentaires et notamment d'un protocole de service sur la prise en charge des femmes victimes de viol, nous avons envisagé de les interroger directement.

Nous avons constaté qu'au moins trois quarts des sages-femmes avaient connaissances de ressources documentaires (17/21) et précisément d'un protocole de service (15/21). Pourtant, quatre sages-femmes déclaraient ne pas avoir connaissance de ressources. Toutes les quatre précisait exercer dans les différents secteurs de la maternité et deux d'entre elles ne connaissaient pas non plus d'association ou de site d'aide aux victimes. Nous pouvons admettre que les services dans lesquels exercent les sages-femmes ne semblent pas influencer la connaissance de ressources documentaires. Cela nous surprend car depuis 2019, l'HAS a publié des recommandations selon lesquelles tout professionnel de santé devrait questionner systématiquement les patientes au sujet de violences subies. [19] Et il est plus fréquent d'interroger les patientes à ce sujet au moment de l'ouverture de leur dossier médical à la maternité, donc plutôt en consultations ou éventuellement en UGO. Il est possible que ces recommandations encore récentes ne soient qu'en cours d'installation dans les pratiques professionnelles.

De même, la méconnaissance des procédures et protocoles pourrait s'expliquer par la date d'embauche à la maternité. En effet, une sage-femme nouvellement arrivée à la maternité pourrait ne pas connaître certains protocoles de service par manque d'expérience. Mais nous n'avons observé aucune différence entre les années d'obtention du diplôme ni l'année d'entrées au CHR Metz-Thionville.

D'une manière générale, toutes les sages-femmes ayant connaissance d'un protocole de service (17/21) savaient aussi qu'il existait des ressources documentaires mises à disposition par l'hôpital.

La majorité des sages-femmes de notre études (12/21) déclaraient connaître une version papier de ces ressources et protocole et seulement moins de la moitié (10/21), une version informatique. À noter que parmi ces sages-femmes, cinq déclaraient connaître les deux versions. Il est étonnant que la version informatique soit moins connue que la version papier. En effet, les hôpitaux ont investi dans des logiciels de gestion des ressources documentaires afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des patients. Cela permet de fournir des versions numériques à jour des protocoles, procédures, chemins cliniques, conduites à tenir et autres. Il est conseillé de basculer les documents ressources en version numérique pour éviter les doublons, les redondances et pour faciliter l'accès. Nous pouvons conclure que le logiciel de gestion documentaire n'est pas exploité correctement ni totalement et que cela peut être lié à un manque de formation à l'utilisation des logiciels. Il serait intéressant d'interroger la structure sur sa procédure d'accueil des nouveau arrivant et sur son plan de maintien des acquis, notamment en informatique, des agents hospitaliers.

**D'une manière générale, nous pouvons valider l'hypothèse selon laquelle « les sages-femmes ont des ressources documentaires à leur disposition ».**

### **3. RESSOURCES DOCUMENTAIRES A JOUR DES DONNEES ACTUELLES**

Avant d'analyser les résultats de ce chapitre, nous tenons à préciser que nous avons obtenu récemment une version papier du protocole disponible en GHR (Annexes 2) à l'aide d'une sage-femme du service.

Ce protocole informe le lecteur qu'une patiente qui se présente aux urgences adultes pour une prise en charge après avoir subi un viol doit être redirigée vers l'UGO de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Metz.

Si la victime ne souhaite pas porter plainte, alors un examen clinique peut être réalisé si l'agression date de moins de 72h. Cet examen est à réaliser par un médecin sénior en présence d'une infirmière. Dans ce cas, l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest n'est pas contactée mais l'UGO gère la partie médicale : prescription de la pilule du lendemain, des sérologies, d'une antibiothérapie, et d'une trithérapie VIH. Cette situation ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat descriptif, la police ou la gendarmerie ne doit pas être prévenue, sauf cas particulier des mineur(e)s pour lequel(le)s le médecin en charge de l'examen clinique peut procéder à un signalement au Procureur de la République. Pour les majeurs, le médecin doit effectuer un signalement s'il juge la victime est en situation de péril imminent.

Si la victime souhaite porter plainte, l'UGO gère de la même manière la partie médicale et le médecin doit ensuite contacter la gendarmerie de Courcelles Chaussy qui prévient le médecin légiste ou l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest pour reprendre le dossier.

Nous constatons, qu'il n'est aucunement fait mention d'une aide psychologique des victimes, même pour celles qui ne souhaitent pas porter plainte. Ce protocole n'est pas daté mais fait mention de références datant du 28 décembre 2010. Ce protocole constitue la seule ressource que nous avons trouvé à l'HFME de Mercy dans le cadre de cette étude, ce qui ne signifie pas que toutes les sages-femmes interrogées le connaissent ou en font référence.

### 3.1. QUALITE DES RESSOURCES

Trois sages-femmes n'avaient pas répondu à l'évaluation de la qualité des ressources disponibles. Parmi les 14 sages-femmes qui se sont exprimées sur la qualité des ressources, l'insatisfaction portait principalement sur la disponibilité, l'exhaustivité et la pertinence des ressources (respectivement 9, 11 et 9/14). A contrario, la clarté et la mise à jour étaient plutôt satisfaisante (8/14).

#### 3.1.1. Ressources complètes

Le premier critère de qualité concerne l'exhaustivité en tant que « ressources complètes ». Une majorité de sages-femmes (10/14), déclarent « peu satisfaisant » l'exhaustivité et une sage-femme juge ce critère « insatisfaisant ». Pourtant, trois sages-femmes évaluent ce critère comme « satisfaisant ». Aucune d'entre elles ne juge ce critère comme étant très satisfaisant. Il semblerait donc qu'une amélioration des données disponibles serait possible en complétant les ressources déjà disponibles. Ces réponses très hétérogènes peuvent être le signe d'un biais d'information. En effet, les sages-femmes interrogées ont répondu en qualifiant des ressources possiblement différentes, puisqu'aucune précision n'a été demandée sur la nature des ressources qu'elles évaluaient.

#### 3.1.2. Ressources claires

À propos de la clarté des ressources disponibles, la majorité des sages-femmes (8/14) considèrent les ressources comme « satisfaisant » voire « très satisfaisant ». Par contre, environ un tiers des sages-femmes (5/14) qualifient ces ressources de « peu satisfaisant » et une sage-femme les trouve « insatisfaisant ». Il semblerait donc que des améliorations soient possibles mais que la clarté des ressources disponibles reste acceptable.

#### 3.1.3. Ressources adaptées

Seules cinq sages-femmes déclarent « satisfaisant » ou « très satisfaisant » la pertinence des ressources qualifiées sous le critère « adaptées ». Plus de la majorité (9/14) estime la pertinence comme « peu satisfaisant » ou « insatisfaisant ». Il est possible que ce manque d'homogénéité dans les réponses soit lié à des références différentes. Il serait opportun de connaître les ressources auxquelles les sages-femmes font référence et les éléments précis sur lesquels les sages-femmes sont plus ou moins satisfaites. Cependant, quelles soient les ressources, une majorité de sages-femmes ont des connaissances de ressources qui nécessitent d'être révisées et adaptées à la situation des patientes victimes de viol, soit d'être remplacées par des versions plus récentes et déjà existantes.

Nous pouvons malgré tout nous référer au protocole cité ci-dessus et convenir que le manque de pertinence du document vient probablement de l'absence d'information sur le rôle de la sage-femme. En effet, seuls sont mentionnés les médecins et les infirmières. Sinon, le protocole fait référence à des services comme l'UGO mais sans préciser si les sages-femmes ont une mission auprès des victimes. Parallèlement à ce constat, nous estimons que ce protocole est adapté aux situations de viol et à la prise en charge à l'HFME de Mercy, où justement l'UGO ne prend en charge que la partie médicale concernant les prélèvements infectieux et les traitements préventifs. Mais il nous manque le regard plus précis des professionnels de notre enquête pour en juger.

#### 3.1.4. Ressources actualisées

La majorité des sages-femmes (8/14) juge que ce critère « satisfaisant ». Toutefois, les six autres sages-femmes de cette sous-population, évaluent ce critère comme « peu satisfaisant » voire « insatisfaisant ». Les réponses sont encore très partagées et la faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas de nous prononcer sur d'éventuelles différences significatives. Néanmoins, il apparaît qu'un peu moins de moitié des sages-femmes ont accès à des ressources qui ne sont pas à jour, comme le protocole cité ci-dessus. Il semblerait judicieux de recenser toutes les ressources des différents services pour les trier et mettre à disposition des professionnels des documents actualisés et identiques. Cela participe à la gestion de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux pour limiter les erreurs et les pertes de temps, et homogénéiser les pratiques professionnelles.

#### 3.1.5. Ressources disponibles

Seule une sage-femme considère la disponibilité des ressources comme « très satisfaisant » et quatre comme « satisfaisant » (5/14). Alors qu'une majorité de notre sous-population la qualifie de « peu satisfaisant » voire « insatisfaisant » (respectivement 6 et 3/14). Nous pouvons conclure que la disponibilité des ressources demande à être améliorée. Le logiciel de ressources Norméa du CHR a justement pour objectif de faciliter l'accès aux ressources du CHR et d'être l'unique lieu de stockage des ressources. Cela éviterait aux professionnels de retrouver dépourvu de protocole ou conduite à tenir en présence notamment d'une situation peu fréquente car cela participe au stress et désorganise l'activité.

### 3.2. SATISFACTION GENERALE

Pour les critères « complètes », « adaptées » et « disponible » nous observons que plus de la moitié des sages-femmes qualifient les ressources comme peu satisfaisantes ou insatisfaisantes (moyenne de 9,5/14).

Pour la « clarté » et la « mise à jour » des ressources plus de la moitié des sages-femmes les estiment comme « peu satisfaisantes » ou « insatisfaisantes » (8/14).

Cette étude descriptive montre que les ressources et le protocole mis à disposition des sages-femmes pourrait être triés et révisés pour améliorer la satisfaction générale des sages-femmes actuellement très variée. Nous réalisons que le manque de précisions de notre questionnaire, ne nous permet pas de savoir si les sages-femmes font référence aux mêmes ressources. En effet certaines d'entre elles ont déclaré connaître une version papier du protocole et d'autres une version informatique. Il est probable que ce ne soit les mêmes versions.

**L'hypothèse selon laquelle « les ressources documentaires ne sont pas de qualité en termes de clarté, d'actualisation, de pertinence et de disponibilité. » ne peut pas être validée par manque de précision du questionnaire mais une tendance penche pour un tri et une révision des ressources.**

## 4. AISANCE A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOL

### 4.1. SELON LEURS CONNAISSANCES JURIDIQUES

Pour évaluer l'aisance nous avons dans un premier temps évalué les connaissances juridiques des sages-femmes via trois QCM (annexe 4). En effet, la confiance en soi est souvent associée à la

connaissance du sujet. Nous observons que la quasi-totalité des sages-femmes ont en moyenne de bonnes connaissances (20/21). Mais si nous regardons nos résultats avec plus de précisions, nous constatons que seul un tiers des sages-femmes ont de très bonnes connaissances (6/21). Il semble étonnant de constater que le sujet le moins bien maîtrisé par les sages-femmes est l'aide à fournir aux victimes. En effet, par rapport aux définitions du viol, toutes les sages-femmes (21/21) obtiennent une note supérieure ou égale à trois sur cinq, tandis qu'au QCM portant sur l'aide aux victimes, un tiers d'entre elle a une note inférieure à trois (7/21).

Nous pouvons déjà noter que si les résultats sont globalement satisfaisants, il reste nécessaire de compléter les connaissances des sages-femmes.

Les sages-femmes qui obtiennent une mention « bien » (7/21) aux connaissances juridiques, six d'entre elles qualifient leur prise en charge des victimes de viol comme « pas » ou « peu aisée ». En effet, les connaissances juridique ne semblent pas influencer l'aisance de la prise en charge de ces patientes. Si nous examinons les résultats des sages-femmes qui obtiennent une mention « moyen » (7/21) aux connaissances juridiques, nous constatons que seule une d'entre elles qualifie sa prise en charge de « plutôt aisée » et s'estime donc plus à l'aise face à ce type de prise en charge que des sages-femmes ayant eu une meilleure note aux QCM sur les connaissances juridiques. Cela conforte notre remarque précédente.

Enfin, nous sommes surpris par les résultats « insuffisants » d'une seule sage-femme (1/21). Nous savons que cette sage-femme a été diplômée en 1983 et qu'elle est entrée au CHR la même année. De plus, elle considère sa prise en charge comme « pas aisée ». Nous pouvons envisager que cette professionnelle n'a pas été confrontée à cette situation et que l'absence prolongée de mobilisation de ses connaissances a généré des lacunes. Même si les violences faites aux femmes sont un sujet d'actualité et qu'il est important d'être à jour de ses connaissances, comme le précise le code de déontologie des sages-femmes, la nature de l'activité au quotidien et la quantité de données scientifiques disponibles peuvent expliquer un manque de connaissances. Un autre point peut également alimenter les explications. Il s'agit du plan de formation de la maternité et de l'Hôpital en général. L'absence de formation sur le sujet ou la non-priorisation de ce thème dans le plan de formation peut limiter la motivation des professionnels à mettre à jour leurs connaissances de manière individuelle.

Le manque de puissance de notre étude nous permet uniquement de formuler une tendance selon laquelle les connaissances juridiques n'influent pas sur l'aisance de la prise en charge des patientes victimes de viol.

#### 4.2. SELON LEUR SERVICE

Les sages-femmes de consultations ont toutes obtenu une mention « bien » (2/21), cependant elles ne sont que deux à avoir travaillé dans ce service et aucune conclusion n'est possible en partant d'un échantillon aussi faible.

En salle de naissance, à l'UGO et en SdC, un tiers des sages-femmes obtient la mention « très bien » (6/19), un tiers la mention « bien » (6/19) et un tiers la mention « moyen » (6/19), avec toujours une seule sage-femme qui a un résultat « insuffisant ».

La sage-femme d'USAGO obtient une mention « bien » et la sage-femme de néonatalogie obtient une mention « moyen ».

En GHR la moitié des sages-femmes obtient une mention « bien » (4/8), une sage-femme qui à « très bien » Deux « moyen » et une « insuffisant » sur les 8 sages-femmes qui ont exercé dans ce service.

Il ne semble pas y avoir de différence notable entre connaissances juridiques des sages-femmes et les services. Malheureusement, nos faibles échantillons ne nous permettent pas de réaliser de mesurer la significativité.

#### 4.3. SELON L'ANNEE DE DIPLOME

Chez les sages-femmes diplômées **en 2011 ou avant**, l'aisance de la prise en charge est évaluée par deux sages-femmes comme n'étant pas aisée, par une sage-femme comme étant peu aisée et par trois sages-femmes comme étant plutôt aisée. Une sage-femme s'est abstenue de répondre.

Chez les sages-femmes diplômées **après 2011**, une sage-femme s'est abstenue de répondre, cinq sages-femmes déclarent n'être pas « pas aisée » et huit sages-femmes indiquent être « peu aisée ».

Nous avons choisi 2011 comme année de référence car il s'agit du lancement du 3ème plan interministériel 2011-2013 de lutttes contre les violences faites aux femmes et de l'année de réforme des études en maïeutique. [24] D'autre part, l'expérience des sages-femmes peut être qualifié selon le nombre d'année d'exercice. Au-delà de dix ans, Guy Le Boeterf considère le professionnel comme « expert ». Avant dix, il est d'abord « débutant » puis « confirmé ». Les sages-femmes diplômées après 2011 ont donc commencé à exercer après la mise en place de cette réforme et un enseignement initial a dû leur être dispensé à propos de la prise en charge des violences faites aux femmes. Par contre, les sages-femmes diplômées avant 2011 sont expertes et bénéficient d'une expérience professionnelle riche. Elles ont pu bénéficier d'une formation continue sur le sujet et ont très certainement rencontré cette situation de prise en charge de femmes victimes de viol.

Il semblerait que les sages-femmes diplômées avant la réforme de 2011 trouvent leur prise en charge plus aisée, mais encore une fois, l'échantillon étudié présente une limite à ce travail puisque les résultats après test de Fisher ne sont pas significatifs. Nous pouvons avancer une tendance selon laquelle les sages-femmes diplômées après 2011 ont plus de difficulté à prendre en charge des patientes victimes de viol. Cette différence me semble inattendue puisque ce n'est que depuis 2019 que l'HAS recommande de questionner systématiquement les patients à propos de violences subies [19], en particulier dans un contexte de grossesse ou de post-partum. Il semble pourtant difficile de poser cette question sans qu'une formation sur la prise en charge et l'écoute de ce type de témoignage ait été proposée aux sages-femmes. Il est possible aussi que l'aisance de la prise en charge augmente avec l'expérience des sages-femmes, ce qui expliquerait cette différence. Il semble pertinent de poursuivre voire améliorer formation initiale et continue auprès des étudiants en santé et des professionnels de santé.

#### 4.4. SELON LES CONNAISSANCES DE L'EXISTENCE DE PROTOCOLE OU DE RESSOURCES DISPONIBLES

Parmi les quatre sages-femmes déclarant ne pas connaître l'existence de protocole à l'hôpital, deux considèrent leur prise en charge « pas aisée » et deux « peu aisée ».

Seules trois sages-femmes ayant connaissance d'un protocole définissent leur prise en charge comme « plutôt aisée » et plus des deux tiers des sages-femmes ayant déclaré avoir connaissance de ressource(s) à ce sujet (12/17) la considèrent comme peu ou pas aisée.

Les huit sages-femmes déclarant connaître des sites internet ou des associations d'aide aux victimes répondent « pas aisée » (2/8), « peu aisée » (3/8) et « plutôt aisée » (3/8).

Les sages-femmes ayant répondu « plutôt aisée » dans la prise en charge connaissent toutes l'existence de protocoles et de ressources extérieures.

Il semblerait que les connaissances de l'existence de protocole et de ressources soient un avantage pour les sages-femmes dans ce type de prise en charge mais que ce ne soit pas suffisant. Il reste intéressant de noter que huit sages-femmes soit plus d'un tiers des répondantes déclarent et citent des ressources extérieures qui peuvent constituer une aide majeure pour les victimes. Ces trois sages-femmes sont celles qui considèrent leur prise en charge de « plutôt aisée ». Il semblerait que ces connaissances peuvent renforcer la confiance en soi des sages-femmes concernées et constitue une aide à la prise en charge.

#### 4.5. SELON LES FORMATIONS

En analysant les questionnaires des sages-femmes qui déclarent avoir suivi une formation continue à propos des prises en charge de femmes victimes de viol (2/21), nous observons qu'elles qualifient leur prise en charge de « plutôt aisée ». Ces sages-femmes précisent avoir participé à ces formations de leur propre gré, et non via leur employeur actuel, le CHR Metz-Thionville.

Parmi les sages-femmes n'ayant jamais suivi de formation, neuf déclarent ne pas avoir de proposition ou de possibilité de participer à ce type de formation. Ce résultat peut sembler surprenant, mais comparé aux années d'obtention de diplôme nous constatons que la majorité d'entre elles (6/9) ont été diplômées il y a moins de 3 ans et les trois autres sages-femmes ont été diplômées respectivement en 2013, 2014 et 2017. Nous pensons que leur ancienneté ne leur a pas permis d'accéder à ce type de formations ou qu'elles préfèrent participer à d'autres formations dans un premier temps.

Huit sages-femmes déclarent avoir été formées au cours de leur formation initiale à la prise en charge des femmes victimes de viol(s). Elles ont toutes été diplômées après 2011. Sur ces huit sages-femmes la moitié déclare que la formation reçue n'était pas complète ou insuffisante. Cependant, la fiche métier disponible sur le site du gouvernement inclut un enseignement à ce sujet dans la formation initiale des sages-femmes. [18] Il semblerait que cette formation reste à améliorer en informant l'ensemble des écoles de sages-femmes. Une fois de plus, les résultats ne sont pas significatifs, cependant il semblerait que les sages-femmes ayant suivi une formation orientée sur la prise en charge des viols ou des violences en générale soient plus à l'aise pour prendre en charge les femmes ayant subi un viol. Il pourrait donc être judicieux de proposer des formations de ce type aux sages-femmes de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy.

#### 4.6. RESSOURCES SUPPLEMENTAIRES

Certaines sages-femmes citent d'autres ressources, notamment l'expertise de l'hôpital militaire Legouest (3/21), l'aide de leurs collègues (3/21), les protocoles en gynécologie obstétrique du

CNGOF et Google (1/21) et les classeurs papiers jugés néanmoins peu satisfaisant s'en termes de clarté et de la disponibilité (1/21).

En dehors de Legouest nous constatons que les sages-femmes semblent compter sur leurs collègues pour cette prise en charge, et que moins de la moitié d'entre elles connaissent un site ou une association d'aide aux victimes. De notre point de vue, ces ressources devraient être disponibles avec le protocole de prise en charge. Dans le cas où la patiente qui consulte à l'UGO ne souhaite pas porter plainte, elle bénéficie uniquement d'une prise en charge médicale et préventive vis-à-vis d'un risque de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible. Cependant, ces victimes pourraient bénéficier d'un soutien psychologique, d'une orientation vers un service d'écoute, d'une ressource à laquelle se référer [10].

**L'hypothèse selon laquelle « les sages-femmes utilisant leurs connaissances personnelles sont plus à l'aise pour prendre en charge des patientes victimes de viol » semble donc être validée malgré l'absence de résultats significatifs.**

## **5. AMELIORATIONS ENVISAGEES**

### **5.1. AMELIORATIONS PROPOSEES PAR LES SAGES-FEMMES**

À propos des améliorations à apporter, les sages-femmes interrogées se sont accordées sur six points importants.

Premièrement une mise à jour des ressources et/ou protocole. En effet, le seul protocole trouvé au cours de ce travail repose sur des ressources de 2010 et ne mentionne pas la profession de sage-femme mais uniquement de médecin sénior, de médecin légiste et d'infirmière. De plus, aucune mention d'aide psychologique ou de suivi n'est mentionnée. Une aide psychologique pourrait constituer une grande amélioration pour les victimes.

Les sages-femmes ont aussi proposé d'y intégrer plus de précisions. Nous pourrions envisager d'inclure dans un protocole ou un dépliant patient des coordonnées d'associations telles que le CFCV avec leur numéro vert gratuit et anonyme à destination des personnes victimes de viol et d'agressions sexuelle : 0 800 05 95 95 ou encore d'intégrer le numéro de la gendarmerie de Courcelles Chaussy à contacter si la victime souhaite porter plainte.

Six sages-femmes proposent un protocole informatisé, ce qui selon moi rejoint l'idée des neuf sages-femmes qui souhaitent une amélioration de l'accessibilité de ce type de ressource. Malheureusement, aucun protocole national n'existe et il semble difficile d'en créer un puisque les établissements ont chacun des organisations différentes. Cependant, une version du protocole proposé en annexe 3 pourrait être informatisé pour en faciliter l'accès.

Cinq sages-femmes ont aussi mentionné qu'il serait utile de regrouper les prises en charge puisque, actuellement, une victime doit se rendre à l'UGO puis, si elle souhaite porter plainte, est redirigée vers l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest via la gendarmerie de Courcelles Chaussy où elle devra répéter son histoire, le plus souvent douloureuse. Nous pensons que cette réorientation dissuade un certain nombre de victimes d'aller plus loin dans leurs démarches. Cependant une amélioration de cette envergure demanderait de repenser tout le parcours de prise en charge actuel et d'ouvrir de nouveaux services ou à minima de nouveaux postes, tel qu'un médecin légiste d'astreinte, ce qui

semble extrêmement difficile à mettre en place dans un contexte où l'hôpital public se trouve déjà en difficulté. Des améliorations de ce type coûteraient sans doute cher et nécessiteraient une forte implication pour des bénéfices qui restent à étudier.

Enfin, une sage-femme propose de rédiger un dépliant à destination des patientes retraçant le parcours et les démarches qu'elles auraient à suivre. Ce type de dépliant pourrait regrouper le parcours général, comme une version plus simple du protocole destiné aux soignants, ainsi que les coordonnées des personnes à contacter, des associations et/ou des sites internet qui pourraient les aider. Nous sommes convaincus par cette proposition et avons mis à disposition un exemple de dépliant en annexe. (Annexe 5). Il pourrait être présenté aux équipes lors d'un staff ou d'une réunion de travail, de même que le protocole proposé en annexe. (Annexe 3).

Le travail proposé est une ébauche de protocole qui pourrait servir de base à un groupe de travail pluridisciplinaire. Avec une nouvelle version plus accessible et plus adaptée aux sages-femmes du site de Mercy, il pourrait y avoir une amélioration de l'aisance de la prise en charge par les sages-femmes mais aussi une meilleure orientation des victimes. La diffusion se ferait via Norméa, logiciel des ressources documentaires de l'HFME.

## CONCLUSION

Notre étude nous permet d'affirmer que les sages-femmes de la Maternité de Mercy ont à leur disposition des documents ressources pour la prise en charge des femmes victimes de viol. Il est cependant nécessaire de préciser que ces professionnelles ne semblent pas pleinement satisfaites de ces ressources. En effet, l'accessibilité aux documents, et notamment au protocole, est compliquée et les informations contenues ne sont pas forcément à jour, ou du moins elles ne semblent pas suffisamment adaptées, claires ni complètes. Cette étude nous permet de penser que les sages-femmes ayant suivi des formations et s'étant renseignées personnellement à ce sujet grâce aux sites internet et aux associations disponibles semblent plus à l'aise dans leur prise en charge

Malgré un manque de puissance de notre étude, nous pouvons dégager une influence de la formation sur l'aisance des sages-femmes à prendre en charge des femmes victimes de viol.

Au regard des avis des sages-femmes concernant les axes d'amélioration possibles pour la prise en charge des femmes victimes de viol, nous proposons une nouvelle version du protocole dans les classeurs et dans la base de données « Norméa » du CHR contenant les protocoles relatifs aux prises en charge des patients (Annexe 3). Ce protocole reste une ébauche, proposée à l'HFME dans le but de faciliter l'exercice des sages-femmes.

Pour améliorer l'appréciation des professionnels, il serait pertinent de leur proposer des formations sur la prise en charge des femmes victimes de violences ou de viol. Ce dernier point peut être couteux et il convient à l'établissement de décider de manière pluridisciplinaire si ce type de dépense peut amener un réel bénéfice aux patientes et au sages-femmes. Une des améliorations proposées par les sages-femmes nous a semblait très intéressante et consistait en l'élaboration d'un dépliant à destination des patientes, leur expliquant le parcours de leur prise en charge et mettant à leur disposition des ressources extérieures visant à les aider même si elles ne souhaitent pas porter plainte. Nous proposons donc un dépliant (Annexe 5) visant à permettre aux sages-femmes, sans formation complémentaire à la formation initiale, d'orienter les victimes vers des aides auxquelles elles n'auraient pas pensé.

La prise en charge des femmes victimes de viol étant pluridisciplinaire, il pourrait être intéressant d'interroger les autres professionnels de santé, comme les médecins ou les aides-soignantes, qui interviennent auprès de ces femmes à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy et à l'Hôpital Legouest, mais également les professionnels des services de gendarmerie impliqués. Ce type d'enquête pourrait donner lieu à une formation commune et à des documents communs pour harmoniser nos actions et offrir aux victimes une prise en charge claire et simplifiée. Une telle enquête pourrait aussi mener à un regroupement de la prise en charge à terme, visant toujours à simplifier le parcours des victimes. Cette prise en charge étant délicate, il pourrait aussi être intéressant de produire le même type d'étude dans d'autres établissements afin de comparer les besoins des sages-femmes, mais aussi des autres professionnels prenant en charge ces victimes, sur le territoire afin de produire, à terme des ressources ou un protocole applicable au niveau national, avec des ressources pour les victimes ainsi que pour les professionnels.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Objectifs. Que vous le sachiez ou non, quelqu'un de votre entourage a, un jour, été victime de violences sexuelles. Peut-être même vous-même. Stop aux Violences Sexuelles [En ligne]. (Consulté le 14/09/2020) ; Disponible sur : <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/objectifs/>
- [2] Art. 222-22 du Livre II du Code Pénal. Des crimes et délits contre les personnes. [En ligne]. (Consulté le 14/09/2020) ; Disponible sur : [sexuelles  
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409030/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030/)
- [3] Arrêtons les violences. Violences sexuelles. Gouvernement. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021) ; Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
- [4] Debauche A. Prévention des violences sexuelles : comment agir ? La santé en action. Ed. Santé Publique France. Juin 2019 ; 448 :13-15.
- [5] Le Magueresse C. Viol et consentement en droit pénal français. Réflexions à partir du droit pénal canadien. Archives de politique criminelle. 2012 ; 34(1) : 223-40.
- [6] Agression sexuelle commise sur une personne majeure. Ministère chargé de la justice. Avril 2021. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33891>
- [7] Art. 222-23 du Livre II du Code Pénal. Des crimes et délits contre les personnes. [En ligne]. (Consulté le 14/09/2020) ; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289535/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289535/)
- [8] Conte P. Droit pénal spécial. 3ème ed Paris : LexisNexis ; 2007. p.135.
- [9] Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population & Sociétés. 2016 ; 538(10) :1-4
- [10] Actualités. Insécurité et délinquance en 2019 : bilan statistique. Ministère de l'Intérieur. Sept 2020. [En ligne]. (Consulté le 05/09/2020) ; Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2019-bilan-statistique>
- [11] Le Saint L. Les auteurs de violences sexuelles. [En ligne]. (Consulté le 05/09/2020) ; Disponible sur : <https://www.lesaintauteur-violences-sexuelles-psycjo259.htm?ref=doi>
- [12] Ministère chargé de la justice. Viol commis sur une personne majeure. Service Public. [En ligne]. (Consulté le 05/09/2020) ; Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1526>

- [13] Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Éducation sexualité. Mars 2021 [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
- [14] APACS. De la réaction normale au trouble pathologique. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : <http://www.protection-victimes.com/soins/liens/aide-therapeutique/>
- [15] Sages-femmes : compétences et missions [En ligne]. (cité le 5/01/2020). Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/>
- [16] Les compétences des sages-femmes - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. (cité le 05/09/2020). Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [17] CRI-ADB. Violences sexuelles dans l'enfance : Enquête auprès des victimes. [En ligne]. (cité le 05/09/2020). Disponible sur: <https://cri-adb.org/2019/10/07/violences-sexuelles-dans-lenfance-enquete-aupres-des-victimes/>
- [18] Freyens A , Monti M, Vignocan L , Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. Sexologies. 2019 ; 28(4) : 183-190.
- [19] Haute Autorité de Santé. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [En ligne]. (cité 14/05/2020). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante)
- [20] Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [En ligne]. (cité 14/052020). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
- [21] Bruno J, Machado J, Ferreira Y et al. Impact des styles d'attachement dans le développement des symptômes traumatiques chez des femmes françaises victimes de violences sexuelles. Sexologies. 2019 ; 28(1) : 25-30.
- [22] Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES. Mars 2021. [En ligne]. (Consulté le 19/04/2021); Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf)
- [23] Zaugra N. Nancy va ouvrir une maison d'accueil ouverte 24h/24h pour les femmes victimes de violences. 2020. [En ligne]. (Consulté le 19/04/2021); Disponible sur : [https://actu.fr/grand-est/nancy\\_54395/nancy-va-ouvrir-une-maison-d-accueil-ouverte-24h-24h-pour-les-femmes-victimes-de-violences\\_36436336.html](https://actu.fr/grand-est/nancy_54395/nancy-va-ouvrir-une-maison-d-accueil-ouverte-24h-24h-pour-les-femmes-victimes-de-violences_36436336.html)

[24] Lancement de la campagne d'information sur la lutte contre les violences faites aux femmes « Osez en parler ». Nov 2011. [En ligne]. (Consulté le 19/04/2021); Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/07/dossierpresse-2.pdf>

## **ANNEXES**

**ANNEXE I : QUESTIONNAIRE.**

**ANNEXE II : PROTOCOLE MERCY.**

**ANNEXE III : PROPOSITION DE NOUVEAU PROTOCOLE.**

**ANNEXE IV : QCM CORRIGES.**

**ANNEXE V : PROPOSITION DE DEPLIANT PATIENT.**

## ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

### QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je suis Babette, étudiante sage-femme en 5<sup>ème</sup> année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je mène une enquête sur les ressources documentaires disponibles à la maternité de Mercy pour les prises en charge de femmes victimes de viol.

Je vous serai très reconnaissante si vous répondez à ce questionnaire. Comptez 5 à 10 minutes.

1. En quelle année avez-vous obtenu votre DE de Sage-femme ?
2. En quelle année êtes-vous entré(e) au CHR Metz-Thionville ?
3. Dans quel(s) service(s) exercez-vous ou avez-vous exercé au CHR Metz-Thionville ?  
(Plusieurs réponses possibles)
  - Consultations
  - UGO
  - GHR
  - Salle de Naissance
  - Suites de Couches
  - Autre :
4. Dans la maternité, existe-t-il des ressources documentaires disponibles pour vous aider à la prise en charge des femmes victimes de viols ?
  - OUI
  - NON
  - je ne sais pas
5. Si oui, sous quel format sont-elles disponibles ?
  - Papier
  - Informatique
6. Existe-t-il un protocole ou une procédure de prise en charge immédiate ou à distance d'une femme victime de viol ?
  - OUI
  - NON
7. Citez les autres ressource(s) qui sont à votre disposition ?

---

---

---

8. Comment les qualifieriez-vous ? (cochez votre réponse pour chaque qualité)

<b>Satisfaction</b>	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
<b>Qualité</b>				
Complètes				
Claires				
Adaptées aux situations de viol				
A jour				
Disponibles facilement				

9. En vous aidant de vos réponses précédentes, citez au minimum 3 améliorations que vous souhaiteriez apporter aux ressources documentaires :

-  
-  
-

10. Concernant les démarches juridiques : (plusieurs réponses possibles, entourez les lettres des propositions justes)

a. Est considéré comme viol :

A – une relation sexuelle non consentie

B – une relation sexuelle sans pénétration

C – une relation sexuelle avec un mineur

D – un acte de pénétration sous la menace ou la contrainte

E – Un acte de pénétration par la violence ou par surprise

b. Un auteur de viol risque :

A- Une sanction identique à celle d'un auteur de violence sexuelle.

B- Une sanction jusqu'à 15 ans d'emprisonnement

C- De voir son crime inscrit à son casier judiciaire

D- Une peine de prison à perpétuité

E- Une amende de 75.000€

c. La victime de viol :

A- Bénéficie automatiquement d'une ordonnance de protection

B- Bénéficie jusqu'à 20 ans pour porter plainte

C- Bénéficie d'aides financières pour les frais engendrés par la prise en charge judiciaire

D- Bénéficie obligatoirement d'un suivi psychologique

E- Bénéficie obligatoirement de l'anonyme tout le long du procès

11. Quelle(s) information(s) médico-psycho-sociales sur le plan juridique pouvez-vous apporter à une femme victime de viol si elle se confie à vous immédiatement après l'agression ?

---

---

---

12. Avez-vous connaissance de site(s) internet qui offre(nt) de l'aide aux victimes de viol(s) ?

OUI

NON

Si oui, citez lesquels :

---

---

---

13. Avez-vous connaissance d'association(s) qui offre(nt) de l'aide aux victimes de viol(s) ?

OUI

NON

Si oui, citez lesquelles :

---

---

---

14. Comment qualifieriez-vous votre prise en charge de femmes victimes de viol(s) ?  
(plusieurs réponses possibles)

Aisée

Plutôt aisée

Peu aisée

Pas aisée

Précisez votre réponse :

---

---

---

15. Avez-vous déjà participé à une formation continue sur la prise en charge de femmes victimes de viol(s) ?

- OUI
- NON

**Si oui**, précisez l'intitulé de la formation et l'organisme organisateur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si non,** précisez pour quel motif :

\_\_\_\_\_

16. Avez-vous été formée au cours de votre formation initiale sur la prise en charge de femmes victimes de viols ?

- OUI
- NON

Si oui, précisez en quelques mots les points abordés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Formulez ici vos remarques en lien avec le thème du sujet du mémoire ?

\_\_\_\_\_

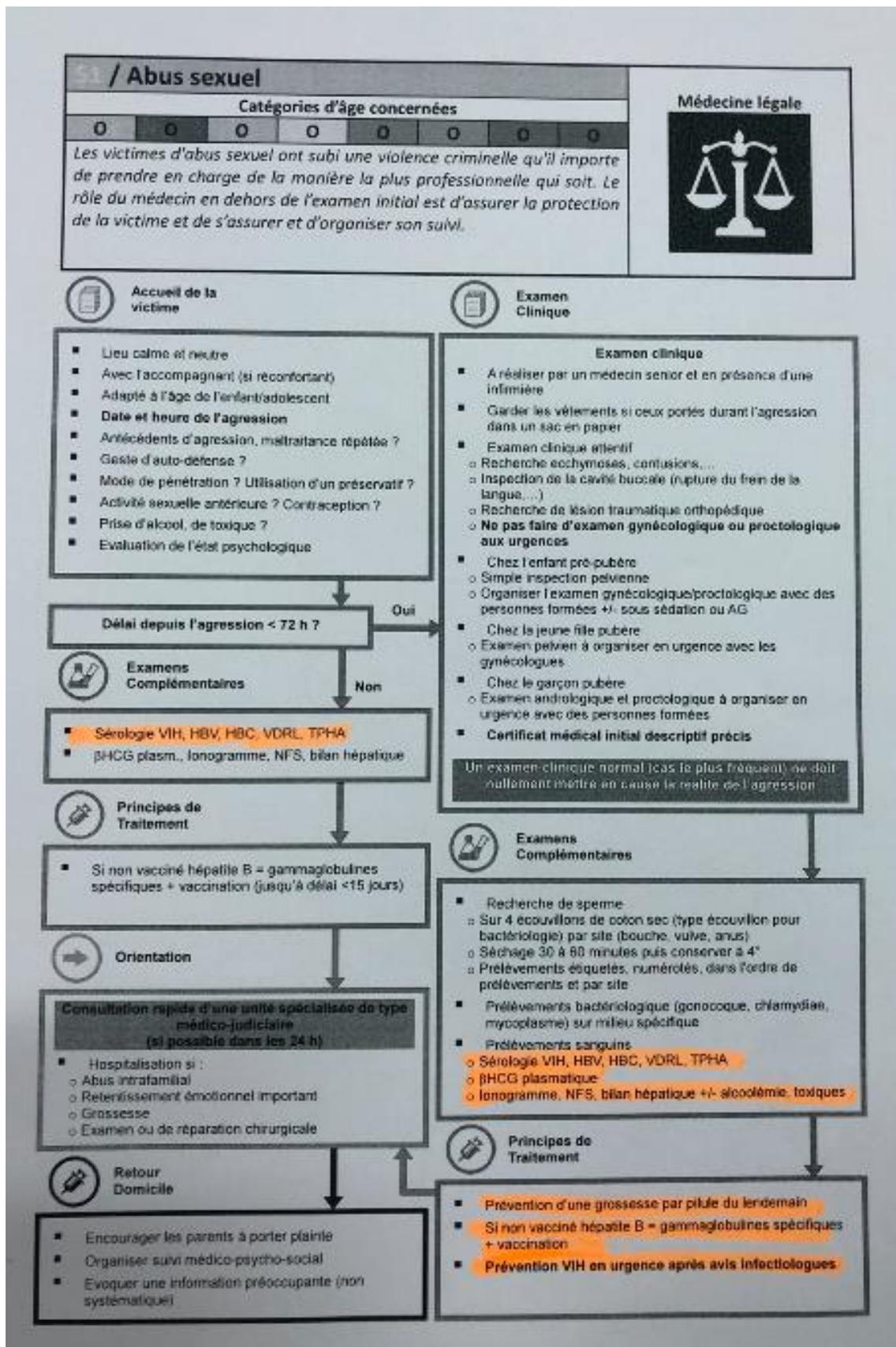
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci pour votre participation.

Si vous souhaitez de plus amples informations pour la suite de cette étude, je reste à votre disposition à l'adresse suivante : [babettekremer0397@gmail.com](mailto:babettekremer0397@gmail.com)

## ANNEXE II : PROTOCOLE MERCY.



## REFERENCES

Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.

## DEVELOPPEMENT

Cas de la femme victime de viol, qui a déposé plainte auprès de la Police ou de la Gendarmerie :

La police ou la Gendarmerie prend contact avec l'UMJ (ou le médecin légiste d'astreinte en dehors des heures d'ouverture de l'UMJ), afin que la victime soit examinée dans les plus brefs délais.

Le médecin légiste réalise, sur réquisition, la prise en charge médico-légale qui comprend :

- Un examen clinique complet (y compris gynécologique) à la recherche des lésions de violence,
- Des prélèvements médico-légaux (recherche ADN, prélèvements urinaires et sanguins à la recherche de toxiques).

L'UMJ n'est pas un service de soins.

De ce fait la victime est ensuite orientée vers les urgences de THIA LEGQUEST (aux heures d'ouverture) ou vers l'UGO, pour la prise en charge médicale (pilule du lendemain, sérologies MST, antibiothérapie, tri thérapie VIH) accompagnée d'un courrier de liaison remis à la victime.

Cas de la femme victime de viol, qui n'a pas déposé plainte, et se présente au SAU :

Elle est dirigée vers l'UGO de l'Hôpital Femme Mère Enfant de Metz.

Cas de la femme victime de viol, qui n'a pas déposé plainte, et se présente à l'UGO :

Deux possibilités :

➤ *la victime ne veut pas porter plainte :*

L'UGO gère la partie médicale (pilule du lendemain, sérologies MST, antibiothérapie, tri thérapie VIH).

Il n'est pas établi de certificat descriptif. La police ou la gendarmerie n'est pas prévenue. L'UMJ n'intervient pas.

Cas particulier des mineures, des personnes particulièrement vulnérables du fait de leur âge ou de leur état de santé physique ou psychique : le médecin peut faire un signalement au procureur de la République en l'absence de l'accord de la victime, mais il n'est pas obligé de le faire. L'obligation de faire un signalement ne concerne que les cas où il y aurait un péril imminent pour la victime.

➤ *la victime souhaite porter plainte :*

L'UGO gère la partie médicale (pilule du lendemain, sérologies MST, antibiothérapie, tri thérapie VIH).

Puis ils préviennent la gendarmerie de COURCELLES CHAUSSY au 03 87 64 00 16.

La gendarmerie appelle le médecin légiste (ou l'UMJ pendant ses heures d'ouverture) pour la partie médico-légale et envoie la réquisition à l'UMJ (ou la remet en mains propres au médecin légiste).

La liste d'astreinte des médecins légistes est envoyée mensuellement à l'UGO, dans les gendarmeries et commissariats ainsi qu'au Parquet.

## ANNEXE III : PROPOSITION DE NOUVEAU PROTOCOLE

Protocole de prise en charge d'une personne victime de viol.
<i>Le viol est un acte de pénétration sexuelle commis sur une victime avec violence, contrainte, menace ou surprise selon l'article 222-23 du code pénal. Les peines encourues par l'agresseur sont en principe de 15 ans mais des circonstances aggravantes peuvent allonger la peine jusqu'à 20 ans</i>

### Accueil de la victime :

- Prise en charge de la victime dans le service des urgences gynéco-obstétricales de l'hôpital femme-mère-enfant de Mercy. Ne surtout pas faire d'examen gynécologique ou proctologique aux urgences adultes.
- Adapter le lieu de prise en charge qui doit être calme et adapté à l'âge de la victime. Permettre un accompagnant si celui-ci est réconfortant.
- Si la victime souhaite porter plainte : appeler la gendarmerie de Courcelle Chaussy au 03.87.64.00.16, si le viol est récent ils se déplaceront pour prendre la déposition de la patiente, la situation est évaluée au cas par cas.
- S'ils ne se déplacent pas, réaliser une anamnèse dans laquelle il faut :
  - Noter la date et l'heure de l'agression, les antécédents d'agression ou de maltraitance.
  - Demander à la victime de préciser le ou les modes de pénétration, l'utilisation ou non d'un préservatif et le risque de grossesse en fonction de son type de contraception si la victime est une femme en âge de procréer. Demander à la victime si elle était sous emprise d'alcool ou de toxique par sa propre volonté ou de manière contrainte.
  - Essayer de comprendre les circonstances de l'agression, son déroulement, les événements associés, le comportement après l'agression (toilette, changement de vêtements..) signes fonctionnels après l'agression (douleurs, saignements..)
  - Évaluation de l'état psychologique de la victime.
- À noter : il est possible mais pas obligatoire d'enregistrer et de filmer l'entretien réalisé avec un **enfant** pour éviter sa répétition.

### Si l'agression a eu lieu moins de 72h avant la prise en charge :

- Examen clinique à réaliser par un médecin sénior et en présence d'une sage-femme ou d'une infirmière :
  - Garder les vêtements portés lors de l'agression dans un sac en papier
  - Recherche d'ecchymoses, de contusion. Inspection de la cavité buccale (rupture du frein de langue ...), recherche de lésions traumatiques orthopédiques, examen gynécologique à réaliser par un gynécologue, le toucher vaginal et le toucher rectal ne sont pas obligatoires.
  - Description précise de toutes les lésions observées.
  - Chez l'enfant pré-pubère : simple inspection pelvienne et éventuellement organiser un examen gynécologique dans les conditions adaptées à la situation (analgésie, accompagnement ...).
  - Certificat médical initial descriptif précis.
  - ATTENTION : un examen clinique sans particularité ne doit pas remettre en cause la réalité de l'agression !
- Examens complémentaires :
  - Recherche de sperme sur 4 écouvillons secs par site (bouche, vulve, anus) avec un séchage pendant 30 à 60 minutes puis une conservation à 4°. Identito-vigilance avec étiquetage des prélèvements en précisant l'ordre de prélèvement. Les prélèvements sont réalisés par nombre pairs pour permettre une contre-expertise, ils sont placés sous scellés et remis à l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest qui se chargera des prélèvements supplémentaires permettant d'identifier l'agresseur dans le cas où la victime souhaite porter plainte.

- Prélèvements bactériologiques : gonocoque, chlamydiae, mycoplasmes sur milieu spécifique.
  - Prélèvements sanguins : Sérologies VIH, HBV, HBC, VDRL, TPHA, betaHCG plasmatiques, ionogramme, NFS, bilan hépatique ( ce bilan pré-thérapeutique est utile avant une éventuelle thérapie antirétrovirale) et éventuellement alcoolémie et toxiques.
- Traitements de principe :
- Prévention d'une grossesse avec une contraception d'urgence
  - Antibiothérapie présomptive sur avis du médecin
  - Si absence de vaccination hépatite B : gammaglobulines spécifiques + vaccination
  - Prévention VIH en urgence après avis des infectiologues.

#### Si l'agression a eu lieu plus de 72h avant la prise en charge :

- L'examen cliniques n'est pas nécessaire hors signe d'appel décelé à l'anamnèse ou demande de la victime.
- Examens complémentaires : Sérologies VIH, HBV, HBC, VDRL, TPHA, betaHCG plasmatiques.
- Principe de traitement : contraception d'urgence si le délai le permet encore. Si absence de vaccination hépatite B : gammaglobulines spécifiques et vaccination (dans un délai de moins de 15jours)

Dans tous les cas une hospitalisation de la victime peut être nécessaire dans le cadre d'abus familiaux, de retentissement émotionnel important, de grossesse ou de nécessité de chirurgie de réparation, l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest est alors contactée.

#### Orientation de la victime :

La victime doit être prise en charge à l'UGO de l'hôpital femme-mère-enfant de Metz comme décrit ci-dessus.

Prescription d'un arrêt de travail si nécessaire

- Si la victime ne souhaite pas porter plainte :
  - Encourager la victime ou ses parents/accompagnant à porter plainte.
  - Organiser un suivi médical avec un suivi des risques de grossesse, un suivi sérologique avec contrôle des sérologies effectuées à 1 mois, 3 mois et 6 mois.
  - Proposer un suivi psychologique, proposer des sites internet, des associations et des numéros de téléphone à contacter pour obtenir soutien et aide psychologique ou dans les démarches à suivre si la victime souhaite porter plainte dans le futur en précisant qu'elle peut le faire dans un délai de 20 ans après l'agression. Informations disponibles à la fin de ce protocole et/ou sur le dépliant patient.
  - Évoquer si nécessaire la création d'une fiche d'information préoccupante.
  - La police n'est pas prévenue, la gendarmerie n'est pas prévenue, l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest n'est pas prévenue.
- Si la victime souhaite porter plainte :
  - Appel à la gendarmerie de Courcelles Chaussy au 03.87.64.00.16 : c'est la gendarmerie qui appelle le médecin légiste et contacte l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Legouest.
  - La patiente est redirigée et prise en charge par l'hôpital Legouest sur rendez-vous.

#### Ressources à donner aux patientes :

- Numéro vert : 0 800 05 95 95 disponible du lundi au vendredi de 10h à 19h (gratuit et anonyme)
- Collectif féministe contre le viol
- Victime de viol.fr

- Service-public.fr : viol commis sur une personne majeure
- **AIEM Inform'elles**
- 03.87.35.05.64  
10 rue Mazelle [informelles@association-aiem.fr](mailto:informelles@association-aiem.fr) <https://www.informelles.org>
- **CIDFF de Metz -Thionville** 03 87 76 03 48  
24 rue du Wad Billy [ciff-cidf.metz@wanadoo.fr](mailto:ciff-cidf.metz@wanadoo.fr)
-

## ANNEXE IV : QCM CORRIGES.

18. Concernant les démarches juridiques : (plusieurs réponses possibles, entourez les lettres des propositions justes)

a. Est considéré comme viol :

A – une relation sexuelle non consentie VRAI

B – une relation sexuelle sans pénétration FAUX (c'est une agression sexuelle)

C – une relation sexuelle avec un mineur FAUX

D – un acte de pénétration sous la menace ou la contrainte VRAI

E – Un acte de pénétration par la violence ou par surprise VRAI

b. Un auteur de viol risque :

F- Une sanction identique à celle d'un auteur de violence sexuelle. FAUX

G- Une sanction jusqu'à 15 ans d'emprisonnement FAUX (cette peine peut être allongée avec des circonstances aggravantes)

H- De voir son crime inscrit à son casier judiciaire VRAI

I- Une peine de prison à perpétuité VRAI

J- Une amende de 75.000€ FAUX

c. La victime de viol :

F- Bénéficie automatiquement d'une ordonnance de protection FAUX

G- Bénéficie jusqu'à 20 ans pour porter plainte VRAI

H- Bénéficie d'aides financières pour les frais engendrés par la prise en charge judiciaire VRAI

I- Bénéficie obligatoirement d'un suivi psychologique FAUX

J- Bénéficie obligatoirement de l'anonyme tout le long du procès FAUX

## ANNEXE V : PROPOSITION DE DEPLIANT PATIENT

### PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOL À L'HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT DE METZ - À DESTINATION DES VICTIMES -

Le viol est un acte de pénétration sexuelle commis sur une victime avec violence, contrainte, menace ou surprise selon l'article 222-23 du code pénal.

**Les peines encourues par l'agresseur sont en principe de 15 ans mais des circonstances aggravantes peuvent allonger cette peine.**

#### SI VOUS SOUHAITEZ PORTER PLAINTÉ CONTRE VOTRE AGRESSEUR

Le viol est un crime puni par la loi. Vous êtes encouragé(e) à porter plainte mais ce n'est pas une obligation. Votre plainte sera entendue, c'est une obligation, vous ne serez pas jugé(e) pour les actes de votre agresseur.

Après avoir été vu(e) par un médecin, c'est la gendarmerie de Courcelle Chaussy qui vous prendra en charge, récupérera les preuves et vous conduira à l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Lequeux qui mettra tout en œuvre pour tenter d'identifier votre agresseur et ainsi de faire suite à votre dépôt de plainte.

Comprenez que les urgences gynéco-obstétricales de Mercy prendront en charge votre état de santé et que l'unité médico-judiciaire vous aidera pour l'aspect judiciaire qui découle de votre plainte.

#### VOUS NE SOUHAITEZ PAS PORTER PLAINTÉ

C'est votre droit. Si vous changez d'avis vous avez jusqu'à 20 ans après que l'acte a été commis pour le faire. Malheureusement les preuves permettant d'identifier votre agresseur seront moindres à ce moment. Si vous avez besoin d'aide, d'en parler, de soutien psychologique, des contacts sont ajoutés →

#### À Mercy :

Rendez-vous dans le service des urgences gynéco-obstétricales de l'hôpital femme-mère-enfant.

Si vous vous êtes rendu aux urgences adultes ils vont redirigerons vers ce service.

Vous serez reçu(e) par un médecin et une sage-femme qui s'assureront de votre état de santé et qui demanderont les analyses nécessaires et organiseront un suivi médico-psycho-social adapté à votre situation.

#### CONSEILS:

Si l'agression vient de se produire, gardez vos vêtements, ne vous lavez pas, garder tout ce qui pourrait constituer une preuve contre votre agresseur (messages, photo...) N'hésitez pas à demander de l'aide, médicale, psychologique ou pour les démarches à suivre, vous n'êtes pas seul(e).

#### BESOIN D'AIDE ?

##### Contacts

Numéro vert gratuit et anonyme : 0 800 05 95 95

Information juridiques : CIDFF de Metz-Thionville, 03.87.76.03.48 [ciff-cidf.metz@wanadoo.fr](mailto:ciff-cidf.metz@wanadoo.fr)

Associations :

AIEM Informelles, 0387350564 [informelles@association-aiem.fr](mailto:informelles@association-aiem.fr) <https://www.informelles.org>

Toute la procédure sur site : [service-public.fr](http://service-public.fr) viol commis sur une personne majeure



**État des lieux des besoins des sages-femmes hospitalières en termes de ressources pour la prise en charge des femmes ayant subi un viol au cours de leur vie.**

**RESUME**

**Introduction :** Le viol est un crime dont la prévalence est estimée à 3,9% des femmes et 0,6% des hommes. La prise en charge de ce type de situation est difficile et concerne un certain nombre de professionnels de santé dont font partie les sages-femmes. Quels sont les moyens disponibles en milieu hospitalier pour aider les sages-femmes qui prennent en charge les femmes déclarent avoir subi un ou des viol(s) au cours de leur vie ?

**Méthode :** Nous avons mené une étude quantitative descriptive afin de faire un état des lieux des besoins des sages-femmes concernant les ressources dont elles disposent au sein de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy pour permettre la prise en charge de ces victimes.

**Résultats :** La satisfaction générale ressources à disposition des sages-femmes semblait insuffisante mais l'échantillon de population étudiée était insuffisant pour que les résultats de cette étude soient significatifs. Les ressources ont néanmoins été qualifiées de peu accessibles, incomplètes et peu adaptées par une majorité des sages-femmes interrogées. Il semble également que les sages-femmes formées à ce sujet et ayant de bonnes connaissances soient plus à l'aise dans leur exercice.

**Conclusion :** Si des ressources sont à la disposition des sages-femmes, celles-ci méritent d'être révisées et mieux diffusées. Une formation spécifique commune à différents professionnels en charge de ces patientes est à envisager.

**MOTS CLES : Viol, Sage-femme, Protocole, Pratique professionnelle, Connaissances**

**ABSTRACT :**

**Introduction:** rape is a crime with an estimated prevalence of 3.9% of women and 0.6% of men. Dealing with this type of situation is difficult and concerns several health professionals, including midwives. What resources are available in hospitals to help midwives who deal with women who report having been raped during their lives?

**Method:** we conducted a quantitative descriptive study to assess the needs of midwives regarding the resources available to them at the Mercy mother and child hospital for the care of these victims.

**Results:** the general satisfaction with the resources available to midwives appeared to be insufficient but the population studied was insufficient for the results of this study to be meaningful. Nevertheless, the resources were described as poorly accessible, incomplete, and inadequate by a majority of the midwives interviewed. It also appears that midwives who followed a formation and who acquired knowledge by themselves about rape and abuse are more comfortable in their practice.

**Conclusion:** while there are resources available to midwives, these need to be revised and to be available in an easier way. Specific training for different professionals dealing with these patients should be considered.

**KEY WORDS: Rape, Midwife, Protocol, Professional practice, Knowledge**