



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Violences conjugales : Audit des pratiques dans les maternités du réseau Aurore

Tatiana ENJOLVY

Née le 20 Juin 1996

Promotion 2016-2020

RUAT Nadine, Sage-femme, Hôpital de Vienne

SEVELLE Bérangère, Sage-femme, Bourg-en-Bresse

Directrice de mémoire

Enseignante

Remerciements

J'adresse mes remerciements,

A **Bérangère SEVELLE**, sage-femme formatrice et référente de ce mémoire. Merci pour votre accompagnement, soutien et encouragement dans les moments difficiles.

A **Nadine RUAT**, sage-femme et directrice de ce mémoire. Merci pour vos avis et votre soutien mais également pour votre formation et vos conseils lors de mes différents stages.

A **toutes les équipes et les professionnels** qui ont pris le temps de participer à ce mémoire.

A **toute l'équipe enseignante de l'école de Bourg-en-Bresse**, pour votre accompagnement pendant ces 4 années.

A **Olivia, Marie, Marion, Amandine, Manon, Mathilde, Clémence, Cécile, Noémie et Pauline** pour ces 4 années passées ensemble, pour tous ces moments de rire, de joie et de bonne humeur. Mention particulière pour **Marie, Lysa et Louise**, merci d'avoir partagé un merveilleux voyage avec moi, voyage dont je me souviendrai toute ma vie.

A **Fanny, Emilie, Cassandra et Floriane**, ces années de médecine nous auront apportées autant de joie, de rire que de pleurs. Merci pour tout.

A **ma famille et surtout mes parents, mon frère et mes sœurs**, qui m'ont encouragée, soutenue et supportée pendant ces 6 années d'étude dans les bons comme les mauvais moments.

A **Mickaël**, pour avoir supporté tous mes moments de stress et de m'avoir toujours encouragée.

A toutes les personnes que je ne peux citer mais qui m'entourent chaque jour, **MERCI !**

Table des matières

I-	Introduction	1
II-	Matériel et Méthodes	3
III-	Résultats	4
1)	Résultats Quantitatifs	4
1.1)	Les maternités participantes	4
1.2)	Les connaissances de la circulaire	4
1.3)	Présence du référent violences conjugales en maternité	5
1.4)	Les moyens utilisés pour parler des violences conjugales.....	5
1.5)	Les aides lors d'une prise en charge.....	6
1.6)	Les difficultés rencontrées	6
1.7)	La nécessité d'une formation	8
2)	Résultats Qualitatifs	9
2.1)	Echantillon étudié.....	9
2.2)	La définition des violences	9
2.3)	Les éléments de la prise en charge	10
2.4)	Les limites rencontrées	14
2.5)	Le rôle de la référente en maternité	17
IV-	Discussion	18
4.1)	Limites et points forts de l'étude	18
4.2)	Discussion des résultats avec la littérature	18
4.3)	Propositions et perspectives	24
V-	Conclusion	26

Abréviations

AURORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional

DIU : Diplôme Inter Universitaire

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

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

PMI : Protection Maternelle et Infantile

I- INTRODUCTION

« Il existe une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable », Ban Ki-moon.(1)

Les violences conjugales sont définies comme des violences, qu'elles soient physiques, sexuelles, verbales, psychologiques ou économiques ; elles sont à la fois récurrentes, souvent cumulatives et s'aggravent rapidement. Les violences au sein du couple sont inscrites dans un rapport de force asymétrique avec une notion de dominant/dominé. Le dominant crée un climat de peur et de tension permanent sur sa victime. Celle-ci est alors entraînée dans un cercle de violences, d'angoisse et de pression constant qui génère du stress, de la culpabilité, un isolement, une perte d'autonomie et également une perte de l'estime de soi. (2)(3)

Dans le monde, 38% des homicides des femmes sont commis par un compagnon ou ex-compagnon intime(4). En Europe, selon une étude de l'Agence des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, 31% des femmes sont touchées par des violences conjugales(5) . En France, d'après une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) réalisée de 2012 à 2018, nous estimons que 219 000 femmes sont victimes de violences conjugales. En 2018, 213 000 femmes majeures déclarent avoir subi des agressions par leur conjoint ou leur ex-conjoint et 121 femmes ont été tuées(6). En 2019 lors de l'écriture de ce mémoire, l'association Nous Toutes a recensé 149 féminicides.

Pendant cette année, la France a adopté des nouvelles mesures pour la protection des femmes victimes de violences à travers le Grenelle des violences conjugales. L'une des premières mesures, comme l'indique Mr Philippe, 1^{er} ministre, « a été de briser la chaîne du silence et de libérer la parole des victimes et des proches, des associations, des institutions, des experts, des policiers et des magistrats ».(7)

Les maternités sont regroupées dans des réseaux selon leur région. Il existe de nombreux réseaux comme Aurore, RP2S ou ELENA etc. L'objectif de travailler en réseau est d'optimiser la continuité et la prise en charge des patientes lors d'un transfert par exemple. Le réseau dont nous allons parler, est le réseau Aurore qui regroupe 34 maternités privées ou publiques dans la région Auvergne-Rhône Alpes. (8)

Le personnel soignant est au contact de la femme pendant une période de vulnérabilité physique et psychique. Nous savons que la grossesse est un facteur d'augmentation des violences au sein du couple. Ces violences ont des répercussions connues telles qu'une augmentation de la prématurité, de la morbidité et de la mortalité associée à une augmentation du nombre de consultations en urgence pour divers motifs. (2)(9)

L'évolution des compétences de la sage-femme hospitalière ou en libéral permet le suivi de la patiente tout au long de sa vie. Un lien de confiance s'établit entre ces deux personnes, ce qui peut amener à faire le dépistage de ces violences et les prendre en charge le plus tôt possible. De plus, la femme enceinte a un suivi mensuel avec une sage-femme lorsque sa grossesse est eutocique et c'est souvent le premier professionnel soignant que la patiente rencontre lorsqu'elle arrive aux urgences gynécologiques ou en salle de naissance. C'est la sage-femme qui, lors d'une première rencontre, va faire le dépistage de ces violences. En effet, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage des violences doit être effectué systématiquement et devant tout signe évocateur puisque les violences touchent toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur profession, leur statut socio-économique, leur orientation sexuelle, leur origine sexuelle, leur handicap etc. (10)(11)

En plus de ce dépistage, les recommandations préconisent de montrer son implication face à ce sujet : mettre des affiches en salle d'attente, des brochures d'information etc.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer la prise en charge de ces femmes victimes de violences dans les maternités du réseau Aurore. Les recommandations sont-elles majoritairement suivies par toutes les maternités ? Les équipes soignantes rencontrent-elles des difficultés ?

Nos hypothèses de début de travail consistent dans le fait qu'il existe une méconnaissance des recommandations pour la plupart des établissements, par manque de formation du personnel ou par absence de moyens mis en place pour une prise en charge optimale des patientes.

II- MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative basée sur un questionnaire et des entretiens semi-directifs.

Notre population cible concerne les 34 maternités du réseau Aurore. Elle comprend des maternités privées, publiques et des centres de périnatalité. Les cadres ainsi que les sages-femmes pouvaient répondre à l'étude. Par contre, les référents violences ne travaillant pas dans une maternité étaient exclus.

Dans un premier temps, un questionnaire comprenant 11 interrogations a été envoyé aux cadres des 34 maternités du réseau Aurore sous la forme d'un Google Form consultable en annexe n° 1. Celui-ci était envoyé par mail via un lien avec un accès direct sur internet ou sous format Word lorsque le lien ne fonctionnait pas. Deux relances ont été nécessaires pour obtenir le maximum de réponses.

Ce questionnaire permettait d'obtenir une note sur 19 et ainsi d'établir un classement des différentes maternités ; plus la note est élevée et plus la maternité est compétente. Les questions permettaient de mettre en évidence les connaissances des maternités sur les recommandations nationales, les moyens de dépistage et les outils utilisés lors de la prise en charge d'une patiente.

Dans un second temps, nous avons sélectionné les maternités qui avaient obtenu la note la plus élevée et celles ayant obtenu la note la plus basse ainsi que deux professionnels travaillant dans la même maternité mais dont la note finale est différente. Après l'accord des professionnels, un entretien semi-directif a été réalisé grâce à une trame consultable en annexe n°2. L'objectif était de comprendre leur prise en charge mais également les freins et les difficultés rencontrés.

Au début de chaque entretien, qu'il soit physique ou téléphonique, il était précisé que celui-ci était enregistré et serait immédiatement retranscrit de façon anonyme, chaque personne interrogée a été renommée par une lettre, sur un fichier Word après réécoute et retranscription grâce au logiciel Otranscribe. Une grille de données a ensuite permis l'analyse des informations.

III- RESULTATS

1) RESULTATS QUANTITATIFS

1.1) LES MATERNITES PARTICIPANTES

Sur les 34 maternités du réseau Aurore, nous avons collecté 20 questionnaires exploitables. Sur ces 20 réponses, 3 maternités ont répondu en double ; cela signifie que 17 maternités, soit la moitié de la population interrogée, ont répondu à l'étude.

Voici la liste des maternités qui ont répondu : HPDA-Ggranges, Centre hospitalier de Valence, Hôpital Drôme Nord-Site de Romans, Clinique St Charles – Roussillon, Hôpital Nord-Ouest- Villefranche, Clinique Natécia Lyon Nord – Rillieux, centre hospitalier Lucien Husel- Vienne, Hôpital de la Croix-Rousse, Centre hospitalier Ste Foy les Lyon, Centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey-Oyonnax, Centre périnatal de Die, Centre périnatal de Tournon, centre hospitalier de Fleyriat- Bourg-en-Bresse, Centre hospitalier de Givors, Centre périnatal du centre hospitalier Yves Tournaine- Pont de Beauvoisin, Clinique du Val D'Ouest et Centre hospitalier St Joseph- St Luc.

Nous avons des réponses de différents niveaux de maternité, des centres de périnatalité et également de cliniques privées, ce qui nous permet d'avoir un groupe hétérogène.

Selon les scores obtenus à la suite des réponses du questionnaire, un classement a été établi mais, au vu des réponses manquantes, celui-ci peut-être modifié et ne reflète pas la qualité des prises en charge des maternités.

Les scores vont de 3 à 13 sur 19 points avec une moyenne de 7,12. Neuf maternités sont en dessous de celle-ci et 8 maternités sont au-dessus.

1.2) LES CONNAISSANCES DE LA CIRCULAIRE

Sur les 17 maternités, 12 connaissent l'existence de la circulaire n° 2015-345 du 25 Novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes. Cependant seulement 8 maternités peuvent nous donner les grandes lignes de la circulaire et une seule connaît les 3 objectifs.

Sur les 17 maternités seulement 8 ont connaissance du référent « violences faites aux femmes » dans leur établissement et 6 ont entrepris des démarches conjointes pour l'amélioration de la prise en charge de ces patientes.

Les démarches sont variées selon l'établissement, comme la création d'un protocole interne, la proposition d'hébergement en urgence depuis Novembre 2019 ou le travail en réseau avec les associations locales depuis Janvier 2019.

1.3) PRESENCE DU REFERENT VIOLENCES CONJUGALES EN MATERNITE

Sur les maternités interrogées, 6 ont mis en place un référent dans leur service. Dans ces établissements, nous notons que les moyens de sensibilisation sur les violences conjugales et les moyens de prise en charge sont plus développés et variés.

En effet, lorsqu'un référent est présent, l'évocation systématique des violences est mise en place et lors des prises en charge divers organismes sont associés, telles que les associations d'aide aux victimes.

1.4) LES MOYENS UTILISES POUR PARLER DES VIOLENCES CONJUGALES

Seules 2 maternités n'utilisent aucun des outils proposés dans le questionnaire. L'outil majoritairement utilisé est les affiches dans les salles d'attente (annexe 4) et 9 maternités sur 17 évoquent systématiquement la question des violences lors de la rencontre avec la patiente.

Moyens pour renseigner autour des violences	Résultats (/17)
Affiches en salle d'attente	10
Brochure à destination des patientes	6
Affiche de sensibilisation des soignants	3
Brochure d'information avec liste des ressources locales	5
Evocation systématique lors de la rencontre avec la patiente	9
Aucun	2

Tableau 1 : les différents outils pour renseigner sur les violences conjugales

1.5) LES AIDES LORS D'UNE PRISE EN CHARGE

Toutes les maternités du réseau Aurore font appel à l'assistante sociale et la Protection Maternelle et Infantile (PMI) lorsqu'elles sont face à des situations de violence. Sept maternités se tournent vers le référent de l'établissement, 10 se rapprochent des associations d'aide aux victimes et 5 se feront aider par la police, la gendarmerie ou le procureur.

Les moyens papiers, tel que le protocole Aurore ou propre au service (s'il existe) sont très peu utilisés.

Moyens utilisés lors de la PEC	Résultats (/17)
Associations d'aide aux victimes	10
Référent violences conjugales	7
Assistance sociale, PMI	17
La police, gendarmerie, procureur	5
Protocole Aurore pour la PEC	4
Protocole propre au service	1
Protocole d'aide à l'élaboration du certificat médical	2
Aucun	0

Tableau 2 : Les différents moyens d'aide pour la prise en charge des femmes victimes de violence.

1.6) LES DIFFICULTES RENCONTREES

Une question ouverte permettait aux personnes d'exprimer les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de patientes victimes de violences. Nous avons fait ressortir 4 thèmes principaux :

La 1^{ère} difficulté est de faire face à la patiente qui ne se sent pas victime :

- « Souvent ne veulent pas d'aide, ne veulent pas porter plainte, refusent les liens »
- « Les difficultés à se reconnaître en tant que victimes »
- « Difficulté lorsque l'on sent que les patientes ont quelque chose à confier mais qu'elles n'osent pas »
- « Les patientes en parlent très peu, elles ont peur »
- « Difficile lorsque les patientes ont relaté des violences et qu'elles basculent à nouveau dans la phase de "lune de miel" ou qu'elles retirent leur plainte. »

La 2^{ème} difficulté qui revient le plus est le manque de connaissance de la prise en charge :

- « Pas assez de conduite à tenir sur cette thématique »
- « Méconnaissance des ressources locales, associations ... »
- « Malgré les petites formations / protocoles, on se sent bien seule quand on est avec la patiente et qu'on doit faire le certificat »

La 3^{ème} difficulté concerne la mise en place du réseau multidisciplinaire :

- « Lenteur de l'organisation de réunion de coordination avec les différents services »
- « Manque de communication entre les différents services au sein du CH »
- « Les petites structures ne disposent pas de l'étayage d'autres services pour la PEC, nous disposons d'une AS à 50% qui est référente, mais pas de service de médecine médico légale du vivant, pas de médecin référent à ce jour, etc... »

La 4^{ème} difficulté rencontrée est le manque de moyens mis à disposition :

- « Et la mise à l'abri des patientes demeure très compliquée compte-tenu du peu de places disponibles »
- « Pas de vraies solutions d'hébergement en urgence à part le service »

1.7) LA NECESSITE D'UNE FORMATION

Cette question ouverte permettait de savoir si les professionnels de santé ressentent le besoin de se former sur les violences conjugales.

La majorité des personnes interrogées ont indiqué un besoin d'inclure dans la formation continue une formation sur les violences soit sous forme de mise en situation soit sous forme de cours théoriques.

- « Il faudrait des mises en situation de recueil d'information et transcription par écrit car chaque mot a une valeur/signification. J'ai fait deux fois l'atelier de la journée Aurore au Sofitel mais face à la patiente, j'ai eu du mal à rédiger le certificat »
- « Mais toute formation qui permettrait une prise de conscience des soignants de l'ampleur du phénomène, d'aborder la question avec les patientes, sans être heurtant, les propos et gestes à éviter, les conduites à tenir »
- « Parcours patiente à éclaircir : Qui, quand, où, combien de temps »
- « Prise en charge des patientes mineures victimes de violence, connaître nos droits, nos devoirs »

Cinq professionnels aimeraient également des formations plus spécifiques et en rapport avec leur réseau local.

Les maternités qui possèdent une référente propre à la maternité ont mis en place des formations internes animées par celle-ci.

- « Nous avons organisé une soirée autour des violences afin de sensibiliser les soignants »
- « Formé par la SF référente »

2) RESULTATS QUALITATIFS

2.1) ECHANTILLON ETUDIE

Nous avons réalisé 4 entretiens auprès de 4 sages-femmes dont 2 d'une même maternité. Trois entretiens étaient téléphoniques et 1 entretien en face à face. Les entretiens ont duré entre 26 min et 1h03.

Dans notre échantillon, trois des sages femmes travaillent en salle de naissance, suites de couches et grossesse pathologique. La 4^{ème} sage-femme est la cadre supérieure de la maternité.

Elles ont toutes obtenu leur diplôme d'état de sage-femme entre 1989 et 2008. Une seule des sages-femmes à son DIU sur les violences faites aux femmes.

2.2) LA DEFINITION DES VIOLENCES

Les professionnels sont unanimes pour dire qu'il existe plusieurs types de violences : physique, psychique, sexuelle, morale et économique.

Mme X : « j'allais dire oui il y a plusieurs types dans le sens où il y a physique, morale, sexuelle, financière (...) Moi en tout cas c'est ça que je recherche chez les femmes. »

Mme Y : « alors je pense qu'il y a des violences physiques mais aussi verbales. (...) puis psychiques, ça peut être des paroles agressives, dévalorisations, chantages (...) peut être une pression financière, de liberté voilà je verrais ça comme ça »

Les deux référentes sages-femmes nous ont parlé d'une notion de domination de l'un envers l'autre avec une distinction à faire entre conflit et violence.

Mme W : « il faut faire le distinguo entre violence et conflit. Conflit tout le monde a le droit à la parole, on est à égalité. »

Mme Z : « C'est l'idée pour moi de quelqu'un qui domine une autre personne »

Une seule sage-femme nous a parlé de violences par répercussion sur les enfants.

Mme X : « Puis j'allais dire la violence sournoise justement par répercussion derrière sur les enfants ou ce genre de chose ».

2.3) LES ELEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge immédiate

Les quatre sages-femmes proposent une hospitalisation immédiate dans la maternité sous identité protégée et seulement une maternité peut proposer un hébergement d'urgence par la suite.

Mme Z : « en fonction de ce qu'elle nous dit ça mérite une urgence c'est à dire on fait aussi de l'hospitalisation, pour ce motif là (...) il va y avoir deux petits appartements qui sont en train d'être mis en place dans un foyer pour justement faire de l'hébergement un peu en semi urgence »

Trois des sages-femmes font le certificat médical soit toute seule, soit avec le gynécologue soit avec l'aide d'un médecin légiste.

Mme W : « nous on fait les certificats médicaux (...) on a aussi à l'hôpital un médecin légiste qui peut nous aider dans le cas par exemple d'ITT ce n'est souvent pas facile donc on peut faire appel à lui »

Concernant la retranscription dans le dossier, toutes le font uniquement sur accord de la patiente mais aucune des maternités ne possède une case ou un item précis sur les violences dans son dossier.

Mme Y : « le dossier patiente est ce qu'il y a justement des items dans le dossier patient informatisé sur les violences faites aux femmes. Aujourd'hui non ! »

Mme Z : « dans tous les dossiers, alors on n'a pas encore la case dédiée sur notre logiciel »

Si la patiente a déjà des enfants, deux des sages-femmes nous ont parlé du signalement. Une sage-femme propose une hospitalisation en pédiatrie. Et une sage-femme veut inclure dans son projet un partenariat renforcé entre le service de maternité et celui de pédiatrie.

Mme Y : « Enfin c'est ce qu'on s'est dit, quand il y a des violences ce sont des violences familiales donc ça peut toucher aussi bien la patiente, la maman que ses enfants d'où l'intérêt de travailler en Pôle. »

Mme W : « S'il y a vraiment une nécessité de mettre à l'abri toute la famille oui, on peut proposer l'hospitalisation à la maman et même hospitaliser les petits en pédiatrie, ou alors avec le 115. »

Une seule des sages-femmes nous a parlé du droit juridique de l'enfant à venir.

Mme X : « la grande difficulté c'est que l'enfant à naître n'étant pas personne juridique en France, ce qui présente l'intérêt de pouvoir faire des ITG quel que soit le terme de la grossesse mais du coup ne peut pas être protégé »

Les informations données

Sur les quatre sages-femmes seulement deux évoquent le 3919 lorsqu'elles donnent des informations aux patientes. Et une seule des sages-femmes leur donne également le numéro des urgences générales, le numéro des urgences obstétricales ainsi que l'adresse du site internet du gouvernement sur les violences conjugales.

Mme Z : « donner tout ce qui est police, gendarmerie le 17. On donne le numéro des assistantes sociales et des urgences, des urgences gynécologiques pour nous joindre parce que c'est génial, mine de rien on a normalement pas de temps d'attente et surtout on est ouvert 24h/24 voila, donc c'est intéressant et le site de vigilance-femme.gouv parce qu'en plus il est hyper bien dans le sens où il explique comment l'enlever de son historique »

Seules les deux référentes violences conjugales transmettent des informations sur les associations d'aide aux victimes à proximité de la maternité.

Mme W : « Donc on a des petites plaquettes qui sont toutes prêtes où il y a toutes les coordonnées des partenaires que l'on peut remettre aux patientes avec tous les numéros de téléphone et les personnes référentes. »

Les rappels de la loi ne sont évoqués que par les deux sages-femmes qui travaillent dans la même maternité. Une seule de ces sages-femmes évoque également la création d'un plan de secours en évoquant l'autonomie financière ou de garder des preuves concernant les violences.

Mme Z : « il faut vraiment qu'elle se protège avec ça, qu'elle garde tout ce qui est preuve : des appels répétés, des SMS, des emails, des échanges. Qu'elle n'hésite pas aussi du coup à garder sa petite autonomie qu'elle peut avoir c'est à dire si elle a un compte bancaire »

Le réseau pluridisciplinaire

Sur les trois maternités contactées, une des maternités a un système de partenariat avec une association d'aide aux victimes avec une assistante sociale référente à la maternité. Une autre a un service social dans l'hôpital avec un système de fiche d'alerte pour faire le lien entre la patiente à la maternité et ce service. Et la 3^{ème} maternité ne possède pas de référent ou de partenariat particulier mais est en construction d'un projet pour travailler avec les différents pôles (maternité, pédiatrie, PMI, assistante sociale, psychologue).

Mme W : « la spécificité de notre service parce que nous on travaille vraiment en lien avec le service social de l'hôpital »

Mme Y : « Il faut savoir qu'ici aujourd'hui, c'est qu'on n'a pas de parcours patiente défini Violences faites aux femmes »

Mme Z : « aider les victimes, il y a une prise en charge psychologique qui est possible, il y a des assistantes sociales, il y a une aide juridique, elles suivent les patientes pour les emmener au cheminement du dépôt de plainte et préparer la séparation »

Les quatre sages-femmes interrogées s'accordent sur le rôle de la PMI, des assistantes sociales et des psychologues qui les aident dans la prise en charge des victimes.

Mme X : « Un moment donné je vais lui dire moi je suis inquiète pour vous et toute seule je peux pas l'assumer donc j'en parle à quelqu'un. »

Mme W : « moi je me suis mise en lien avec des partenaires extérieurs, avec notamment une sage-femme libérale que la patiente connaissait (...) Mais oui on ne la laisse pas dans la nature toute seule, on essaye de l'entourer, de l'accompagner au mieux ... »

Deux des sages-femmes ont abordé le rôle du médecin traitant et des sages-femmes libérales.

La prise en charge sur le long terme

Pour garder un contact avec la patiente, trois sages-femmes prévoient des rendez-vous en plus tout au long de la grossesse.

Mme X : « C'est de renforcer son suivi ou d'initier son suivi (...) soit par les SF de PMI soit les SF ».

Mme Z : « ces patientes, on insiste beaucoup pour qu'il y ait un lien à domicile avec toutes les SFL par exemple »

Deux maternités possèdent un référent au commissariat permettant aux gendarmes ou aux policiers de venir prendre et d'aider au dépôt de plainte directement à l'hôpital.

Mme Z : « on travaille aussi beaucoup avec les commissariats et gendarmeries et pour le coup, ici, ils peuvent venir prendre le dépôt de plainte en civil sur le lieu, enfin dans la chambre »

L'attitude envers la patiente

Les quatre sages-femmes travaillent toujours avec le consentement de la patiente.

Elles sont également unanimes sur le fait de ne porter aucun jugement sur ce que rapporte la patiente et d'accueillir son témoignage avec bienveillance et empathie et de ne pas culpabiliser la victime.

Mme X : « je suis là pour la protéger, je fais en sorte de lui rappeler ses droits et de lui dire ce qu'elle n'est pas, que c'est effectivement une victime et qu'elle n'a pas à se justifier de ce qu'il s'est passé ou ce genre de chose. »

Mme W : « de toute manière que je ne fais rien dans leur dos, que vraiment moi j'essaye d'être transparente, je leur dis mes inquiétudes »

Mme Z : « Dans tous les cas il ne faut toujours pas faire des choses sans son accord parce qu'elle va avoir l'impression rebelote qu'on redevient un peu comme son agresseur (...) et en plus qu'elle se sente un peu dans l'autonomie et enfin on s'intéresse à elle. Ce n'est pas elle qui est passive non, elle devient active (...) va falloir essayer de la valoriser, lui dire que vous êtes importante pour moi et vous êtes une patiente que je veux voir, que je veux suivre »

2.4) LES LIMITES RENCONTREES

Le dépistage

Les quatre professionnelles de santé s'accordent sur l'importance de l'Entretien Prénatal Précoce qui leur permet d'approfondir la question des violences ou du moins d'avoir un temps seul avec la patiente.

Mme X : « Si elles sont avec leur conjoint, je les informe au début de la consultation que je prends 3 min en fin de consultation seule avec la patiente. Je leur dis "on se voit entre filles" (rires), »

Mme W : « par exemple par l'EPP je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont dépistées à ce moment là. »

La formation

Une des professionnelles de santé trouve que nous sommes assez formées pour faire face à ces violences. Deux des sages-femmes trouvent qu'il y a de plus en plus de formations disponibles mais qu'il faudrait maintenant faire des formations plus spécifiques sur le réseau local pour la prise en charge.

Mme Z : « En fait, je ne pense pas qu'il y ait besoin de formation, d'un topo très pratique je pense vraiment que chacun dans son hôpital connaît son réseau local »

Les moyens mis en place

Les quatre maternités s'accordent pour dire que le manque de temps empêche une prise en charge optimale des victimes. Il n'y a pas assez de psychologue, d'assistante sociale ou leur temps de présence sur la maternité n'est pas suffisant.

Mme W : « on aurait besoin de psychologue en plus parce que la psychologue chez nous elle n'est pas à temps plein donc elle ne peut pas voir tout le monde »

Une des sages-femmes dénonce également un manque de temps pour recevoir et prendre en charge les patientes avec le refus de création de consultation violences. Une autre nous a indiqué le manque de moyens lors de la prise en charge d'une fratrie déjà existante.

Mme X : « Alors après il y a plusieurs choses, il y a tout justement ce versant administratif sur ce qu'on a dit de la protection de la fratrie, dans quelle mesure tu peux protéger les uns, les autres, pas l'autre etc »

Mme Z « qu'on se bat pour qu'il y ait des consultations exprès pour ça (...) Effectivement il manquerait un peu de moyens, d'avoir un temps pour elle, au niveau des urgences »

Deux sages-femmes dénoncent également un manque de moyens mis en place pour la prise en charge des potentiels agresseurs.

Mme X : « Après, clairement je pense qu'au niveau judiciaire sur les hommes il y a beaucoup plus à faire. »

Mme Z : « C'est la prise en charge maintenant des agresseurs (...) Parce qu'un agresseur il va avoir une femme, ils vont se séparer il va reproduire le même schéma avec une autre victime et du coup c'est sans fin »

Le cheminement de la patiente

Les professionnelles font également face à des femmes qui vivent dans le cycle de la violence et qui ne sont plus dans le même état d'esprit quand elles les revoient en consultation ou en salle de naissance. Les sages-femmes ressentent une certaine frustration face au retour en arrière que peut exercer la patiente.

Mme X : « Il y a un côté décevant quand tu vois que les femmes font machine arrière, qu'elles reviennent dans la lune de miel, voilà, tu as envie d'y croire quand même mais en même temps tu te dis notamment en tant que SF mais merde parce que dans 3 mois elle sort de nos écrans radars parce qu'elle est plus enceinte »

Mme Y : « : La femme qui ne veut rien dire, qui a peur. On ne peut pas la forcer à exprimer son mal être »

Mme W : « Entre ce qu'on doit faire théoriquement et le souhait de la patiente lorsqu'elle refuse c'est compliqué. »

Mme Z : « la première fois on la voit en consultation on se dit super j'ai une bonne accroche, elle a bon répondant je sens qu'il va se passer quelque chose au fur et à

mesure de cette grossesse. Et on la voit un mois après, elle est plus du tout dans le cycle de la violence, elle est plutôt dans la phase de lune de miel »

2.5) LE ROLE DE LA REFERENTE EN MATERNITE

Sur les trois maternités, deux avaient identifié clairement une référente « violences faites aux femmes » dans la maternité mais leurs rôles sont différents.

Dans une des maternités, la sage-femme se rapproche des patientes et assure le suivi social pour la victime tandis que dans l'autre maternité la sage-femme a un rôle de formation et d'accompagnement de ses collègues.

Dans la dernière maternité, le référente sage-femme est en cours d'identification et son rôle n'est pas encore clairement déterminé.

Mme X : « : Elle nous accompagne pour nous occuper de la patiente »

Mme W : « mon rôle c'est d'aller voir les patientes et d'organiser un petit peu, établir le certificat médical avec le collègue qui a reçu la patiente et faire le lien avec le service social, remplir la fiche d'alerte et faire le lien ensuite après avec les partenaires extérieurs que se soit psycho, PMI »

Mme Z : « Mon rôle effectivement ça va être plus d'avoir un discours, de former toute l'équipe pour qu'on ait un discours un peu uniforme et c'est bête mais un peu remotiver les troupes »

IV- DISCUSSION

4.1) LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

Une des limites de notre étude est le faible nombre de réponses que nous avons eu à notre questionnaire. En effet, seule la moitié des maternités nous ont répondu ce qui peut remettre en question le classement que nous avons actuellement. Ce taux de réponses peut s'expliquer par la manière dont était envoyé le questionnaire ; en effet le format Google Form ne pouvait pas être ouvert dans certains hôpitaux.

Notre étude présente aussi un biais de sélection au niveau du questionnaire mais également au niveau des entretiens. Premièrement, le questionnaire était à disposition uniquement des cadres de maternité qui ne sont pas forcément en contact avec les patientes, ce qui peut entraîner une discordance entre la pratique et la réalité. Même si cette limite est biaisée par le transfert du questionnaire à des sages-femmes par certains cadres. Deuxièmement, nous avons questionné uniquement 4 professionnels de 3 maternités différentes et de même niveau (Niveau 2A-2B), qui ont obtenu des notes différentes aux questionnaires.

Un des points fort de notre étude repose sur le fait que le questionnaire contenait des réponses ouvertes permettant aux répondants d'exprimer leurs avis. Le choix de nos entretiens nous a permis d'avoir des modèles de prise en charge de différents lieux et de différentes sages-femmes selon leur statut dans la maternité.

De plus, les violences faites aux femmes sont un sujet d'actualité dont les médias et les réseaux se sont emparés permettant une libération de la parole des femmes mais également de mettre en place de nouvelles perspectives et objectifs dans les maternités.

4.2) DISCUSSION DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

La prise en charge globale de la victime

La sage-femme a un rôle privilégié avec la patiente lui permettant de faire le dépistage de potentielles violences actuelles ou passées chez une femme. Or, notre étude a montré que seulement 9 maternités faisaient un dépistage systématique, ce qui n'est pas assez quand nous savons que le dépistage est la première marche pour accepter le statut de victime.

Lors de nos entretiens, nous avons observé que toutes les sages-femmes s'entendaient sur la pluralité des violences : s'il est plus facile de faire le dépistage lorsque

la patiente présente des lésions visibles, il est néanmoins plus compliqué de dépister des violences verbales, sexuelles ou financières. A travers son kit « Anna » et « ELISA », la MIPROF a souhaité montrer que les professionnels de santé, dont les sages-femmes, se voient attribuer un nouveau rôle : un rôle d'assistance non plus d'une patiente mais d'une victime (12).

Poser la question, faire des rappels à la loi, évoquer les peines encourues par les agresseurs permet aux femmes de comprendre qu'elles ne sont pas seules, qu'elles n'ont pas à avoir honte. L'écoute et l'empathie font bien partie du rôle de la sage-femme.(11)(13) Lors de nos 4 entretiens, les sages-femmes sont unanimes et déclarent ne rien faire dans le dos de la patiente. Cette patiente est au courant de toutes les démarches effectuées par les sages-femmes pour lui permettre d'être active dans sa prise en charge, de suivre son rythme mais également de garder sa confiance.

Les sages-femmes font face à un dilemme entre leurs devoirs de protection des patientes et leurs obligations au secret médical. En effet, la sage-femme est soumise au secret médical par le code de déontologie (Article R.4127-303 du code de santé publique).

Cependant, selon l'article R.4127-317 du code de la santé publique, la sage-femme peut s'affranchir du secret médical si elle est face à une personne mineure ou, cas exceptionnel, si la personne majeure est considérée comme vulnérable et ne pouvant prendre une décision par elle-même sans spécifier si la grossesse en fait partie. Lors de nos entretiens, les sages-femmes ont déclaré ne pas savoir où se situait la limite entre ce qu'elles doivent faire et ce qu'elles peuvent faire. Une patiente enceinte fait-elle partie des personnes vulnérables ? Pour une des sages-femmes référente violences la réponse est oui. En effet, elle considère la femme enceinte comme une personne vulnérable au même titre que les personnes âgées, les infirmes, ou les déficients physiques.

L'HAS a publié en Juin 2019 des recommandations pour la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Ces recommandations ont été publiées également à destination des sages-femmes sur le site de l'ordre des sages-femmes.(3)(14)(15)(16).

Néanmoins, nous observons dans les résultats de notre étude qu'une grande majorité des maternités du réseau Aurore ne possède pas de parcours patient bien défini pour la prise en charge. Lors de nos entretiens, nous avons observé que les maternités possédant un référent violences faites aux femmes ont développé une prise en

charge proche de celle recommandée par l'HAS. Le réseau Aurore a également mis en place un protocole, disponible en annexe n°3, pour aider à la prise en charge de ces victimes reprenant les grandes idées de l'HAS. (17)

Dans un premier temps, l'HAS indique qu'il faut mettre en place des mesures de protection(14). L'hospitalisation devrait systématiquement être proposée pour toutes les femmes victimes actuellement de violences, soit dans le service de la maternité, soit en centre d'hébergement d'urgence, comme cela est proposé par la majorité des sages-femmes que nous avons interrogées. Une des causes qui ne permet pas aux professionnels de proposer cette hospitalisation est le manque de place dans les services ou le manque d'hébergement d'urgence.

Il faut également protéger son entourage(14). C'est-à-dire, si la patiente a déjà des enfants, nous pouvons supposer qu'ils sont eux aussi victimes de violences directes ou indirectes. Face à des mineurs nous sommes alors dans l'obligation de faire un signalement au procureur ou une information préoccupante à la CRIP. Lors des entretiens, nous avons posé la question aux sages-femmes de leur prise en charge lorsqu'une fratrie est présente. Généralement, le fait d'avoir déjà des enfants facilite la prise en charge et le signalement aux autorités compétentes. La femme est plus rapide dans son cheminement et ne pense qu'à protéger ses enfants.

Dans un second temps, les sages-femmes peuvent être amenées à établir un certificat de coups et blessures (Annexe n°3)(14)(17). Ce certificat, fait avec l'accord de la patiente, doit être fait même si elle ne souhaite pas déposer plainte. Il doit être le plus précis possible sans aucune interprétation de l'auteur. Il est ensuite mis dans le dossier de la patiente qui peut le récupérer à n'importe quel moment si elle décide de porter plainte. L'ordre des sages-femmes a mis une notice pour aider à remplir ces certificats. Dans les résultats de notre étude, nous observons que le certificat de coups et blessures est rarement évoqué par les sages-femmes. Quand il est évoqué, seules les 2 référentes sages-femmes que nous avons interrogées les font elles –mêmes, la plupart du temps c'est le médecin qui le remplit.

Enfin, les sages-femmes sont censées informer et orienter la patiente vers des structures juridiques, sociales et associatives que nous développerons dans le prochain paragraphe.

La connaissance du réseau pluridisciplinaire

Nous savons que la grossesse est un moment de fragilité dans la vie de la patiente, elle est vulnérable physiquement mais également psychologiquement. Selon l'HAS, 10% des femmes en âge de procréer sont victimes de violences. (3) Nous savons que lors d'une grossesse, le fœtus peut être vu comme un élément perturbateur qui vient couper le lien entre l'homme et la femme. C'est pour cela que le réseau périnatalité est très important. En effet pendant 9 mois, la future mère est vue par de nombreux professionnels de santé, une certaine relation de confiance s'établit, rendant le dépistage plus aisé.

Notre étude a mis en avant que les sages-femmes ne prenaient pas seules en charge les patientes victimes de violences mais s'entouraient d'un réseau plus ou moins développé selon les maternités(3). Les professionnels qui sont contactés par toutes les maternités du réseau sont les professionnels de la PMI. En effet, la PMI permet de garder un contact à l'extérieur en anténatal mais également en postnatal et de voir comment vit la patiente dans son environnement.

Les seconds professionnels les plus cités sont l'assistante sociale et le psychologue. En effet, comme l'indiquent les recommandations de l'HAS ces deux professionnels permettent de prendre en charge tout le côté social pour la patiente. Ils s'occupent de la demande d'hébergement d'urgence, de faire les signalements au procureur, d'aider au dépôt de plainte et à l'acceptation des démarches.

L'HAS indique dans ses recommandations la présence de professionnels non soignants dans le réseau pluridisciplinaire. En effet, chaque maternité devrait être en contact avec un officier de police judiciaire (OPJ) référent violences permettant un meilleur accès au dépôt de plainte pour les patientes (18). Or, nous remarquons dans notre étude que seules les maternités possédant un référent violences propre à la maternité ont inclus dans leur prise en charge un référent de la police ou la gendarmerie. Ce recours manque dans de nombreuses maternités, peut-être par méconnaissance ou parce que son importance n'a pas été expliquée.

Nous observons également la même chose pour les associations d'aide aux victimes. En effet, lors des entretiens nous avons relevé que la maternité qui ne possède pas encore de parcours patient bien défini n'est pas en lien avec ces associations. Elles sont pourtant fondamentales pour la patiente lui permettant de se rendre compte qu'elle n'est pas la seule dans cette situation ; elles permettent également de faire un suivi plus

centré sur ses besoins (demande d'hébergement d'urgence, papier du divorce, création d'une boîte postale). Ces associations permettent à la patiente de faire toutes les démarches administratives, les dépôts de plaintes, les rendez-vous au tribunal sans jamais être seule, comme l'association TANDEM dont nous a parlé une sage-femme, qui est très impliquée dans la prise en charge des patientes dans cette maternité.

Le réseau pluridisciplinaire n'est pas seulement local mais également national. En effet, comme l'indique l'HAS,(14)(3)(18) il existe également de nombreux documents papiers ou numéros de téléphone que l'on peut fournir à la patiente. Le plus connu étant le 3919 (Violence femme info). Or, lors de nos entretiens, seules les référentes sages-femmes nous ont évoqué la possibilité de l'indiquer à la victime. Et une seule des sages-femmes interrogées transmet le site internet « stop-violences-femmes.gouv.fr » à ses patientes, où se trouvent de nombreuses informations pour les victimes. Pourtant de nombreuses campagnes ont été réalisées pour diffuser ces informations, en tant que professionnels, les connaître semble primordial.

Pour aider à la création d'un lien entre ces différents partenaires, le gouvernement a indiqué l'obligation d'une mise en place d'un référent violences conjugales dans les services d'urgence à travers la circulaire n° 2015-345 du 25 Novembre 2015. La première question du questionnaire reposait sur la connaissance de cette circulaire et ces 3 objectifs : 12 maternités ont connaissance de cette circulaire mais seulement 8 connaissent leur référent violences conjugales dans leur établissement. Pourtant, outre le fait d'avoir une personne qui peut faire le lien entre les différents partenaires, le référent a également un rôle de formation de tout le personnel soignant sur le dépistage et la prise en charge des violences. Si, peu de maternité ont connaissance du référent, nous pouvons supposer qu'aucune formation n'est proposée aux équipes.

Le cheminement de la patiente

Une des plus grandes limites que notre étude a mise en évidence est le cheminement de la patiente. En effet, de nombreuses sages-femmes, que ce soit dans le questionnaire ou les entretiens, nous ont indiqué un sentiment de frustration et de démoralisation lorsque la patiente a complètement changé d'optique de prise en charge.

La violence s'installe progressivement dans un couple, elle peut d'abord passer inaperçue puis augmenter au fur à mesure du temps. La victime va alors s'enfermer dans

un cercle mis en place par son agresseur, oscillant entre des périodes de violences et des périodes d'espoirs (Annexe 4). Ce cercle permet à l'agresseur de maintenir une domination sur sa victime.(2) Selon le moment où la sage-femme voit la patiente, celle-ci peut être dans une période où elle pourra plus ou moins exprimer son ressenti et demander de l'aide.

Le cycle de la violence doit être connu des sages-femmes afin de le prendre en compte pour les démarches. En effet, la patiente peut être dans la phase dite « passage à l'acte ou agression ». C'est pendant cette période qu'elle va s'ouvrir et qu'elle entendra la possibilité d'engager des démarches. Tandis que si la patiente est en phase « lune de miel », elle ne sera pas réceptive à nos messages.(2) Mais il est du devoir de la sage-femme de la mettre en garde sur l'existence de ce cercle et lui donner des pistes pour qu'elle ne change pas d'avis et arrête ses démarches. Même si les sages-femmes ont l'impression de faire un retour en arrière, il est important de continuer à surveiller cette patiente.

Une sage-femme référente que nous avons interrogée nous a indiqué que le meilleur moyen pour éviter un retour en arrière dans les démarches est de faire « tout le contraire de l'agresseur ». En effet, cet agresseur va avoir une stratégie d'isolement, d'imposer le silence, de dévalorisation. La sage-femme, elle, va écouter la patiente, lui donner plusieurs rendez-vous pour la voir, la valoriser et lui montrer qu'elle est importante pour elle. Il est ainsi important de lui montrer qu'on ne l'abandonnera pas et qu'on ne la laissera pas seule.

Lors du dépistage ou de la retranscription des faits dans le dossier, il est important de comprendre que la victime peut être confuse et ambivalente, elle peut revenir sur ce qu'elle a dit et modifier son discours. Tout cela ressemble au stress post-traumatique, ce qui est parfois difficile à intégrer pour les professionnels. C'est pour cela que la formation est indispensable pour arriver à comprendre ce comportement ambigu (2). C'est pour ça qu'il est primordial de connaître ce cycle de la violence et de ne pas baisser les bras face à une patiente que l'on revoit 1 mois après et qui a complètement changé de discours. Nous savons que le cycle de la violence va augmenter en violence mais également s'accélérer dans le temps. Il faut alors continuer à prêter attention à cette dame, continuer de lui montrer que l'hôpital est un lieu où elle peut se rendre pour demander de l'aide.

4.3) PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

La référente violences au sein de la maternité

Notre étude a permis de valider une de nos hypothèses. En effet, nous pensions avant de commencer ce mémoire que l'identification d'un référent violences faites aux femmes permettait aux maternités du réseau de mieux prendre en charge les victimes de violence. Les questionnaires et les entretiens nous ont prouvé que c'était vrai. Les sages-femmes sont mieux informées des conduites à tenir et connaissent mieux leur réseau local quand il y a un référent propre à la maternité.

Nous avons développé précédemment le fait qu'il était obligatoire d'avoir un référent aux urgences générales. Il faudrait également que cela deviennent obligatoire dans les maternités. C'est un projet du réseau Aurore, qui a mis l'année dernière en place un groupe de travail sur ce thème mais le nombre de référents identifié est encore trop bas dans les maternités.

En plus d'apporter la connaissance sur le réseau local, le référent peut également former ses collègues comme c'est le cas dans certaines maternités. Un temps est prévu pendant des réunions de service pour aborder les thématiques ou les questions qui ont posé soucis lors d'une prise en charge.

La formation

Lorsque nous avons demandé aux professionnels des maternités du réseau Aurore s'ils souhaitaient des formations, la réponse collective est positive. En effet, de nombreux professionnels s'accordent sur le fait qu'il faut être formé sur ce sujet. Plus les professionnels seront formés et plus le dépistage et donc les prises en charge pourront être optimums. Pour se former, de nombreux outils sont à disposition et doivent absolument être plus connus.

Nous pouvons citer tous les kits de la MIPROF qui, sous forme de courtes vidéos, parlent du dépistage, de la prise en charge, des partenaires etc.

Il y a également le réseau Aurore qui anime des formations sous forme d'atelier. Et le site « stop-violences-femmes.gouv.fr » qui s'adresse autant aux professionnels de santé qu'aux patientes.

Mais le plus important serait également de créer des formations ou des rencontres pour organiser et connaître les associations d'aides aux victimes proches des

maternités. Nous avons vu que le plus important dans la prise en charge des femmes victimes de violences, c'est de ne pas rester seules mais de s'entourer de plus de monde possible pour aider ces femmes. Ces associations regroupent tous les professionnels nécessaires à la prise en charge psychologique et sociale des patientes mais également des enfants. Ce sont généralement des professionnels formés sur les violences et qui pourront prendre le temps pour accompagner les victimes.

Les étudiantes sages-femmes ont maintenant des cours pendant leur 4 années d'étude sur les violences faites aux femmes. C'est aux écoles de choisir sous quelle forme et à quel moment du cycle, cette formation est la plus appropriée.

La prise en charge des agresseurs

Lorsque la patiente arrive enfin à sortir du cercle de la violence, il y a toujours un risque que son ancien agresseur arrive de nouveau à l'entraîner avec lui. Nos compétences de sages-femmes nous permettent de prendre en charge les femmes et les enfants, mais les agresseurs ne sont pas de notre ressort.

Si la patiente arrive à quitter le domicile, à se couper de son agresseur avec de l'aide et des personnes qui l'assistent, l'agresseur, lui, que la femme ait décidée de porter plainte ou non, est souvent en liberté, sans qu'aucune prise en charge psychologique ou sociale ne soit mise en place.

Il existe dans certains départements des centres d'éloignement pour conjoint violent, où les agresseurs sont pris en charge psychologiquement et socialement. Ils sont malheureusement très peu en France, seulement 2 existent. Nous devrions, maintenant que les prises en charge des victimes commencent à être optimales, plus développer celles des agresseurs. En les laissant sans aide, nous n'arriverons pas à « casser » ce cercle de violences !

V- CONCLUSION

Les violences conjugales touchent énormément les femmes quel que soit leur statut social et économique. Cette étude sur les maternités du réseau Aurore a permis de mettre en évidence la connaissance des recommandations de l'HAS par les professionnels mais également une implication des professionnels soignants. En effet, toutes les maternités ont pris conscience de ce sujet, mais malgré une différence de prise en charge parfois très importante selon les lieux, quelque chose est fait pour apporter de l'aide à cette victime. Effectivement, les maternités qui n'ont pas mis en place de parcours patient ou de partenariat avec les associations ont des projets en discussion. Tandis que les maternités qui possèdent une prise en charge déjà bien avancée vont essayer de la rendre encore plus optimale.

Des recommandations, tel que le dépistage systématique, ne sont encore malheureusement pas en place dans toutes les maternités. Le rendre obligatoire ainsi que la présence d'une référente propre à la maternité permettrait aux sages-femmes de dépister et prendre en charge la victime avec plus d'aisance. Se sentir soutenue et entourée est aussi important pour la victime que pour la sage-femme qui la prend en charge.

Face aux limites ressenties par les sages-femmes, le réseau Aurore pourrait proposer encore plus de formations autant théoriques que pratiques, qui permettraient également de mieux connaître son réseau local. Concernant le cheminement de la patiente, qui représente une limite importante dans la prise en charge, les sages-femmes peuvent seulement accompagner la patiente, la soutenir et garder une attitude empathique face aux différentes étapes psychologiques de la prise de conscience de la violence.

Ce mémoire a également permis de mettre en évidence le rôle fondamental de la sage-femme. Qu'elle soit en consultation ou en service d'urgence, la praticienne va faire face à une femme enfermée dans un cercle de violences. Son rôle est avant tout de la protéger mais également de la soutenir, d'être bienveillante, d'être présente pour elle.

A l'avenir, la prise en charge des agresseurs reste une clé pour diminuer, voire arrêter, les violences conjugales sur les femmes. En essayant de réduire le risque de récurrence, peut-être que le nombre de victimes et de décès diminuera puisqu'il s'élève déjà à 16 femmes en Mars 2020.

Bibliographie

1. Citation de Ban Ki-moon [Internet]. Citation Célèbre. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/115603>
2. MICHEL Myriam. Violences faites aux femmes (Cours diaporama). Ecole de Bourg-En-Bresse ; 2017-2018. 91 pages.
3. RECO-HAS.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/RECO-HAS.pdf>
4. Every Woman Treaty Key Statistics [Internet]. Every Woman Treaty. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://everywoman.org/every-woman-treaty-key-statistics/?lang=fr>
5. Chiffres sur la violence conjugale [Internet]. Amnesty International Belgique. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.amnesty.be/camp/droits-femmes/violence-conjugale/article/chiffres>
6. Violences contre les femmes La loi vous protège [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>
7. Conclusion du Grenelle des violences conjugales : de la mobilisation à l'action ! [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/conclusion-du-grenelles-des-violences-conjugales-de-la-mobilisation-a-laction/>
8. Maternités [Internet]. Aurore réseau périnatal. 2017 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.aurore-perinat.org/maternites/>
9. GOUNE.M. La sage-femme, une professionnelle et une citoyenne, face au dépistage des violences faites aux femmes en service d'urgences gynécologiques et obstétricales. (Mémoire). Metz : école de sage-femme ; 2013. 66 pages.
10. fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf

11. Calvez É. Dépistage des violences conjugales : quel abord par les sages-femmes pendant la grossesse ? État des lieux des pratiques des sages-femmes du Finistère ayant une activité de consultation prénatale. (Mémoire). Brest : UFR de médecine et des sciences de la santé ; 41 pages.
12. Télécharger les outils de formation sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>
13. Delespine. M. Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quels parcours de prise en charge ? (Mémoire). Paris V : Faculté de médecine René Descartes ; 53 pages .
14. fs_femmes_violence_agir_092019.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
15. Haute Autorité de Santé - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
16. Protection des femmes et des nouveau-nés victimes de violences [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/protection-des-femmes-et-des-nouveau-nes-victimes-de-violences/>
17. VFF-Validé-le-15.02.2018_MAJ-23-10-2019-.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/07/VFF-Valid%C3%A9-le-15.02.2018_MAJ-23-10-2019-.pdf
18. 5ème-Plan-de-Lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/11/5%C3%A8me-Plan-de-Lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019.pdf>

Annexe 1

Questionnaire à destination des maternités

Etat des lieux dans les maternités du réseau Aurore : Prise en charge des femmes victimes de violence.

Q1 : Dans quelle maternité travaillez-vous ?

Q2 : Avez vous entendu parler de la circulaire n° 2015-345 du 25 Novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes (Note sur 1 point)

- Oui **1 point**
- Non **0 point**

Q3 : Si oui, pouvez-vous m'en citer les grandes lignes. (Note sur 3 point) → ces propositions ne seront pas marquées sur le questionnaire en ligne.

- Mise en place d'un référent violences **1 point**
- Formation de ce référent **1 point**
- Sensibilisation du personnel soignant **1 point**
- (Ne sais pas **0 point.**)

Q4 : Connaissez-vous le référent « violences conjugales » dans votre établissement ? (Note sur 1 point)

- Oui **1 point**
- Non **0 point**

Q5 : Avez-vous mis en place des démarches conjointes entre le référent de votre établissement et votre service de maternité ? (Note sur 1 points)

- Oui **1 points**
- Non **0 point**

Q6 : Si oui lesquelles ? (Veuillez indiquer les dates de mise en place s'il vous plait)

Q7 : Avez-vous identifié un référent « violences conjugales » propre à la maternité ? (Note sur 1 point)

- Oui **1 point**
- Non **0 point**

Q8 : Quels moyens utilisez-vous pour parler et renseigner autour des violences conjugales ? (Plusieurs choix possibles) (Note sur 5 point)

- Affiches en salle d'attente **1 point**
- Brochure à destination des patientes **1 point**
- Affiche de sensibilisation des soignants **1 point**
- Brochure d'information avec liste des ressources locales **1 points**
- Evocation systématique lors de la rencontre avec la patiente **1 point**
- Aucun **0 point**

Q9 : Lors d'une prise en charge, sollicitez-vous ou utilisez-vous : (plusieurs choix possible) (Note sur 7 points)

- Des associations d'aide aux victimes **1 point**
- Le/la référent(e) violences conjugales **1 point**
- L'assistance sociale, la PMI **1 point**
- La police, la gendarmerie, le procureur **1 point**
- Le protocole Aurore pour la prise en charge **1 point**
- Un protocole propre au service **1 point**
- Le protocole d'aide à l'élaboration du certificat médical **1 point**
- Aucun **0 point**

Q10 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre en charge les femmes victimes de violences.

- Réponse libre

Q11 : Ressentez-vous le besoin d'avoir des formations sur ce sujet ? Si oui, quelles seraient vos attentes ?

- Réponse libre

Questionnaire sur 19 points au total.

Annexe 2

Trame d'entretien

- Présentation de la personne
 - Poste dans la maternité
 - Si référent violences pourquoi ?
 - DU ?
 - Nombre d'années post-diplôme

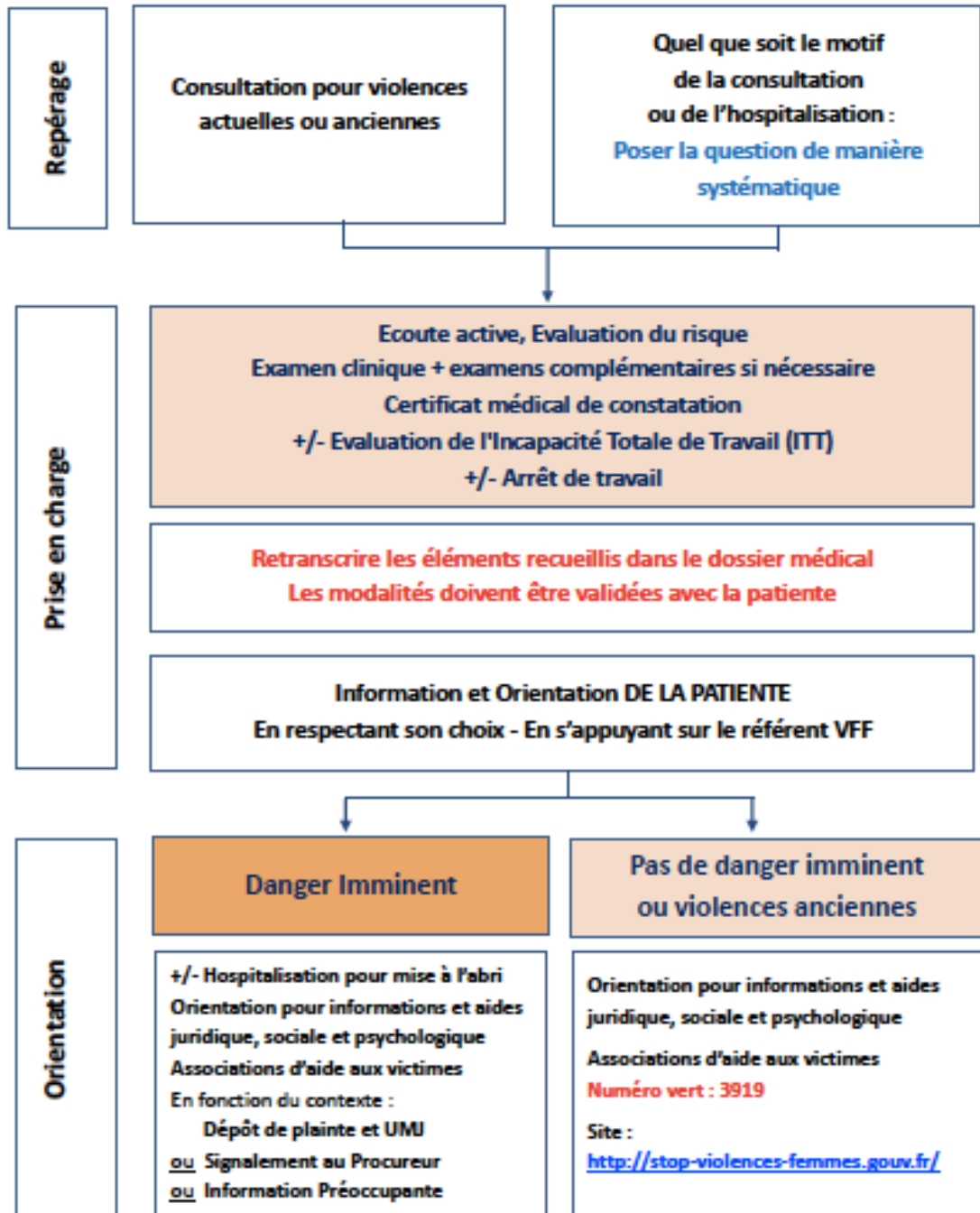
- **Comment prenez vous en charge une femme victime de violences conjugales ?**
 - PEC
 - Informations données à la patiente
 - Qui prévenir
 - Sur le long terme
 - Attitude envers la patiente
 - Environnement de la patiente

- **Rencontrez-vous des difficultés dans la PEC ? Lesquelles ?**
 - Dépistage
 - Formation
 - Rôle de la SF
 - Les moyens mis en place

- **Pouvez-vous me donner votre définition de « violences conjugales » ?**

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

SCHÉMA GLOBAL DE PRISE EN CHARGE : DEUX SITUATIONS POSSIBLES



VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Annexe 1 : Modèle de certificat médical initial

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE

Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____
heure _____ à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS :

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____ à _____ (lieu),
de _____ ».

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :

Eile dit se plaindre de « _____ »

ETAT ANTERIEUR (éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique :

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

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se lever, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

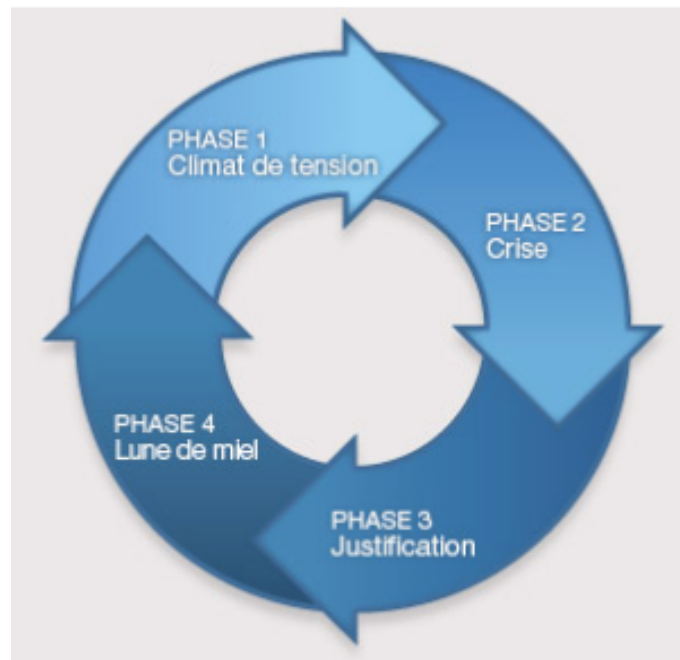
« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN

Annexe 4 :



Exemple d'affiches de sensibilisation



Les différentes phases du Cercle de la Violence

Annexe 5 : Protocole de recherche

Auteur : Tatiana ENJOLVY
Directeur de recherche : Mme RUAT Nadine
Titre provisoire : Audit des pratiques dans les maternités du réseau Aurore : Prise en charge des femmes victimes de violences.
CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE <p>Les violences au sein du couple se définissent comme des situations où les faits de violences (agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, économiques) sont récurrents, souvent cumulatifs, s'aggravent et s'accroissent et sont inscrits dans un rapport de force asymétrique.</p> <p>1 femme sur 10 est victime de violences conjugales et 1 femme meurt tous les 2 jours sous les coups de son conjoint. Cette violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de harcèlement psychologique et d'agression sexuelle. Avec le phénomène du #MeToo et #BalanceTonPorc, nous sommes dans une période où la question de la protection des femmes face aux violences qu'elles soient conjugales, au travail ou dans la rue relève du domaine de la santé publique.</p> <p>Les compétences des sages-femmes évoluent depuis plusieurs années, ce qui leur permet de suivre les femmes de la puberté à la ménopause que ce soit pour un suivi gynécologique, un suivi de grossesse ou le post-partum. La sage-femme est alors présente et peut créer une véritable relation de confiance avec les femmes.</p> <p>D'après plusieurs études, il est prouvé que la grossesse est un catalyseur des violences conjugales ; ces violences peuvent avoir un impact important sur la grossesse (FCS, avortement, MFIU, prématurité, pathologies gravidiques...). Pourtant, malgré les recommandations des différents réseaux et l'existence d'une circulaire impliquant la mise en place de référent « violences conjugales » dans les services, le dépistage systématique des violences est loin d'être systématique dans les établissements de santé.</p> <p>S'agit-il d'un manque de formation du personnel soignant, d'un manque de moyens ? Ce sujet revêtant encore un caractère tabou très présent en France est-il difficile à aborder ?</p>
OBJECTIFS <ul style="list-style-type: none">• Objectif principal : Evaluer les prises en charge des femmes victimes de violences.• Objectif(s) secondaire(s) :<ul style="list-style-type: none">- Confronter les prises en charge avec les recommandations et la circulaire DGOS/R2/MIPROF n°2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes.

<p><u>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE</u></p> <p>Etude quantitative : Questionnaire envoyé aux différents cadres des maternités du réseau Aurore, permettant d'établir une cotation selon les réponses.</p> <p>Etude qualitative : Entretien semi- directif avec le référent violences ou d'un cadre de la maternité selon la cotation obtenue au questionnaire.</p>
<p>CRITERES DE JUGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Critère principal</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance et application des recommandations dans la prise en charge des patientes
<p>POPULATION CIBLE : Les 34 maternités du réseau Aurore</p>
<p>CRITERES D'INCLUSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référents violences des maternités - Cadre de service - Exerçant dans une maternité privée ou publique - Exerçant dans une maternité avec un service d'urgence ou non
<p>CRITERES DE NON INCLUSION : Référents violences n'exerçant pas en maternité</p>
<p>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE : Entretiens / questionnaire incomplets</p>
<p>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES : A évaluer en fonction des réponses au questionnaire</p>
<p><u>DUREE DE L'ETUDE</u> : De la diffusion du questionnaire à la fin des entretiens</p>
<p><u>LIEU DE LA RECHERCHE</u> : Maternités du Réseau Aurore</p>
<p><u>RETOMBEES ATTENDUES</u></p> <p>Evaluer la prise en charge des patientes</p> <p>Observer les éventuelles difficultés rencontrées et tenter d'apporter des améliorations.</p>
<p><u>Aspects éthiques et réglementaires</u></p> <p>Anonymat des entretiens et du questionnaire</p> <p>Accords des cadres et référents</p> <p>Accord du réseau Aurore</p>
<p>Mots clés : Violences - conjugales – grossesse – sage-femme – formation – difficultés – soutien – réseau</p>

Auteur : ENJOLVY Tatiana	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Violences conjugales : Audit des pratiques dans les maternité du réseau Aurore	
<p>Résumé :</p> <p><u>Introduction</u> : En Europe, 31% des femmes sont touchées par des violences conjugales. En 2018, en France, 213 000 femmes déclarent avoir été victimes de violences conjugales et 121 femmes sont tuées.</p> <p><u>Objectifs</u> : L'objectif principal est de savoir si les recommandations nationales de la prise en charge des femmes victimes de violences sont suivies par les maternités du réseau Aurore. Notre objectif secondaire est de comprendre pourquoi ces recommandations ne sont pas appliquées.</p> <p><u>Méthode</u> : Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative. Elle a été menée sous la forme d'un questionnaire envoyé aux 34 maternités du réseau Aurore qui nous a permis d'établir un classement. Nous avons ensuite interrogé des professionnels des maternités selon le classement.</p> <p><u>Résultats</u> : Sur les 17 maternités qui ont répondu, la majorité suit les recommandations nationales. Cependant, nous observons que la prise en charge est plus optimale et complète lorsqu'un référent est mis en place dans les maternités. Pour les maternités où aucun parcours patient n'est fait, des projets sont en cours d'élaboration. La principale limite à la prise en charge est le cheminement psychologique de la patiente et si elle accepte l'aide que nous lui proposons.</p> <p><u>Conclusion</u> : Une majorité des maternités suit les recommandations de l'HAS. Les perspectives d'avenir seraient d'avoir une référente dans chaque maternité et également d'assurer une prise en charge des agresseurs pour casser le cercle de la violence.</p>	
<p>Mots clés : Violences conjugales - réseau Aurore- Recommandations nationales – Prise en charge – Limites – Connaissances – Sages-femmes- référentes</p>	

Title : Domestic violence : Audit of practices in the maternity units of the Aurore network.	
<p>Abstract :</p> <p><u>Introduction</u> : In Europe, 3% of women are affected by domestic violence. In 2018, in France, 213 000 women declared that they had been victims of domestic violence and 121 women were killed.</p> <p><u>Objective</u> : The first objective is to know if the national recommendations for the care of women victims of violence are followed by maternities in the Aurore network. Our secondary objective is to understand why these recommendations are not applied.</p> <p><u>Methods</u> : This is a quantitative and qualitative study. It was conducted in the form of a questionnaire sent to 34 maternities, which allowed us to establish a ranking. Then, we interviewed maternity professionals who obtained the best score, the lowest score and 2 professionals working in the same maternity but had different score.</p> <p><u>Results</u> : Of the 17 maternities who responded, the majority follows the national recommendations. However, we observe that the care is more optimal and complete when is set up in maternity wards. For maternity where no patient journey is made, projects are being developed. The main limit to be taken care of is the patient's psychological development and whether she accepts the help offered.</p> <p><u>Conclusion</u> : The majority of maternity hospitals follows the recommendations of the HAS. The future goal would be to have a referent in each maternity unit and also to ensure that the aggressors are taken care of to break the circle of violence.</p>	
<p>Key words : Domestic Violence – Aurore network – National recommendations – Coping - Limits – Knowledge</p>	

