



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

La grossesse à l'épreuve des violences faites aux femmes : La pratique du dépistage réalisé par les sages-femmes de la Région Auvergne-Rhône-Alpes

Réalisé au sein de
L'Université Claude Bernard – Lyon 1
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Soutenu par Eugénie AUDIBERT, née le 19 février 1999

ARMAGNAT Eve-Marie, sage-femme, Hôpital Edouard Herriot	Directrice de mémoire
DUPONT Corinne, sage-femme PU, Université Lyon 1	Co-directrice de mémoire
EL KHAYARI Nordine, sage-femme, école de sage-femme Lyon sud	Enseignant référent

REMERCIEMENTS

Je voudrai tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Madame Eve-Marie ARMAGNAT, sage-femme spécialiste du sujet des violences faites aux femmes, pour sa disponibilité et ses judicieux conseils qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Lyon et les intervenants professionnels responsable de ma formation, et de la partie théorique de celle-ci.

Je remercie particulièrement mes parents, et ma famille, de m'avoir permis de réaliser les études que je désirais faire, dans les meilleures conditions qui soient.

Je remercie mes ami(e)s pour le soutien sans faille dont ils m'ont fait bénéficier.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion, Mathilde, Justine, Léonie, Marie, Manon, Aglaé, Eva et Capucine, sans qui ces longues études marquées par des moments forts en émotions, de persévérance, et de remise en question, n'auraient pas été les mêmes.

TABLE DES MATIERES

<u>GLOSSAIRE.....</u>	9
<u>INTRODUCTION.....</u>	11
<u>PARTIE 1.....</u>	15
I) <u>DEFINIR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LEUR CONTEXTE</u>	15
1. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	15
2. DEFINITIONS.....	18
3. LES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCE (18).....	20
A) LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE, VERBALE ET CYBERVIOLENCES	21
B) LA VIOLENCE PHYSIQUE	22
C) LA VIOLENCE SEXUELLE.....	22
D) LA VIOLENCE SOCIO-ECONOMIQUE	23
E) LA VIOLENCE DOMESTIQUE ET LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS INTIMES.....	24
4. LES MECANISMES DE LA VIOLENCE (17).....	25
A) LE CYCLE DE LA VIOLENCE`	25
B) LES STRATEGIES DE L'AGRESSEUR	26
C) LES FACTEURS ASSOCIES AUX VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (21)	26
5. LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (3)(1)(21).....	27
A) SUR LA SANTE	27
B) SUR LE PLAN PHYSIQUE.....	28
C) SUR LE PLAN GYNECOLOGIQUE	28
D) SUR LE PLAN OBSTETRICAL	29
E) SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE	29
F) SUR LES ENFANTS	30
II) <u>L'IMPLICATION ET LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LE DEPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....</u>	31
1. SAGE-FEMME, UNE PROFESSION MEDICALE, REGIT PAR UN CODE DE DEONTOLOGIE ...	31
2. LE DEPISTAGE, SOINS ET REALISATION D'UN CERTIFICAT	33
A) DEPISTER	33

b)	LES SOINS ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	35
c)	ORIENTATION ET CONSEILS	37
PARTIE 2.....	43	
I) MATERIEL ET METHODE.....	43	
1.	PROBLEMATIQUE.....	43
2.	TYPE D'ETUDE.....	44
3.	POPULATION ETUDIEE.....	44
4.	COORDONNEES DES SAGE-FEMMES.....	44
5.	PERIODE ET SITE DE L'ETUDE.....	45
6.	TYPE D'OUTIL ET VARIABLE A RECUEILLIR	45
II) RESULTATS	47	
1.	RECUEIL DES DONNEES	47
2.	DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE	47
3.	PRATIQUE DES SAGE-FEMMES	48
A)	DEPISTAGE SYSTEMATIQUE (N=60).....	48
B)	DEPISTAGE SUR POINT D'APPEL (N=12)	49
C)	FAÇONS D'ABORDER LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN CONSULTATION.....	50
4.	FORMATION DE LA POPULATION CONCERNANT LE DEPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	51
A.	LES FREINS DES SAGE-FEMMES FACE AU DEPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	52
B.	REPONSES DES SAGE-FEMMES FACE AU DEPISTAGE DES VFF	54
C.	OUTILS A DISPOSITION SUR LE LIEU D'EXERCICE.....	55
D.	REPONSE A LA QUESTION : « <i>CES 3 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FEMMES VOUS ONT FAIT PART DE VFF ACTUELLEMENT SUBIES OU ANCIENNES ?</i> ».....	56
V) DISCUSSION.....	57	
1)	LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	57
2)	CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION	58
3)	DEPISTAGE NON SYSTEMATIQUE DES VIOLENCES	58
4)	FREINS FACE AU DEPISTAGE.....	60

5) REPRESENTATIONS.....	61
6) POURQUOI DEPISTER LES VIOLENCES CONJUGALES AU COURS DE LA GROSSESSE DE FAÇON SYSTEMATIQUE ?	62
A. LA GROSSESSE : UN MOMENT A RISQUE.....	62
B. LA GROSSESSE : UN MOMENT OPPORTUN	63
7) FORMATIONS	64
8) ORIENTATION DES PATIENTES	65
 V) CONCLUSION	 69
 VI) ANNEXES.....	 71
1) SCHEMA DU CYCLE DE LA VIOLENCE.....	71
2) SCHEMA DE L'ESCALADE DE LA VIOLENCE	72
3) VADE-MECUM : CRITERE D'EVALUATION DU DANGER IMMEDIAT ET DE L'EMPRISE (SOURCE : CNGOF)	73
4) CERTIFICAT MEDICAL.....	75
5) LE VIOLENTOMETRE	76
6) QUESTIONNAIRE GOOGLE FORM.....	76
7) KITS PEDAGOGIQUES MIPROF	80
8) RESEAU AURORE SENSIBILISATION VFF.....	81
9) QUESTIONNAIRE WAST (SOURCE : RSPA).....	82
10) GRILLE DE REPERAGE DES VULNERABILITES	83
11) FICHE DE LIAISON EPP (SOURCE : RESEAU AURORE)	84
12) REFERENTIEL RESU VAL - RESCUE	85
 VII) BIBLIOGRAPHIE	 87

GLOSSAIRE

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ENVEFF : Enquête Nationale des Violences Faites aux Femmes
- MIPROF : Mission Interministérielle Pour la Protection des Femmes contre les Violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- VFF : Violences Faites aux Femmes
- ITT : Incapacité Totale de Travail
- RPM : Rupture Prématurée des Membranes
- MAP : Menace d'Accouchement Prématurée
- RS : Rapport Sexuel
- MTR : Métrorragies
- MIN : Mort Inattendue du Nourrisson
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- RCIU : Retard de Croissance In Utéro
- HRP : Hématome Rétro Placentaire
- MFIU : Mort Fœtale In Utéro
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- UMJ : Unité Médico-Judiciaire

- HEH : Hôpital Edouard Herriot
- EVFH : Écoute Violence Femme Handicapées
- VIFFIL : Violence Intrafamiliale Femme Information Liberté
- CIDFF : Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles
- GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DU : Diplôme Universitaire
- ARS : Agence Régionale de Santé
- PEC : Prise en Charge
- AURORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique
Régional
- WAST: Women Abolition screen test
- ELENA : Réseau de santé en Périnatalité Loire Nord-Ardèche
- RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère
- RP2S : Réseau Périnatal des 2 Savoie

INTRODUCTION

La violence à l'encontre des femmes, qu'elle soit le fait d'un partenaire intime et/ou de nature sexuelle, est un réel problème de santé publique et une violation majeure des droits de la femme. Selon les estimations mondiales de l'OMS, 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie.

Le protocole d'Istanbul, ratifié par la France en 2014 nous donne une définition éclairante :

« La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation »

Les violences faites aux femmes se réfèrent à tout comportement qui cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, les mutilations, la violence psychologique, administrative et/ou financière, et la cyberviolence. Ces formes de violences peuvent avoir des issues mortelles, créer des traumatismes, générer des grossesses non désirées, des avortements provoqués, des fausses couches ou encore la transmissions de maladies sexuellement transmissibles. Les femmes sont exposées à ces types de violences à différentes étapes de leurs vies : dans l'enfance, entre partenaires intimes, au travail, dans leur pays d'origine ou sur le chemin d'exil.

Selon Muriel Salmona, « *le déni et la loi du silence règnent sur les violences conjugales pendant la grossesse tout comme c'est le cas pour toutes les violences intra-familiales, conjugales et sexuelles que subissent beaucoup de femmes.* » (1)

L'accès à une contraception efficace, la possibilité de faire une interruption volontaire de grossesse, les progrès considérables de la médecine obstétricale et périnatale, font qu'en 2016 la grossesse est perçue comme un choix et comme une période de bonheur et d'épanouissement pour une femme. Une femme enceinte est considérée par notre société comme une « *personne précieuse dont la sécurité est assurée.* » (1)

Les violences peuvent engendrer de lourdes conséquences sur le déroulement de leur grossesse, de leur accouchement, sur leur santé et celle de leur enfant.

Selon l'enquête nationale sur les violences faites envers les femmes en France, ENVEFF, réalisée en 2000, des violences physiques sont constatées dans 3 à 8 % des

grossesses. Ce taux de violence serait trois à quatre fois supérieur en cas de grossesse non désirée.

Il est à noter également, que 40% des violences débutent lors de la première grossesse :

« Je suis enceinte et à partir de là il y a toute une métamorphose, il a vraiment changé, je suis devenue sa propriété. » - Extrait du court métrage pédagogique « ANNA » - réalisé par la MIPROF.

Dans la population des femmes ayant subi des violences, les symptômes psychologiques et leurs préoccupations quotidiennes personnelles accaparent ces patientes, il existe souvent une dissociation traumatique qui les déconnecte et les anesthésie émotionnellement. (3) Or, face à une personne dissociée, le professionnel de santé peut être surpris par une réaction inadéquate, ou dépourvue d'émotion, cela explique pourquoi les violences conjugales restent difficiles à dépister en consultation.

Les sage-femmes ont une place importante dans le repérage de ces VVF et l'accompagnement des victimes. La MIPROF a mis en place depuis 2013 des outils et des formations pour que les professionnels soient sensibilisés et sachent repérer ces situations de violence en faisant systématiquement un dépistage auprès des femmes enceintes et les orienter.

Réalisé avec le soutien de la commission européenne, en 2014, à l'initiative du ministère des droits des femmes et de la MIPROF, le court-métrage « ELISA », porte sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime de violences sexuelles. Cette pratique professionnelle améliore le diagnostic, la prise en charge et l'orientation par le professionnel.

« Dans une cafeteria, deux amies discutent. C'est la première grossesse d'Élisa, une jeune femme discrète et vive. La veille, la première consultation avec une sage-femme à l'hôpital a bouleversé Élisa. Grâce aux questions et à l'écoute bienveillante de cette sage-femme, les violences antérieures qu'avait subies Élisa lui sont revenues en mémoire, déclenchant une remontée post traumatique. Élisa va réaliser que ce traumatisme subi a une incidence sur sa vie de couple, sur son vécu de grossesse. Elle n'en avait jamais parlé à personne. »

Comment une simple question peut changer le cours d'une vie ?

Dépister des violences actuelles ou subies antérieurement par une patiente représente un véritable objectif thérapeutique, tant sur le plan psychique que sur le bon déroulé physiologique de la grossesse en cours.

Il est intéressant de se demander quel peut être l'impact de la spécificité du métier de sage-femme dans ce dépistage systématique et dans quelle proportion les recommandations de la MIPROF dans la façon d'aborder les violences et d'orienter la patiente sont présentes en consultation prénatale lors de la première entrevue.

Comment l'amélioration du dépistage des violences faites aux femmes en consultations prénatales peut-il améliorer leur prise en charge globale ?

Nous allons dans une première partie définir les violences faites aux femmes et les mécanismes qui en découlent pour nous donner une vision globale du sujet. L'objectif principal de ce mémoire est de calculer la prévalence du repérage des violences faites aux femmes chez les patientes vues pour la première fois en consultation prénatale programmée ou en urgence par une sage-femme, quel que soit le terme de la grossesse. Les objectifs secondaires sont de rechercher les facteurs associés au repérage des VFF en lien avec les caractéristiques des sage-femmes : années d'expérience, formation spécifique au dépistage des VFF, exercice libéral, hospitalier, urbain, semi-urbain ou rural, l'information et l'orientation vers des réseaux de professionnels ou associations.

PARTIE 1

I) DEFINIR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LEUR CONTEXTE

1. Historique de la lutte contre les violences faites aux femmes

Ce n'est qu'au début des années soixante-dix sous la pression des mouvements féministes que le sujet des VFF va commencer à avoir des réponses d'ordre législatives.
(2)

⇒ 1975 : Ouverture du premier « refuge pour femmes battues », à Clichy, qui porte le nom de « Flora Tristan », l'une des initiatrices du féminisme en France au XIXe siècle.

La mobilisation féministe des années soixante-dix trouve son aboutissement dans le vote de la loi du 23 décembre 1980, qui donne, pour la première fois, une définition juridique au viol.

Avant cette loi, seule la pénétration vaginale était considérée comme un viol — et encore fallait-il apporter la preuve irréfutable du non-consentement de la femme. La nouvelle législation donne du viol une définition étendue, incluant la notion de menace :

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » (Article 222.23 du code pénal) (2)

⇒ 1989 : Les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales : lancement de la première campagne nationale d'information et création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes (circulaire du 12 octobre). (3)

⇒ 1990 : La Cour de cassation reconnaît le viol entre époux (arrêt du 5 septembre)

⇒ 1992 : Loi sur le harcèlement sexuel

⇒ 1992 : La loi du 22 juillet du Code Pénal mentionne que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. Toute agression intraconjugale devient un délit quelle que soit l'ITT (Incapacité Totale de Travail).

⇒ La loi du 2 novembre définit l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail (harcèlement sexuel).

⇒ 1999 : L'Organisation des Nations Unies crée la journée internationale de lutte des violences faites aux femmes, qui depuis est célébrée chaque 25 novembre.

⇒ 2000 : Première grande enquête à l'échelle nationale, ENVEFF, réalisée à l'initiative du Secrétariat d'État aux Droits des Femmes, chiffre à 10% le taux de femmes victimes sur les 12 derniers mois et révèle l'isolement de ces femmes, certaines confiant leur « secret » pour la première fois (enquête téléphonique, parmi 6970 femmes interrogées, âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine). (3)(4)

⇒ 2001 : Le rapport du Pr Henrion, commandité par le ministère de la Santé, fait état des conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle des professionnels de santé. Le corps médical semble méconnaître l'ampleur du problème et a du mal à se positionner face aux patientes violentées. L'étude souligne le manque de sensibilisation, le manque de formation du corps médical, l'absence de travail en réseau. (5)

⇒ 2004 : Le premier plan national d'action contre les violences faites aux femmes : « 10 mesures pour l'autonomie des femmes ». (3)(6)

⇒ 2005-2007 : Le premier plan triennal du ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale permet le financement de nombreuses campagnes de sensibilisation et lance la plateforme téléphonique de lutte contre les violences faites aux femmes en 2007 : le 3919. (6)

Cette plateforme téléphonique met en relation les femmes victimes avec une équipe d'écoutes professionnelles et assure une écoute bienveillante qui permet à la personne qui appelle de parler de la situation vécue dans un climat de confiance. (7)

⇒ 2005 : La notion de différence entre le genre et le sexe émerge petit à petit avec le plan « Violence et Santé » qui étudie les conséquences de la violence secondaire aux rapports de genre, en élargissant au-delà des violences conjugales.

« Qu'elles se dénomment violences faites aux femmes, violences domestiques, violences conjugales, elles s'expliquent spécifiquement par les « rapports de genre », c'est-à-dire par la division historique des rôles entre hommes et femmes, basée sur des justifications philosophiques, politiques, biologiques ou sociales, qui ont varié au cours de l'histoire. La commission Genre et violence a donc décidé d'introduire la question du « genre » dans l'étude d'une problématique située au croisement de réalités physiques et psychiques concernant la santé, et de réalités sociales concernant les violences » - commission « Genre et violence ». (8)

⇒ 2006 : La loi du 4 avril renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple avec un élargissement aux pacsés et ex-partenaires et souligne que la qualité de conjoint ou de concubin « ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple ». (9)

⇒ 2008-2010 : Le deuxième plan triennal qui traite des différentes formes de violences faites aux femmes.

Il comporte 12 objectifs dont briser le tabou, prévenir les violences, coordonner les acteurs du réseau et protéger les femmes et leurs enfants. (10)

Ce plan de lutte a notamment permis de mettre en place dans 36 départements un « référent violence » et d'expérimenter la mise en place de familles d'accueil pour des femmes victimes de violences. (11)

⇒ 2010 : Alors que 140 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint en 2009, le premier ministre décrète les violences faites aux femmes « grande cause nationale ». (11) Des actions de sensibilisation sont alors menées. La loi du 9 juillet autorise le juge aux affaires familiales à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple ; le port du bracelet électronique par le conjoint violent est mis en place afin d'assurer la réalité de l'éloignement. La violence conjugale psychologique est reconnue : le harcèlement moral sur le conjoint devient un délit. Enfin, le 25 novembre est reconnu comme « Journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes ».

⇒ 2011-2013 : Le troisième plan triennal renforce la lutte dans 3 domaines d'action : la protection, la prévention, la solidarité. Il est reconnu que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge. (3)(12)

⇒ 2012 : la loi du 6 août 2012 vient compléter cet arsenal juridique donnant une définition plus précise mais aussi plus large du délit d'harcèlement sexuel.

Elle agrave les peines encourues. De plus, elle renforce la prévention du harcèlement sexuel dans le monde professionnel encourageant les victimes à en parler plus tôt. (3)

⇒ 2014 : obligation de formation initiale et continue de tous les professionnels qui sont en contact avec des femmes victimes de violence.

⇒ 2015 : L'Institut nationale d'étude démographique a réalisé une enquête quantitative « virage » portant sur les violences subies par les femmes et par les hommes. Pour cette enquête, le recueil des données par téléphone a eu lieu de février à novembre 2015, auprès d'un échantillon de 27 268 personnes (15 556 femmes et 11 712 hommes), âgées de 20 à 69 ans, résidant en France métropolitaine, et vivant en ménage ordinaire.

⇒ 7 mars 2016 : Loi relative au droit des étranger(e)s en France : la loi donne plus facilement accès à un titre de séjour aux femmes étrangères victimes de violences.

⇒ 27 janvier 2017 : Les femmes sur lesquelles il est exercé une pression familiale de mariage forcé sont reconnue par la loi comme public prioritaire au logement social.

⇒ Octobre 2017 : L'affaire Weinstein, du nom du producteur américain dénoncé pour harcèlement sexuel par plusieurs actrices, provoque dans de nombreux pays, dont la France, une libération de la parole. Après ces révélations, des milliers de femmes racontent sur Twitter, via les mots-dièse #MeToo et #BalanceTonPorc, le harcèlement et les agressions sexuelles dont elles ont été victimes. (13)

2. Définitions

La définition du mot violence est souvent mal comprise. La violence est souvent réduite à un seul acte physique, conduisant à dénigrer certains comportements quel que soit leur caractère violent. La déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, définit la violence à l'égard des femmes comme :

« Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». (14)

Le Conseil de l'Europe définit la violence comme :

« Tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe) s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une personne (ou d'un groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». (15)

En France, le ministère de la Justice et des Libertés, direction des Affaires criminelles et des Grâces, a défini la violence au sein du couple comme :

« Un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage avec ou sans communauté de vie, concubinage, pacte civil de solidarité (Pacs), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs ». (16)

Ces définitions permettent d'inclure les violences verbales, psychologiques et matérielles aux violences physiques à proprement dites. Il faut noter l'importance de l'intention lorsqu'on parle de violence contre les femmes. En effet, cela inclut l'intention d'exercer en même temps le pouvoir, la force, l'influence, le contrôle voire une emprise dans la vie publique et privée.

Cette dernière notion nous emmène à distinguer les « violences conjugales » des « conflits conjugaux » : Ernestine Ronai, responsable de l'Observatoire des violences envers les femmes du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, nous donne deux définitions distinctes dans son clip pédagogique que l'on trouve sur le site de la MIPROF.

On parle de « conflit conjugal » pour rendre compte de situations où :

- Deux points de vue s'opposent
- Présence de compromis, de débat, de discussions
- Le positionnement est égalitaire dans les interactions

On parle de « violence conjugale » pour rendre compte de situations où :

- Le rapport de force est asymétrique, emprise de l'homme, rapport inégalitaire
- Les faits de violences sont récurrents, souvent cumulatifs
- Les faits s'aggravent et s'accélèrent

Il peut s'agir d'un acte isolé, mais la violence fait souvent partie d'un cycle de comportements violents et dominants (17).

3. Les différentes formes de violence (18)

« *Les violences entre partenaires intimes ne touchent pas toutes les catégories socio-professionnelles.* » : c'est le premier stéréotype à déconstruire.

La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique prévoit les types de violence suivants :

- La violence psychologique
- Le harcèlement
- La violence physique
- La violence sexuelle
- Les mariages forcés
- Les mutilations génitales féminines
- L'avortement et la stérilisation forcée
- Le harcèlement sexuel
- Le féminicide
- La prostitution forcée
- Les violences gynécologiques et obstétricales

Nous disons « violences faites aux femmes » parce que sans les femmes, cela ne se serait pas produit. La violence faite aux femmes est l'identification de relations inégales entre les hommes et les femmes. Nous pouvons donc rectifier le terme en disant « *violence à l'égard des femmes fondées sur le genre* » pour être plus précis. (18)

Ainsi, selon les données fournies par les initiatives des Nations Unies et de l'union Européenne : (18)

- 35% des filles et des femmes dans le monde ont été victimes de sévices physiques ou sexuels
- 70% de toutes les victimes de la traite des êtres humains dans le monde sont des filles ou des femmes
- Plus de 700 millions de femmes en vie aujourd'hui se sont mariées avant l'âge de 18 ans
- 200 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui ont été victimes de mutilations génitales féminines

Comme vu plus haut, la violence à l'égard des femmes peut revêtir de multiples formes C'est pourquoi l'enquête ENVEFF décrit ces violences comme étant un continuum « *incluant les violences psychologiques, sexuelles, physique, administratives, financière* ». (4)

Nous allons maintenant décrire ces 5 types de violences. Il est important de rappeler qu'il n'y a pas de hiérarchie de gravité, et qu'elles sont souvent mêlées les unes aux autres.

a) La violence psychologique, verbale et cyberviolences

Toutes les formes de violence ont une dimension psychologique, car le but principal de la violence est de porter atteinte à l'intégrité et à la dignité d'une personne.

La violence psychologique est souvent cachée, insidieuse et bien plus toxique.

Souvent administré avec un sourire, un silence, des expressions non verbales ou un chantage émotionnel. Le but de cette forme de violence est de « dépersonnaliser » les femmes en les humiliant, les dénigrant et les ignorant. L'agresseur garde toujours une emprise sur ses victimes par la peur qui règne sans cesse. La violence psychologique résulte de paroles ou de gestes qui ne visent qu'à blesser l'autre. Ce n'est pas un événement ponctuel, c'est un mode de vie.

Des expressions faciales insultantes, des mots humiliants et un ton terrifiant. Dans ce contexte, l'agresseur essaye consciemment de créer une atmosphère de tension de façon à rendre la victime mal à l'aise en permanence.

La violence psychologique peut revêtir différentes formes que souvent les patientes ignorent :

- Le contrôle des heures de sommeils, de repas, des dépenses, des relations
- L'isolement, les relations avec la famille, les amis, le téléphone...
- Le harcèlement
- Le dénigrement
- Les menaces

Une étude réalisée en 2018 par le Centre Hubertine Auclert auprès de 302 femmes victimes de violences, a permis de révéler un phénomène encore peu connu : La cyberviolence conjugale.

Ce nouveau type de violence peut revêtir la forme d’avalanche de SMS dénigrants, appels incessants, diffusion d’images intimes sur les réseaux sociaux, surveillance des déplacements par géolocalisation, piratage des comptes bancaires... Le numérique est devenu pour les agresseurs une arme pour menacer, intimider, humilier et maintenir leur « proie » sous leur emprise.

La cyberviolence est devenue une forme supplémentaire et très fréquente de violences envers les femmes :

- 80% des femmes interrogées par l’étude déclarent avoir reçu des insultes et injures répétées et la moitié affirme avoir reçu des menaces de mort de leur partenaire (ou ex), via le numérique (smartphone, ordinateur...) ;
- 7 femmes sur 10 ont déclaré qu’il leur a interdit de communiquer avec quelqu’un d’autre. La moitié déclare qu’il leur a déjà confisqué leur téléphone ;
- 21% des femmes interrogées indiquent avoir été surveillées à distance via un logiciel espion ; 62% affirment que leur partenaire (ou ex) a exigé leurs codes d'accès à leurs outils numériques ;
- 1 femme sur 3 déclare avoir été menacée par son partenaire (ou ex) de diffusion de contenus intimes et 16% affirment qu'il a procédé à cette diffusion.

Cette forme de violence psychologique est prépondérante dans notre société, elle est donc tout aussi importante à dépister chez nos patientes.

b) La violence physique

La violence physique correspond à tout acte commis avec l'intention ou le résultat d'une douleur et/ou d'un préjudice physique. Comme pour toutes les formes de violence, le but de l'agresseur n'est pas seulement de causer des dommages physiques, mais de miner la confiance en soi de l'autre. La violence physique comprend les bousculades, les morsures, les coups avec ou sans objet, les brûlures, les étouffements, les séquestrations...

c) La violence sexuelle

Les violences à caractère sexuel recouvrent les situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel. La notion de consentement est très importante car dans les violences sexuelles la victime n'a pas consenti et n'a pas désiré ces comportements.

Le non-consentement peut être exprimé par des paroles, des silences, des attitudes ou des écrits. Le silence ne vaut pas acceptation. Aucune tenue, aucune parole ou aucun comportement ne justifie les violences sexuelles. (19)

La violence sexuelle comprend :

Utiliser n'importe quelle partie du corps ou objet pour l'insérer sexuellement dans un autre corps par le vagin, l'anus ou la bouche. Autres actes non consentis de nature sexuelle envers autrui ; forcer autrui à avoir des rapports sexuels non consentis avec un tiers. (18) Tout acte sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise est sanctionnée pénalement. Les peines encourues et les délais de prescriptions varient selon la nature des faits, l'âge de la victime et les éventuelles circonstances aggravantes.

Ils existent différentes nuances dont il est essentiel de connaître les définitions afin de pouvoir guider et poser un diagnostic sur les faits que notre patiente va nous relater :

- Viol : atteinte sexuelle avec pénétration commise sans le consentement de la victime.
- Agression sexuelle autre que le viol : acte commis à caractère sexuel sans pénétration et sans le consentement de la victime.
- Harcèlement sexuel : faits d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou des comportements à connotation sexuelle.
- Exhibition sexuelle : délit de montrer une partie du corps sexuelle à une personne non consentante.
- Administration de substance en vue de commettre un viol ou une agression sexuelle.

d) La violence socio-économique

Les formes les plus classiques de violence socio-économique sont :

Priver les victimes de revenus, leur interdire de gagner leur propre revenu, statut de « Femme au foyer » subi, travail non rémunéré forcé dans l'entreprise familiale, ou les empêcher de travailler par des violences physiques ciblées. Le volet administratif a pour but de retirer la carte d'identité et le permis de conduire de la victime, entre autres.

Certaines formes de violences socio-économiques basées sur le genre contribuent à rendre les femmes économiquement dépendantes de leur partenaire, ce qui offre aux personnes violentes des opportunités d'agir sans craindre de perdre leur partenaire.

e) La violence domestique et la violence dans les relations intimes

Cette forme de violence est présente dans tous les milieux socio-économique, toutes les cultures, il est important de bannir ce stéréotype dans notre prise en charge des femmes.

Selon la Convention d'Istanbul, (15) «le terme violence domestique» désigne :

« Tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime ».

La violence domestique est présente aussi bien dans les relations hétérosexuelles qu'homosexuelles. Mais il existe une part majoritaire de violences perpétrées par les hommes envers les femmes.

Une question revient souvent à propos de la violence domestique :

« Pourquoi la victime ne part-elle pas ? »

Ce type de violence est un phénomène complexe, impliquant souvent des formes de violence physique, psychologique, émotionnelle et financière. Elle implique souvent l'isolement de la victime de sa famille et de ses amis, le vol d'effets personnels, la manipulation d'enfants et des menaces de représailles contre la victime, les enfants ou d'autres membres de la famille. D'autre part, les victimes ne veulent pas « priver » leur enfant de père en partant.

Une autre raison pour laquelle ces femmes restent dans des relations abusives et toxiques est le phénomène du « cycle de la violence ».

4. Les mécanismes de la violence (17)

Bien que chaque cas soit unique, les situations de violences se déroulent souvent selon une logique assez semblable. Il est primordial de bien comprendre qu'au départ, ces femmes sont amoureuses de leur compagnon, sauf dans le cas des mariages arrangés.

Liliane Daligand, psychiatre des hôpitaux au CHU de Lyon où elle est responsable des urgences psychiatriques et d'une unité d'accueil de victimes, décrit dans un de ses ouvrages « *emprise dans les violences conjugales et maltraitance infantile* » le phénomène du « *cycle de la violence* ».

D'après la psychiatre, la plupart des victimes insistent sur la rencontre initiale avec « *un homme charmant, attentionné, séduisant* ». Cette phase de séduction permet l'attachement piégeant les victimes dans la relation. Peu à peu, les violences prennent une place centrale dans l'espace intime. L'isolement se fait progressivement, un contrôle omniprésent, s'accompagnant de la perte d'autonomie, la surveillance des contacts avec autrui, la limitation des allées et venues.... Un évènement peut faire basculer la relation : l'annonce d'une grossesse, un emménagement, un mariage, la naissance d'un premier enfant. (20)

a) Le cycle de la violence`

⇒ **PHASE A : Mise en place d'un climat de tension**

L'insatisfaction prend la place du bien-être, le climat de tension s'installe dans le couple et parfois un incident apparemment banal déclenche des réactions d'impatience, la victime apprend la peur.

⇒ **PHASE B : Passage à l'acte violent ou l'agression**

L'escalade de la tension peut durer plusieurs mois et tôt ou tard l'insatisfait n'hésite plus à manifester sa violence par toutes les formes possibles.

⇒ **PHASE C : La justification, l'installation de l'emprise**

L'agresseur est dans le déni de sa violence et la victime dans la culpabilisation : « c'est ma faute, je l'ai provoqué ».

L'auteur rationalise sa violence en attribuant les causes à sa compagne ou à des facteurs extérieurs : maladie, stress, travail, alcool. L'agresseur devient en quelques sorte victime de ces facteurs extérieurs.

⇒ **PHASE D : la lune de miel, la rémission, l'accalmie**

Il regrette et demande pardon. Dans certains cas, il offre des cadeaux et redevient très amoureux. Elle retrouve l'homme qu'elle aime, elle croit en ses promesses et regagne espoir. Elle pense qu'elle peut le changer.

(ANNEXE 1 : Schéma cycle de la violence)

Si rien n'est fait, la violence ne cessera de croître en fréquence et en intensité. D'ailleurs, plus les cycles se répètent et plus les phases de « lune de miel » se font rares.

b) Les stratégies de l'agresseur

Les agresseurs conçoivent et développent des stratégies visant à obtenir un avantage sur les victimes. Ils sont manipulateurs, les blâment, trouvent des excuses, utilisent leurs enfants, imposent le silence et sont imprévisibles. Ces stratégies sont renforcées par les valeurs personnelles, religieuses et culturelles de la victime. Elle est sous contrôle.

Une véritable stratégie est établie : Les agresseurs isolent les femmes, les dévalorisent et les « chosifient ». On assiste alors à une véritable escalade de la violence. Cela se manifeste par :

- La violence psychologique passe inaperçue auprès de la victime, mais brise la confiance en soi, toutes dérives deviennent possibles pour l'agresseur.
- Les violences verbales prennent le relais : un climat d'insécurité et de peur est établi.
- Ensuite, les différentes formes de violences s'appuient les unes aux autres et deviennent de plus en plus graves avec le temps.

(ANNEXE 2 : schéma escalade de la violence)

c) Les facteurs associés aux violences faites aux femmes (21)

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que la violence au sein du couple et la violence sexuelle résultent de facteurs qui interagissent les uns avec les autres. Ces facteurs contribuent à augmenter les risques ou à les réduire. Ces facteurs sont soit associés à l'auteur des violences, soit à la victime, soit à l'un comme à l'autre.

- Facteurs associés à la violence au sein du couple et à la violence sexuelle :
 - Faible niveau d'instruction (auteur et victime)
 - Exposition à la maltraitance durant l'enfance (auteur et victime)
 - Exposition à la violence familiale (auteur et victime)
 - Trouble de la personnalité (auteur)
 - Usage nocif de l'alcool / drogues (auteur et victime)
 - Normes collectives qui privilégient l'homme
 - Grande disparité entre les sexes au niveau de la société

- Facteurs associés spécifiquement à la violence au sein du couple :
 - Exposition à la violence par le passé
 - Mésentente et insatisfaction conjugales
 - Problème de communication au sein du couple
 - Comportement dominateur des hommes envers leur partenaire

5. Les conséquences des violences faites aux femmes (3)(1)(21)

Les violences envers les femmes, qu'elles soient d'ordre physique, psychologique, sexuelle, socio-économique sont sources, à court et à long terme, de graves problèmes de santé physique, mentale, psychologique, gynéco-obstétricale, reproductive, sexuelle, du bien-être de leur(s) enfant(s). D'autres part, cela engendre des coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société dans son ensemble.

D'après l'étude PSYTEL réalisée en 2012, le coût total des VSCE (violences au sein du couple et leurs incidences) est estimé à 3,6 milliards d'euros avec 8% de couts directs médicaux, 7,1% correspondants au recours aux services de police, 6,3% au recours aux aides sociales, 38,2% dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme, 28,6% de préjudice humain et 11,7% de l'incidence sur les enfants. (22)

a) Sur la santé

Les conséquences sur la santé des femmes victimes de violences sont diverses. Il est primordial pour les sages-femmes, ou tout autre professionnel de santé au contact de femmes de savoir les repérer et de les diagnostiquer.

Selon Muriel Salmona, la méconnaissance des troubles psycho-traumatiques et de leurs mécanismes porte préjudice aux victimes et représente une grave perte de chance pour elles, d'autant plus, qu'une prise en charge médico-psychologique de qualité et efficace permet, en traitant les troubles psycho-traumatiques, d'éviter la majeure partie des conséquences des violences sur la santé des victimes, sur leur vie affective, sociale, scolaire ou professionnelle, et sur le risque qu'elles subissent à nouveau des violences. (23)

b) Sur le plan physique

Sur le plan physique, les lésions traumatiques sont multiples et de nature variée. On observe par ordre de fréquence : des contusions, des plaies profondes, des plaies superficielles, des fractures, des brûlures... D'autres symptômes tels que la perte des cheveux, des douleurs abdominales, la perforation du tympan, des dents brisées ou perdues, ainsi que des maux de têtes sont évocateurs.

Nous pouvons voir également l'aggravation de certaines pathologies chroniques par la moindre importance ou vigilance que ces femmes accordent à leur propre santé.

c) Sur le plan gynécologique

Selon la HAS, les troubles gynécologiques que l'on retrouve sont souvent les algies pelviennes chroniques, des dyspareunies superficielles voire profondes, les infections sexuellement transmissibles à répétition. Certaines femmes présentent un vaginisme. D'autres présentent une « baisse de libido ». Les femmes victimes de violences sont souvent sujettes aux infections urinaires et vaginales, à répétition. Celles-ci sont exposées à un risque accru d'IST notamment par le refus du partenaire à porter un préservatif mais aussi par les pratiques sexuelles imposées. D'autre part, ces femmes peuvent présenter des troubles de l'ovulation ou des dysménorrhées. (3)

De plus, le refus de méthode contraceptive de la part du conjoint engendre des grossesses non désirées mais aussi une surconsommation d'IVG.

Les patientes qui consultent de manière répétée aux urgences gynécologiques doivent alerter les sages-femmes et autres soignants.

d) Sur le plan obstétrical

Comme dit précédemment, l'état de grossesse représente en lui-même un facteur de risque non négligeable d'apparition de violence au sein du couple : 40% de celles-ci apparaissent pour la première fois pendant une grossesse. (4) La grossesse peut donc être un évènement déclencheur des violences, que ce soit au sein du couple, dans le milieu professionnel ou par la réactivation de traumatismes antérieurs.

Selon les statistiques de l'OMS, les femmes ayant subies des violences avant et/ou pendant la grossesse ont des risques significativement plus élevés pour un grand nombre de pathologies obstétricales. Ils retrouvent ainsi des risques augmenté jusqu'à : (24)

- +90% pour les métrorragies
- +60% pour les RPM, les infections urinaires et les vomissements incoercibles
- +48% pour l'hypertension artérielle
- +37% pour les MAP
- +21% pour les hypotrophies néonatales

(Source : *observatoire national des violences faites aux femmes, lettre n°6, OMS 2014*)

De plus, les femmes enceintes qui subissent des violences conjugales bénéficient d'un moins bon suivi de leur grossesse et plus de facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, le tabagisme, la prise d'alcool.(25)

Encore une fois, ce sont des patientes qui peuvent consulter de nombreuses fois aux urgences obstétricales pour la même chose : peur de RPM, peur des RS durant la grossesse, MTR... il faut toujours se poser la question. Ce sont souvent des symptômes écrans, ces femmes ne parleront pas si on ne leur pose pas la question.

e) Sur le plan psychologique

Sur le plan psychologique, la femme peut ressentir une dépression, de la honte, de la culpabilité. Elles se sentent dévalorisées, en position d'échec, ne sont plus que l'ombre d'elle-même. Il est important de souligner que dans ce contexte de possible dépression, tentative de suicide, de perte de l'élan vital, une surconsommation de psychotropes, de drogues et d'alcool chez ces femmes est fréquent. (26)

Ces femmes peuvent souffrir également de troubles du comportement alimentaire, anorexie et boulimie.

f) Sur les enfants

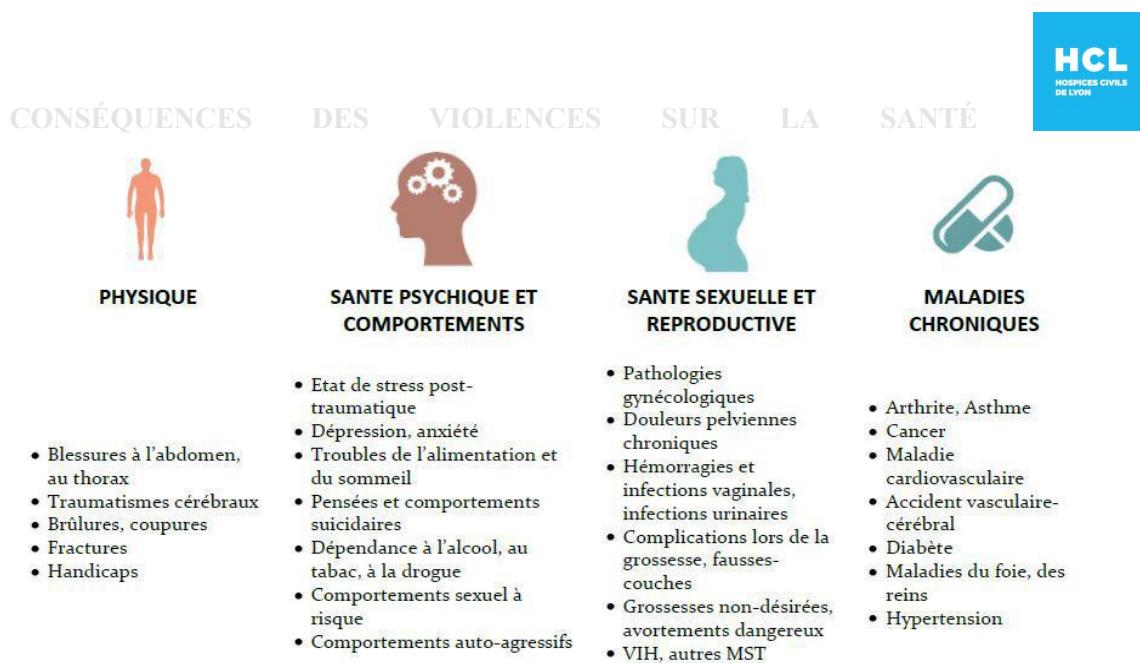
Les enfants qui grandissent dans des familles où sévit la violence peuvent souffrir de toute une série de troubles comportementaux et émotionnels susceptibles de l'amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victimes :

- Troubles du sommeil
- Cauchemars répétitifs
- Signes fonctionnels variables (boule dans la gorge, spasme gastrique)
- Des troubles du comportement avec des actes d'agression inadaptés ou simplement l'émergence d'une irritabilité
- Symptomatologie anxiodépressive, culpabilité

La sensibilisation à l'impact sur l'enfant dans les violences dans le couple parental n'a pu se faire qu'à partir des années 2000 en France, suite à l'enquête ENVEFF.(4)

Après l'évocation d'enfant témoin pour les uns, d'enfant victime pour les autres, il semble que la formulation d'enfant exposé aux violences ou enfant co-victime semble la formulation la plus correcte selon Roland Coutanceau. (1)

La violence au sein du couple a également été associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et l'enfant (maladies diarrhéiques, MIN, malnutrition et taux de vaccination plus faibles...).



(Source OMS 2014. Observatoire national des violences faites aux femmes. Lettre n°6)

II) L'implication et le rôle de la sage-femme dans le dépistage des violences faites aux femmes

Différents acteurs et actrices interviennent dans le parcours d'une femme victime de violences. Il n'y a pas de chronologie prédéfinie de leurs interventions et le rôle de chacun et chacune est important tant dans la phase de repérage des violences que d'accompagnement de la victime.

Mais il est important de souligner le rôle prépondérant des sage-femmes en matière de lutte contre les violences faites aux femmes. En tant que profession médicale, il incombe aux sage-femmes de prendre en charge ces victimes et de repérer ces situations.

La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles, subies par une femme. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'a pu évoquer.

En 2001, le rapport du Pr. Henrion préconise un dépistage systématique en posant directement la question. (5) Puis en 2004 le Collège National des Gynécologues obstétriciens français incite les professionnels de santé en lien avec ces victimes à rechercher, dépister, et orienter ces victimes en publant un rapport lors de la 28e journée nationale des recommandations. (27) Enfin la HAS recommande depuis 2019 un dépistage systématique en consultation (3)

1. Sage-femme, une profession médicale, régit par un code de déontologie

La profession de sage-femme est réglementée par le code de la santé publique et le code de déontologie des sages femmes. Il stipule que : (28)(29)

Article R.4127-315 :

« Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés. »

Article R.4127-316 :

« Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger. »

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

D'autre part, le code de déontologie souligne à travers l'article 226-14 que « la sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de la famille ». Ce dernier article révèle un paradoxe quant au devoir de la sage-femme, comme vu plus haut, d'intervenir en cas de « danger immédiat » d'une patiente ou d'un nouveau-né.

Ceci fait émerger quelques interrogations : *Qu'implique le respect du secret professionnel ? permet-il de signaler les violences ? faut-il l'accord de la victime ?*

L'article 226-14 du code pénal qui est en vigueur depuis le 2 décembre 2021, précise les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret professionnel : (30)

« Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République » (31)

Ce signalement est une dérogation légale du secret professionnel énoncé par l'article 226-13 du code pénal. Le professionnel de santé doit évaluer non seulement le danger vital mais aussi l'emprise exercée sur la victime. Il n'encourt aucune sanction s'il est sincère et honnête en signalant le cas de sa patiente.

Un outil d'évaluation du danger et de l'emprise a été élaboré pour aider le professionnel de santé dans cette appréciation. (ANNEXE 3 : Vadémecum critère gravité)

Cet outil d'aide à l'évaluation de la situation ne doit pas faire l'objet d'une transmission au Procureur de la République mais il est recommandé de le conserver dans le dossier du patient.

En pratique, les violences subies sont rarement le motif de consultation. Il est donc du devoir de la sage-femme ou tout autre professionnel de santé de dépister systématiquement et à chaque consultation les violences subies au cours de la vie de la patiente afin de la prendre en charge si besoin. En effet, l'écoute fait partie du rôle propre de tout professionnel de santé, la patiente se sent ainsi potentiellement comprise, considérée, une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler.

2. Le dépistage, soins et réalisation d'un certificat

Les professionnels de santé sont les premiers intervenants sollicités par les femmes victimes, bien avant les professionnels du champ social et les forces de l'ordre.

La consultation médicale est donc un outil précieux pour rompre le cycle du silence. Les sage-femmes sont donc en première ligne face aux violences faites aux femmes. (32)

- Rôles des sage-femmes en consultation :
 - Repérer
 - Informer (connaître les définitions des différentes violences)
 - Accompagner
 - Orienter (de façon médico-psycho-sociale)

a) Dépister

Selon les recommandations de la HAS de 2019, revues en juin 2020, le repérage des violences doit se faire de façon systématique : il faut toujours poser la question. (33)

Des signaux d'alertes, lors des consultations prénatales, doivent aussi emmener à rechercher des potentielles violences dans le vécu de la patiente :

- Déclaration tardive de la grossesse
- Déni de grossesse
- Demande d'IVG
- Répétitions de consultations non programmées ou non honorées
- Conduites à risques
- Addictions
- Un conjoint trop « prévenant », répondant à la place de sa compagne, contrôlant ses faits et gestes pour la maintenir sous son contrôle et sa domination.

- Les grossesses pathologiques, conséquence de violences physiques, sexuelles et/ou psychologique, MAP, RCIU, RPM, HRP, MFIU.
- Les troubles gynécologiques : lésions périnéales, IST, algies pelviennes, dyspareunies, dysménorrhées. (32)

Voici des exemples de questions à poser lors de consultations, bien qu'il appartient à chaque professionnel de posséder sa propre phrase :

« Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a fait souffrir dans votre vie et/ou qui vous fait encore souffrir ? avez-vous envie d'en parler ? »

« Est-ce qu'il y a quelque chose dont vous aimeriez me parler ? »

« Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? Qu'elles soient physiques, psychologiques, sexuelles, ou économiques ? »

« Est-ce qu'au cours de votre vie on vous a déjà malmenée, violentée ? »

« Considérez-vous que vous avez eu une enfance heureuse ? Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal ? »

Il peut s'avérer utile de faire sortir les pères ou conjoints lors de la consultation, par exemple, lui demander d'aller refaire les étiquettes, ou mettre un foulard rouge dans le coin d'examen et écrire : « le ramener en disant que c'est la patiente d'avant qui l'a oublié si vous êtes victimes de violences ».

Dans tous les cas, il s'avère indispensable de recevoir la patiente seule, sans conjoint ni accompagnateur, au moins une fois lors de son suivi de grossesse.

Pour les sage-femmes le repérage peut se faire :

- Lors de l'EPP (entretien prénatal précoce, proposé en systématique)
- En consultation prénatale programmée
- Lors d'une hospitalisation en cours de grossesse
- En consultation d'urgence
- Lors de l'hospitalisation post-partum
- Lors d'une visite à domicile
- Au planning familial
- Lors du suivi gynécologique de prévention

Il existe 4 caractéristiques fondamentales de l'entretien médical pour le repérage des violences :

- La bienveillance
- L'écoute active
- La sécurisation
- Le respect

La sage-femme doit être dans une position complètement à l'opposé de l'agresseur. Il faut redonner une place d'être humain à la patiente en lui disant : « *je vous crois, je suis d'accord, je comprends ce que vous me dites* ».

Le jugement rompt la relation de confiance et tout repérage devient impossible.

b) Les soins et la prise en charge médicale

Traiter les troubles somatiques et psychologiques liés aux violences, c'est-à-dire entreprendre les soins médicaux classiques, mais aussi évaluer les origines de la violence et agir sur celles-ci.

Au-delà des actes médicaux relevant de son domaine de compétence, la sage-femme :

- 1- Évaluera le risque pour la patiente, la grossesse et l'enfant à naître
- 2- Proposera la rédaction d'un certificat médical de constatation
- 3- Informera et orientera la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs

1) *Évaluation de la situation de la victime*

La sage-femme doit évaluer le risque encouru par la femme victime de violences et ses enfants en posant des questions sur :

- L'isolement de la victime
- Le risque de représailles
- La fréquence et la gravité des violences commises
- Les risques suicidaires de la victime
- Les risques socio-professionnels

2) Le certificat médical de constatation

Il est délivré par le médecin, la sage-femme ou le chirurgien-dentiste à l'issue de la consultation. Il fait ainsi partie des éléments qui permettront à la victime d'engager une action en justice devant le juge pénal et/ou civil, notamment pour obtenir des mesures de protection.

C'est un document écrit par lequel la sage-femme (le médecin ou le dentiste) atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique. Le certificat est remis directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint étant un tiers).

Lorsqu'elle est sollicitée la sage-femme ne peut se soustraire à une demande d'établissement du certificat médical, qu'elle provienne d'une victime ou d'une réquisition judiciaire. Dans ce dernier cas, le professionnel de santé exigera une réquisition écrite et répondra uniquement aux questions posées.

Il y a un cahier des charges bien précis sur ce qu'il est demandé. Même sans demande, le certificat médical doit être établi et conservé dans le dossier médical. La victime pourra le demander ultérieurement. Elle n'en a pas besoin pour porter plainte mais c'est important de le faire. Le certificat médical doit décrire les lésions et les comportements de la patiente de manière factuelle et retranscrire ses dires entre guillemets. Il s'agit d'un élément objectif sur lequel la justice pourra s'appuyer pour décider des suites à donner.

Le protocole Aurore met à disposition des sages-femmes un modèle de certificat médical, il se trouve également sur le site du conseil de l'Ordre des sage-femmes et stop-violences-femmes.gouv.fr. (ANNEXE 4 : certificat médical)

Ensuite, le médecin, va établir le nombre de jours d'ITT (Incapacité Totale de Travail) : **Il est à noter que la sage-femme n'est pas en droit de le faire.**

Il s'agit de la période durant laquelle la victime a été empêchée d'exercer ses activités habituelles que ce soit pour le travail ou dans la vie privée de manière totale ou partielle. Il s'agit de la perte de qualité de vie et de celle des joies usuelles de la vie courante. C'est à partir des constatations médicales initiales que pourra être évaluée sur le plan pénal l'ITT : son évaluation est indispensable pour qualifier l'infraction pénale commise par l'auteur des faits, et sa gravité (articles 222-11 et 222-19 du Code Pénal).

Selon la classification de l'ITT soit inférieure soit supérieure à 8 jours, les conséquences seront différentes. Si la patiente a été victime de viol, il faut l'orienter vers un centre spécialisé pour faire des prélèvements. A Lyon, il s'agit de l'UMJ (Unité Médico-Judiciaire) à HEH.

c) Orientation et conseils

Une des étapes les plus importantes dans la prise en charge de la patiente victime de violence après le repérage effectué c'est de l'orienter de manière avisée et organisée selon ses besoins immédiats. De manière personnalisée, selon l'histoire de la victime, le type de violences subies, leur ancienneté, la situation professionnelle, l'état psychologique et la prise de conscience de violences subies, chaque femme ayant des besoins différents.

En collaboration avec les autres professionnels concernés :

- **Vers un suivi psychologique ou psychiatrique.** Il peut se faire à l'hôpital directement, en ville, ou au sein d'une association spécialisée.
- **Vers les assistantes sociales** pour lui permettre de recouvrer ses droits (sécurité sociale, allocations familiales), trouver un domicile, une autre école pour les enfants pour préparer le départ, d'être aidée sur le plan financier en cas de violence économique.
- **Vers les associations spécialisées** dans l'aide aux femmes victimes de violence conjugale. Ces associations proposent un accompagnement, des conseils juridiques, une écoute, une prise en charge adaptée ; elles peuvent parfois se porter partie civile avec l'accord de la victime.
- **Vers la police et la gendarmerie** qui ont l'obligation de recevoir toute plainte ou d'établir une main courante (police) ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie).
- Toute patiente doit quitter la consultation en emportant au moins, le numéro de la permanence d'écoute téléphonique nationale destiné aux victimes ou témoins de violences conjugales : « violences conjugales Info – 3919 ».

Le conseil de l'ordre des sage-femmes a mis à disposition des sage-femmes une notice avec les numéros à contacter en cas de besoin et les sites internet à communiquer à la patiente :

Qui contacter ?

Le **17** : numéro qui vous permet de joindre la police et la gendarmerie.

Le **112** : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.

Le **15** : numéro spécifique aux urgences médicales, qui vous permet de joindre 24h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU).

Le **18** : numéro qui vous permet de joindre les pompiers.

Le **114** : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes ou ayant des difficultés à parler victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter par SMS l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18)

Numéro d'écoute, d'information et d'orientation

39 19 : Violences Femmes Info

Numéro gratuit **anonyme**, ne laissant aucune trace sur la facture téléphonique, accessible 7/7 gratuit , qui assure une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge.

Lien Internet

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr>

www.ordre-sages-femmes.fr

A cette plaquette, il paraît primordial d'ajouter les contacts dédiés aux femmes en situation de handicap :

- EVFH (écoute violences femmes handicapées) : 01 40 47 06 06
- Contact par courriel pour les femmes déficientes auditives : ecoute@fdfa.fr

En 2021, 122 féminicides ont été recensés en France, dont 8 ont été commis en Auvergne-Rhône-Alpes (contre 10 en 2020) et 2 dans le Rhône (contre 3 en 2020).(34)

C'est dans ce sens, que la ville de Lyon, en partenariat avec l'association VIFFIL SOS-femmes (Violences Intra-Familiales Femmes Informations Libertés), organise des permanences en mairies d'arrondissement. L'entretien est gratuit, sans rendez-vous, confidentiel et anonyme. Ces lieux offrent un accueil, une écoute, un soutien dans les démarches juridiques, administratives et sociale et une orientation vers d'autres services.

Voici la liste des associations de la ville de Lyon pour les femmes victimes de violences :

- **Association VIFFIL**

(Violences intra-familiales Femmes Informations Libertés)

- **Association CIDIFF**

(Centre d'information sur les Droits des femmes et des familles)

- Femmes solidaires

- Planning familial

- GAMS fusionné avec l'association les orchidées rouges

(Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles et mariages forcés)

- **Association LE MAS (Mouvement d'action sociale)**

- Fil actions

(Prévention des violences sexistes et conjugales notamment auprès des jeunes)

- Collectif Metoo Lyon

- Maison de Justice et du Droit

- Barreau de Lyon

- **Solidarité femmes beaujolais**

La ville de Lyon a élaboré un dépliant avec la liste et les numéros de toutes ses associations à destination des professionnels et de la population. Il contient un violentomètre afin que la femme subissant des violences puisse facilement se rendre compte de la gravité de ce qu'elle subit. (ANNEXE 5 : Violentomètre)

D'après les actualités de la préfète et du site des services de l'état dans le Rhône, la Région Auvergne-Rhône-Alpes, depuis le lancement du Grenelle contre les violences conjugales en 2019, continue d'être fortement mobilisé sur des actions telles que :

- **Orienter utilement les victimes de violences dans les commissariats et gendarmeries** : les intervenants sociaux en commissariats et gendarmeries (ISCG), au nombre de 9 dans le Rhône, sont chargés d'accueillir, de conseiller et d'orienter les personnes en détresse sociale pour faciliter leur prise en charge globale.

- **Assurer la mise à l'abri des femmes victimes de violences** avec des places d'hébergement dédiées. Depuis 2019, le nombre de places a augmenté de près de 40 % pour atteindre 1100 places d'hébergement dédiées en Auvergne-Rhône-Alpes en 2022, dont 300 pour le Rhône.
- **Permettre le jugement rapide des auteurs** : la juridiction de Lyon a créé des filières spécifiques permettant l'orientation rapide des procédures en matière de violences conjugales. Sous l'autorité du procureur de Lyon, ce sont ainsi 1016 procédures de violences intrafamiliales (VIF) qui ont été traitées prioritairement courant 2022 dont 633 auteurs qui ont été déférés dans le cadre de procédures de violences conjugales jugées en comparution immédiate ou avec convocation devant le tribunal à délai rapproché et placement sous contrôle judiciaire de l'auteur.
- **Protéger les victimes de leur agresseur** avec des mesures judiciaires d'éviction et des outils d'alerte ou de signalement. Les parquets de Lyon et de Villefranche-sur-Saône ont ainsi attribué courant 2022 plus de 100 téléphones grave danger et 22 bracelets antirapprochements dans le cadre de mesures d'éloignement judiciaire.
- **Prévenir la récidive** : 3 centres de prise en charge et d'accompagnement des auteurs de violences conjugales (CPCA) ont été mis en place dans la région, dont un dans le Rhône porté par le Service de contrôle judiciaire et d'enquêtes (SCJE). Ces centres assurent une prise en charge globale des auteurs grâce à un accompagnement pluridisciplinaire : psychothérapeutique, médico-social et socio-professionnel, complété par des stages de responsabilisation. Les auteurs peuvent y venir librement ou y être orientés dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'un sursis probatoire renforcé lorsqu'une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire.
- **Renforcer l'accompagnement des femmes victimes par les associations spécialisées** : afin de répondre aux nombreuses sollicitations des femmes victimes, les associations ont développé des permanences sectorisées pour les accueillir, les accompagner et les soutenir dans leurs démarches. Le Rhône compte 4 associations spécialisées : VIFFIL, le Mas, le CIDFF et Solidarité Femmes Beaujolais.

- **Diffuser très largement une culture de l'égalité :** la prévention des violences conjugales, sexistes et sexuelles nécessite la diffusion d'une culture de l'égalité auprès du grand public, des professionnels et particulièrement des jeunes. Ainsi, de nombreuses actions de sensibilisation et de formation des jeunes sont mises en place au sein des établissements scolaires, par l'association « Fil'Actions » notamment.

PARTIE 2

I) Matériel et méthode

1. Problématique

Pendant la grossesse, les consultations sont fréquentes et sont des moments opportuns où le dépistage des violences faites aux femmes peut être réalisé. Comme vu dans la partie 1 de ce travail, la grossesse peut faire partie des facteurs déclencheurs de violences envers les femmes. Elles ont des répercussions graves pour la santé de la mère, de l'enfant, et sur le déroulement de la grossesse.

Ce dépistage est-il fait de façon systématique par les sages-femmes exerçant en consultations prénatales, quel que soit leurs milieux d'exercice, leurs formations et leurs expériences professionnelles ?

L'objectif principal de ce mémoire est de calculer la prévalence du repérage des violences faites aux femmes chez les patientes vues en consultation prénatale programmée ou en urgence par une sage-femme, quel que soit le terme de la grossesse dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les objectifs secondaires sont de rechercher les facteurs associés au repérage des VFF en lien avec les caractéristiques des sage-femmes : années d'expérience, formation spécifique au dépistage des VVF, exercice libéral, hospitalier, urbain, semi-urbain ou rural, l'information et l'orientation vers des réseaux de professionnels ou associations.

Hypothèse principale : les sage-femmes ne dépistent pas de façon systématique les violences faites aux femmes pendant la grossesse.

Hypothèse secondaire : les sage-femmes n'ont pas les connaissances théoriques pour accompagner et orienter les femmes victimes de violences. Les sage-femmes ne sont pas assez formées dans la prise en charge immédiate des patientes victimes. Cette différence de dépistage varie en fonction de l'expérience de la sage-femme, de l'exercice libéral ou hospitalier ou encore selon leur lieu d'exercice (urbain, semi-urbain, rural)

2. Type d'étude

Nous avons choisi de mener une étude de type quantitative descriptive.

3. Population étudiée

Les sage-femmes interrogé(e)s par notre étude sont des professionnel(le)s ayant une activité prénatale en Région Auvergne-Rhône-Alpes, exerçant en milieu urbain, semi-urbain, ou rural, exerçant en secteur hospitalier, libéral ou en protection maternelle et infantile (PMI).

- **Critères d'inclusion dans l'étude :**

- Être sage-femme en région Rhône-Alpes
- Avoir une activité en consultation prénatale

- **Critère d'exclusion de l'étude :**

- Professionnel de santé autre que sage-femme
- Sage-femme exerçant uniquement en post-natal ou per-natal
- Sage-femme hors région Rhône-Alpes

4. Coordonnées des sage-femmes

Les coordonnées des sage-femmes libérales ont été récupérées sur le site du conseil National de l'Ordre des Sage-femmes. Celles des sage-femmes hospitalières ont été récupérées en envoyant le questionnaire par courriel aux cadres des services de consultations et de salle de naissance des CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes de tous niveaux confondus (1, 2A, 2B, 3) afin d'avoir la représentation la plus fiable possible. Ils ont ensuite été envoyés aux sage-femmes salariées par leur soin sur leur courriel professionnel.

En somme, nous avons envoyé le questionnaire à 30 cadres de CHU et à 120 sage-femmes libérales ou exerçant en PMI.

5. Période et site de l'étude

La période de récolte des données de l'étude s'est étendue du 10 octobre 2022, date à laquelle les premiers questionnaires ont été envoyé jusqu'au 22 Février 2023, date à laquelle nous avons eu assez de données tant sur le plan hospitalier que libéral.

Le site d'étude est la région Auvergne-Rhône-Alpes.

6. Type d'outil et variable à recueillir

L'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire. Il a été adressé par courriel sous forme de lien avec le logiciel GoogleForm. (ANNEXE 6 : questionnaire)

Le questionnaire était composé de questions ouvertes et de questions fermées.

Il était composé de 14 questions que nous pouvons regrouper en 3 groupes :

⇒ **Questions 1 à 6** : caractéristiques de la population de sages-femmes étudiée.

⇒ **Questions 7 à 10** : la façon dont les violences envers les femmes sont abordées en consultation.

⇒ **Questions 11 à 14** : les freins face au dépistage, l'orientation des patientes et la formation des sage-femmes concernant les violences.

II) RESULTATS

1. Recueil des données

A la date de fin de l'étude, nous avons reçu 72 réponses sur 149 questionnaires envoyés. Soit un taux de réponse de 48% environ.

Ce taux de réponse est probablement surestimé car nous ne savons pas si toutes les cadres de service de CHU ont effectivement envoyé le questionnaire à leurs salariées et dans quelle proportion.

Bien que nous ayons obtenu un taux de réponse inférieur à 100, nous avons décidé de traiter nos données sous la forme de pourcentage pour les rendre plus interprétables.

2. Description socio-démographique de la population étudiée

Les caractéristiques de la population étudiée concernent les questions 1 à 6 du questionnaire.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population de sage-femmes étudiée

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION		NOMBRE	%
		72	100
Sexe			
	Femme	71	98,6
	Homme	1	1,4
Tranche d'âge			
	<30 ans	12	16,7
	30-40 ans	30	41,7
	40-50 ans	17	23,6
	>50 ans	13	18,1
Type d'exercice			
	Libéral (secteur privé)	26	36,1
	Hospitalier (salarié.e)	46	63,9
Milieu d'exercice			
	Urbain	30	42,3
	Semi-urbain	31	43,7
	Rural	11	14,1
Années d'expérience			
	< 5 ans	13	18,1
	5 – 10 ans	11	15,3
	10 – 15 ans	19	26,4
	>20 ans	24	33,3

La majorité de notre population est représentée par des sage-femmes de sexe femme, salariée du secteur hospitalier, travaillant en milieu urbain ou semi-urbain, avec plus de 10 années d'expérience de la profession.

Il a été demandé aux sage-femmes d'inscrire leur département et ville d'exercice. Nous retrouvons principalement les communes avoisinant l'agglomération lyonnaise, en passant par la haute Savoie, la Drôme, l'Isère, l'Ain et la Loire.

3. Pratique des sage-femmes

Les pratiques des sage-femmes concernant le dépistage des violences en consultation étaient abordées par les questions 7 à 10.

Tableau II : Pratiques des sage-femmes quant au dépistage

	NOMBRE	%
Systématique	60	83,3
Sur point d'appel	12	16,7
Jamais	0	0

Dans notre population, 83,3% des sage-femmes réalisent le dépistage des violences de façon systématique.

a) Dépistage systématique (n=60)

Tableau III : Age de la population réalisant un dépistage systématique

Age	< 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	>50 ans
%	13,3 (n=8)	40,0 (n=24)	28,3 (n=17)	18,3 (n=11)

Tableau IV : Années d'expérience de la population réalisant un dépistage systématique

Années d'expérience	<5 ans	5-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	>20 ans
%	11,6 (n=7)	18,3 (n=11)	23,3 (n=14)	8,3 (n=5)	38,3 (n=23)

Tableau V : conditions d'exercice de la population réalisant un dépistage systématique

	Hospitalier (n=42)	Libéral (n=18)
Urbain	30,0 % (n=12)	10,0% (n=6)
Semi-urbain	31,6% (n=19)	13,3% (n=8)
Rural	8,3% (n=5)	66,6% (n=4)

La majorité de la population réalisant un dépistage systématique exerce dans le secteur hospitalier en milieu urbain ou semi-urbain.

b) Dépistage sur point d'appel (n=12)

Tableau III : Age de la population réalisant un dépistage non systématique

Age	< 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	>50 ans
%	33,3 (n=4)	50,0 (n=6)	0 (n=0)	16,3 (n=2)

Tableau IV : Années d'expérience de la population réalisant un dépistage non systématique

Années d'expérience	<5 ans	5-10ans	10-15 ans	15-20 ans	>20 ans
%	33,3 (n=4)	0 (n=0)	41,6 (n=5)	0 (n=0)	25,0 (n=3)

La majorité de la population réalisant un dépistage non systématique a entre 5 à 15 ans d'expérience contre plus de 20 ans dans la population réalisant le dépistage systématique.

Tableau V : conditions d'exercice de la population réalisant un dépistage non systématique

	Hospitalier (n=4)	Libéral (n=8)
Urbain	25,0% (n=3)	16,6% (n=2)
Semi-urbain	8,3% (n=1)	25,0% (n=3)
Rural	0% (n=0)	25,0% (n=3)

La majorité des sage-femmes réalisant un dépistage non systématique exerce dans le secteur libéral, en milieu semi-urbain ou rural.

c) Façons d'aborder les violences faites aux femmes en consultation

Nous avons voulu savoir comment les sage-femmes abordent la question des violences subies actuellement ou antérieurement. En effet, il a été prouvé que la façon dont la question est posée, influence la manière dont la patiente va réussir à se confier sur les traumatismes qu'elle a pu subir. Nous avons posé une question ouverte dans le questionnaire à la question 8 : « *Comment abordez-vous les VFF avec vos patientes ?* »

Nous avons pu distinguer 4 groupes dans notre population, en fonction des réponses :

⇒ **1^{er} groupe :** Question directe, utilisation du mot « violence », et déclinaison des différents types de violences. Aucunes des réponses n'a cependant abordé toutes les formes de violences dans la question. Exemples :

« *Avez-vous subi des violences au cours de votre vie ou actuellement de quelque ordre que ce soit c'est à dire physique morale ou sexuelle ?* »

« *Avez-vous déjà été victime de violences ? Physiques ou psychologiques, Sur votre lieu de travail, dans votre enfance, avec un ex conjoint, dans votre couple... ?* »

« *Avez-vous vécu un jour dans votre vie ou actuellement des violences physiques verbales ou sexuelles ? Vous êtes-vous toujours ressentis respectée dans votre intimité ?* »

⇒ **2^{ème} groupe :** Question directe, utilisation du mot « violence », mais sans décliner les différents types de violences. Exemples :

« *Avez-vous déjà été victime de violences ou de harcèlement au cours de votre vie ?* »

« *Avez-vous des antécédents de violences durant votre enfance ou dans votre couple ?* »

« *Avez-vous déjà subi des violences à la maison, au travail... ?* »

⇒ **3^{ème} groupe :** Pas d'utilisation du mot « violence ». Exemples :

« *Avez-vous eu durant votre vie ou récemment été harcelée ou vivez-vous-en ce moment une période difficile psychologiquement ? Comment ça se passe à la maison ?* »

« *Au moment de l'anamnèse par une question : "Avez-vous vécu des événements difficiles durant votre vie d'enfant, d'adolescente ou de femmes ? "* »

« Avez-vous déjà vécu des situations qui vous semblent anormales, qui n'auraient pas dû avoir lieu. En fin d'anamnèse. »

« Comment ça se passe à la maison ? avec votre conjoint ? Avez-vous vous envie de me parler de quelque chose ? Est-ce que quelque chose vous fait du mal ? »

⇒ **4^{ème} groupe :** réponses des patientes recueillies à l'aide d'un questionnaire distribué en salle d'attente avant la consultation, ou au tout début de la consultation.

4. Formation de la population concernant le dépistage des violences faites aux femmes

Tableau VI : Formation des VFF de la population

	Dépistage systématique (n=60)	Dépistage sur point d'appel (n=12)
Cursus universitaire	16,6% (n=10)	58,3% (n=7)
DPC, outils MIPROF, réseau périnatal, assos	48,3% (n=29)	50,0% (n=6)
Recherches personnelles, expérience professionnelle	20,0% (n=12)	16,6 % (n=2)
DU VFF	3,3% (n=2)	0% (n=0)
Aucune	13,3% (n=8)	0% (n=0)

Nous remarquons que 58,3% des sage-femmes réalisant le dépistage des VFF sur point d'appel n'ont reçu que la formation minimum durant le cursus universitaire, qui représente environ 2h de cours magistral.

Sur 72 sage-femmes, seulement deux d'entre elles sont formée grâce à véritable diplôme universitaire sur les violences faites aux femmes.

Tableau VII : Jugement du niveau de formation

Niveau de formation	%
Suffisant (n=20)	27,8% <10 ans de diplôme : (n=7) 35,0% >10 ans de diplôme : (n=13) 65,0%
Insuffisant (n=61)	72,2% <10 ans de diplôme : (n=16) 26,2% >10 ans de diplôme : (n=35) 57,3%

D'après 72,2% de notre population, leur niveau de formation face au dépistage des violences faites aux femmes reste insuffisant.

Parmi les sage-femmes qui estiment leur niveau de formation insuffisante, 26,2% d'entre elles ont moins de 10 ans de diplôme, et 57,3% d'entre elles ont plus de 10 ans de diplôme.

a. Les freins des sage-femmes face au dépistage des violences faites aux femmes

Tableau VIII : Les freins de la sage-femme

Les freins des sage-femmes	%
Défaut de formation	33,3% (n=24)
Sentiment d'intrusion	26,3% (n=19)
Manque de temps	38,8% (n=28)
Réticence de la patiente	45,8% (n=33)
Réseau d'orientation inconnu	9,7% (n=7)
Sentiment d'inconfort face à la situation	15,2% (n=11)
Conjoint ou accompagnateur présent	62,5% (n=45)
Sujet tabou	8,3% (n=6)

Pour la grande majorité des sage-femmes interrogées, le frein principal au dépistage des VFF est la présence du conjoint ou de l'accompagnateur lors de la consultation à 62,5%. Ensuite, on retrouve la réticence de la patiente à 45,8%, en troisième position le manque de temps à 38,8% et enfin le défaut de formation pour 33,3% des sage-femmes.

Tableau IX : comparatif des freins face au dépistage des violences entre professionnelles hospitalières et libérales

Freins	Hospitalier (n=46)	Libéral (n=26)
Défaut de formation	17,3% (n=8)	61,5% (n=16)
Sentiment d'intrusion	15,2% (n=7)	53,8% (n=14)
Manque de temps	19,5% (n=9)	69,2% (n=18)
Réticence de la patiente	13,0% (n=6)	73,0% (n=19)
Réseau d'orientation inc.	8,6% (n=4)	11,5% (n=3)
Sentiment d'inconfort face à la situation	6,5% (n=3)	23,0% (n=6)
Accompagnateur présent	38,9% (n=17)	84,6% (n=22)
Sujet tabou	2,1% (n=1)	0% (n=0)

Les professionnels libéraux sont plus touchés par un défaut de formation que les professionnels hospitaliers. Cela peut s'expliquer par le fait que les professionnel.le.s exerçant à l'hôpital ont d'avantage l'occasion d'échanger avec leur collègue possédant un diplôme universitaire sur les VFF ou qu'ils peuvent plus facilement bénéficier de formations dans le cadre du DPC.

De plus, ils sont d'avantage concernés par le manque de temps durant leur consultation comme étant un frein au dépistage des VFF. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à l'hôpital, l'entretien prénatal précoce est d'avantage proposé aux patientes.

En effet, l'étude sur le « parcours de soin de la femme enceinte vulnérable » publiée en 2021 par l'ARS déclare que 89% des établissement privés ou publiques réalisent des EPP avec un professionnel spécialement dédié. Le taux concernant les sage-femmes libérales n'a pas pu être évalué en raison de la crise sanitaire.

b. Réponses des sage-femmes face au dépistage des VFF

Tableau X : réponses des sage-femmes

Outils et réponses	%
Réalisation d'un certificat	9,7% (n=7)
Notes dans le dossier de soin	73,6% (n=53)
Orientation vers assistante sociale	18,1% (n=13)
Orientation vers des associations	47,2% (n=34)
Orientation vers une psychologue	51,4% (n=37)
Conseils et numéros utiles donnés	52,8% (n=38)
Écoute des besoins de la patiente	80,6% (n=58)
Appel police/gendarmerie	4,2% (n=3)

La grande majorité des sage-femmes, en situation de VFF, écoutes les besoins de la patiente dans un premier temps et réalisent des notes dans le dossier de soins. Le taux de réalisation de certificat médical est de seulement 9,7%.

Tableau XI : comparatif de l'orientation psycho-sociale des patientes en fonction de l'exercice libéral ou hospitalier

	Hospitalier (n=46)	Libéral (n=26)
Orientation vers assistante sociale	17,3% (n=8)	15,3% (n=4)
Orientation vers psychologue	41,3% (n=19)	65,3% (n=17)
Orientation vers assos	34,8% (n=16)	53,8% (n=14)

Ces chiffres nous montrent que l'orientation des patientes vers des assistantes sociales, psychologues ou vers des associations en cas de diagnostic de VFF n'est pas facilitée par l'exercice hospitalier, bien que ce type d'exercice procurent des avantages dans la prise en charge pluridisciplinaire.

c. Outils à disposition sur le lieu d'exercice

Tableau XI : Outils à disposition sur le lieu d'exercice

Outils	%
Affiche informative	50% (n=34)
Brochure à disposition	39,7% (27)
Numéros assistante sociale	39,7% (27)
Numéros hébergement d'urgence	17,6% (n=12)
Numéros national 3919	61,8% (n=42)

d. Réponse à la question : « *Ces 3 derniers mois, combien de femmes vous ont fait part de VFF actuellement subies ou anciennes ?* »

Seulement 33 sur 72 sage-femmes ont répondu significativement par un nombre exploitable.

Tableau XII : Nombre de patientes victimes vues en consultations en fonction du lieu d'exercice

Nombre de patientes victimes	%
Entre 5 et 10	27,2% (n=9) Urbain: 44% (n=4) Semi-rural/rural: 55% (n=5)
Entre 10 et 20	42,4% (n=14) Urbain: 42% (n=6) Semi-rural/rural: 57% (n=8)
20 et plus	30,3% (n=10) Urbain: 40% (n=4) Semi-rural/rural: 60% (n=6)

Dans notre population, la majorité des sage-femmes comptabilise entre 10 et 20 leur nombre de patientes sur 3 mois, ayant subis des violences. Ces dernières précisent que ce sont majoritairement des violences sexuelles subies antérieurement.

D'autre part, ces chiffres nous font remarquer que les sage-femmes exerçant en milieu semi-urbain ou rural rencontrent significativement plus de patientes victimes de violences.

V) DISCUSSION

1) Limites et points forts de l'étude

Une des limites de notre étude est que certaines questions auraient mérité d'être un peu plus poussées afin de préciser d'avantage les réponses obtenues. Nous aurions dû questionner les professionnels sur les connaissances réelles qu'elles ont des violences. Par exemple, leur demander d'écrire les différentes définitions des violences faites aux femmes afin de les évaluer et ensuite qu'elles s'auto-évaluent sur leur état de connaissance.

Nous aurions dû également créer une question telle que : « pensez-vous que votre mode d'exercice est un frein au dépistage et à l'orientation des patientes victimes ? » « Si oui, pourquoi ? ». Cette question nous aurait plus aiguillé sur un de nos objectifs qui était de repérer les caractéristiques des sages-femmes en lien avec le dépistage des violences faites aux femmes.

D'un autre côté, un des points forts de notre étude repose sur le fait que c'est un sujet d'actualité dont les médias et les réseaux sociaux traitent beaucoup. Ceci est la conséquence de l'affaire Weinstein sur le harcèlement et les agressions sexuelles qui a marqué la fin de l'année 2017. C'est également un enjeu politique, puisque le gouvernement a établi depuis 2017 un engagement continu.

En 2019, tous les deux jours une femme est morte sous les coups de son conjoint ou de son ex-conjoint. Un décompte auquel on peut rajouter les 125 840 femmes victimes de violences conjugales la même année. La grenelle des violences conjugales lancé le 3 septembre 2019 a été complétée en 2020 dans le contexte de crise sanitaire et de confinement par des mesures complémentaires qui se sont ensuite pérennisées. En effet, les confinements ont exposé les femmes à un risque redoublé d'exposition aux violences faites aux femmes. De mars à juin 2020, alors que les hôpitaux et l'ensemble des professionnels de santé sont mobilisés par la crise sanitaire, les appels reçus par la plateforme 3919 ont triplés. C'est 79 228 appels reçu pendant cette période, contre 23 140 appels reçu en 2019. (35) Ces chiffres montrent l'importance d'un dépistage systématique par les professionnels de santé au contact des femmes.

2) Caractéristique de la population

La majorité des sages femmes ayant répondu au questionnaire sont des professionnel(le)s de la fonction hospitalière (63,9%). La plupart ont au moins 15 ans d'expérience dans le domaine de la consultation prénatale, et dans notre étude, nous remarquons que ce sont les sage-femmes ayant le moins d'expérience qui ne dépiste pas de façon systématique les violences conjugales au cours de la grossesse. En effet, dans le groupe qui dépiste uniquement sur point d'appel, les sage-femmes ont très majoritairement moins de 15 ans d'expérience à 75% environ. Dans le groupe qui dépiste systématiquement les violences, environ 60% des sage-femmes ont au moins 15 ans d'expérience. Nous remarquons donc que l'expérience du métier permettrait d'avoir plus d'assurance pour poser cette question cruciale.

Le fait d'avoir plus d'années d'expérience, fait que les sage-femmes ont été exposées à plus de patientes en situations de vulnérabilité ou de violences, ce qui les poussent probablement à poser systématiquement la question.

D'autre part, notre étude montre que les professionnel.le.s exerçant en milieu semi-urbain et rural rencontrent significativement plus de patientes victimes de violences conjugales comparée au milieu urbain. Nos chiffres sont en accord avec les statistiques publiées par le Sénat qui démontrent que près de la moitié des féminicides ont lieu en milieu rural. (36) La prévalence des féminicides est donc un peu plus élevée dans les milieux ruraux qu'en zone urbaine. Dans notre étude, 60% des sage-femmes qui réalisent un dépistage systématique des violences en consultation exercent en zone semi-urbaine et rurale.

3) Dépistage non systématique des violences

A travers notre étude, nous remarquons que le dépistage des violences uniquement fait sur point d'appel est de seulement 16,7%. Ce résultat infirme donc l'hypothèse principale de notre étude qui était de dire que les sage-femmes de la région ARA ne dépistent pas systématiquement les violences pendant la grossesse. C'est un chiffre rassurant mais non parfait, l'objectif serait d'arriver à 0% dans la prise en charge « idéale » de nos patientes.

En 2021, une étudiante sage-femme a réalisé une étude sur la pratique du dépistage des violences réalisé par les femmes de France et DomTom exerçant aux urgences gynéco-obstétricales. Cette étude a recensé 751 sage-femmes. Au niveau national, ce sont 74%

d'entre elles qui posent la question « en remarquant des signes qui les interpellent », donc uniquement sur point d'appel. (37)

De nombreuses études ont été menées sur l'intérêt d'un dépistage systématique de la violence dans le cadre d'une visite médicale. Malgré une bonne acceptation de la question par les patientes, les données ne sont pas suffisantes pour trancher en faveur ou contre le dépistage systématique. A l'heure d'aujourd'hui, il n'y a pas suffisamment de preuves que ce dépistage améliore la santé des femmes victimes ou réduit l'incidence de la violence subie par les femmes. L'OMS ne prône pas, dans ce contexte, une recherche systématique de la violence domestique. (38) Cependant, les soins prénataux doivent offrir la possibilité de reconnaître systématiquement ces situations. Dans le cadre de la surveillance médicale des grossesses, le futur enfant intervient comme un tiers légitimant l'intervention des soignants. En 1999 un essai contrôlé a été publié par W.H. Wiist et J.MacFarlane, montrant que le nombre de femmes déclarant avoir été victimes de violences durant la grossesse lorsque la question était systématiquement abordée, était significativement plus élevé, comparé au très faible nombre de femmes reconnues comme telles en l'absence de questions systématiques. (39)

L'EPP représente un entretien crucial dans le repérage systématique des violences faites aux femmes. Mis en place en 2007, dans le cadre du plan périnatalité de 2005-2007. Il représente un temps d'échange de 45 minutes à 1 heure, à réaliser à n'importe quel moment de la grossesse. Il est indispensable que tous les professionnels de santé se mobilisent pour que cet entretien soit systématiquement proposé et réalisé. L'importance de la généralisation de l'EPP est mentionnée dans le rapport sur les 1000 premiers jours de vie, paru en septembre 2020 et initié par le ministère de la Solidarité et de la santé. (40)

L'étude réalisée par l'Agence Régionale de Santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2019, qui présente les résultats du parcours des femmes enceintes et vulnérables de la Région, nous montre qu'en 2019, 8079 EPP ont été comptabilisés sur 84 649 accouchements. Donc 9,5% des femmes ont bénéficié d'une EPP. Il est à noté que les sage-femmes libérales n'ont pas été interrogées lors de cette étude. (41)

4) Freins face au dépistage

Les résultats de l'enquête nationale auprès des sage-femmes en activité sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) faite en 2000 auprès de 1474 sage-femmes révélaient que 7 sage-femmes sur 10 n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale et continue. D'autres part, plus de 8 sage-femmes sur 10 désirent être formées sur les violences faites aux femmes. L'étude révèle également que 80% des sage-femmes ont été confrontées à des patientes victimes au moins une fois au cours des 12 derniers mois. (42) Compte tenu de la prévalence des VFF dans la population générale, si les sage-femmes répondent qu'elles n'ont croisé aucune femme victime, c'est qu'elles ne les ont pas repérées.

Le manque de formation représente le principal obstacle au dépistage et à l'orientation des femmes victimes de violences.

En 2014, l'étude ENVEFF révèle qu'au niveau national et dans la majorité des cas, les sage-femmes n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes. Pour la moitié d'entre elles ayant reçu une formation, celle-ci est jugée insuffisante et se résume souvent à quelques heures de cours magistraux lors de la formation initiale de sage-femme. En somme, une très large majorité de sage-femmes désiraient être formées sur les VFF en 2014.

C'est pour cette raison que la MIPROF, en collaboration avec des équipes pluridisciplinaire d'expertes et d'experts, de professionnelles et de professionnels, a conçu depuis les missions interministérielle de lutte contre les violences faites aux femmes et de la traite des êtres humains en 2014 et 2016 des outils de formation sur les violences faites aux femmes : courts-métrages et livrets d'accompagnement, fiches réflexes spécifiques à certaines professions, clips vidéo « paroles d'expertes » ... (ANNEXE 7 : livret accompagnement sage-femme)

Pour la grande majorité des sage-femmes interrogées par notre étude, le frein principal au dépistage des VFF est la présence du conjoint ou de l'accompagnateur lors de la consultation à 67,2%. Ensuite, on retrouve la réticence de la patiente à 49,3%, cette valence est surprenante car si le lien de confiance est établi correctement entre le professionnel et la patiente, aucune femme victime ne sera réticente à répondre.

En troisième position nous avons le manque de temps à 41,8% et enfin le défaut de formation pour 35,8% des sage-femmes.

Si on compare les chiffres entre les sage-femmes libérales et hospitalières, on trouve une grande disparité entre elles concernant certains freins. En effet, le défaut de formation concerne 61% des sage-femmes libérales contre 17% des sage-femmes hospitalières. De plus, les sage-femmes libérales sont d'avantage bloquées par le manque de temps à 69% contre 19,5%. Et Enfin, la présence du conjoint ou d'un accompagnateur ont une action négative sur leur dépistage à 84% pour les sage-femmes libérales contre 36,9% pour les sage-femmes hospitalières.

L'étude réalisée par l'ARS en 2019 nous donne une autre dimension intéressante à relever concernant le dépistage réalisé à l'hôpital. Certaines difficultés sont liées à l'organisation générale de la PEC et du repérage. En effet, il est difficile pour les établissements de repérer les vulnérabilités des femmes car les patientes ne sont suivies qu'en fin de grossesse à la maternité. D'autre part, il est à noter que les femmes vulnérables sont malheureusement souvent absentes ou en retard aux rendez-vous. (41)

Cette étude relève également le manque de confiance de la patiente concernant la prise en charge proposée, qui peut s'expliquer par le fait que les femmes rencontrent trop de professionnels différents, que les consultations sont trop rapides et que la qualité d'écoute est parfois jugée insuffisante. Dans notre étude, 49,3% des sage-femmes hospitalières ou libérales ont relevé la réticence de la patiente comme étant un frein face au dépistage.

5) Représentations

Dans notre questionnaire, parmi les possibilités de réponse à la question 11 concernant les difficultés rencontrées face au dépistage, 3% des sage-femmes ont répondu que c'était un problème social plus que médical, 9% ont répondu que c'était pour elles un sujet tabou, et 16,4% ont exprimé un sentiment d'inconfort face à cette situation. Nous tenons à rappeler que les VFF, en particulier lors d'une grossesse, représentent autant un enjeu social que médical. En effet, les problèmes médicaux et obstétricaux qui en résultent

font que notre profession médicale est d'une importance cruciale face au dépistage de ces violences.

D'autre part, nous rappelons que ces violences touchent tous types de femmes, de tous âges, toutes professions et catégories socioprofessionnelles, de toutes origines, de toutes cultures, il est donc primordial d'effectuer un dépistage systématique et non ciblé sur nos représentations concernant les femmes que l'on reçoit en consultation.

6) Pourquoi dépister les violences conjugales au cours de la grossesse de façon systématique ?

a. La grossesse : un moment à risque

Notre étude ne nous permet pas de donner un chiffre de prévalence concernant les femmes subissant des violences durant leur grossesse dans la région Rhône-Alpes. Cependant, il est primordial de rappeler que la grossesse est un moment d'instabilité accrue pour toutes les femmes. Les fragilités auxquelles les femmes doivent faire face sont de natures diverses, elles peuvent être socio-économiques (chômage, absence de couverture sociale, bénéficiaires de minima sociaux), sociales (isolement social, patiente mineure, hébergement instable, absence de logement), psychiques (maladies psychiatriques, choc traumatique lié à un parcours de vie, à une précédente grossesse, angoisse, manifestation de peurs ou de craintes), sanitaires (comportements à risques et addictions, une grossesse non suivie ou suivie tardivement), et enfin comme décrit précédemment, les femmes victimes de violences actuelles ou passées, physiques, psychiques, sexuelles par un conjoint, un proche, mais aussi les violences gynécologiques ou obstétricales. (41)

Tout au long de la grossesse et selon les besoins de la femme enceinte, pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, la sage-femme peut orienter la patiente vers d'autres professionnels de santé : médecin spécialiste, infirmier, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute...

La dernière enquête nationale périnatale de 2016, (43) révèle la diversité des professionnels rencontrés par la femme au cours de sa grossesse, qu'ils exercent en libéral, en établissement de santé ou encore en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Pour près de 50% des grossesses, le principal acteur du suivi prénatal reste un médecin gynécologue-obstétricien en ville. Néanmoins, les sage-femmes en maternité ou en secteur libéral sont responsables de la surveillance des six premiers mois de grossesse de près de 25% des femmes, ce qui renforce leur rôle majeur dans le suivi de la grossesse physiologique. D'autre part, l'EPP est essentiellement réalisé par une sage-femme, faisant de ce professionnel un acteur de première ligne dans le repérage des situations de précarité et des risques psycho-sociaux.

Comme mis en exergue par le Pr Henrion dans son rapport de 2001 (5), la période de la grossesse et la période périnatale constituent des situations à risque notable de violences au sein du couple, entre 3 et 8 % des femmes subissent de la part du partenaire des actes de violences pendant cette période. La HAS souligne également, dans ses recommandations de bonnes pratiques (3), que les femmes exposées à des violences pendant leur grossesse représentent environ 10 % des femmes en âge de procréer et que la grossesse constitue une période à risque accru de survenance, dans 40% des cas, ou d'aggravation de telles violences. Ces actes de violence envers les femmes au cours de la grossesse affectent directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère. Les professionnels de la santé périnatale ont en conséquence un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences.

b. La grossesse : un moment opportun

Le suivi de grossesse représente un moment clef de dépistage dans la vie d'une femme. En effet, en France le suivi de grossesse s'articule autour de 7 consultations pré-natales obligatoires ainsi que 3 échographies de dépistage. Ces consultations sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale afin que les femmes, quelles soient leur situation socio-économiques, puissent en bénéficier. Ainsi, des femmes dans une situation précaire peuvent bénéficier d'un parcours de soin personnalisé durant leur grossesse.

Ces consultations obligatoires sont des moments opportuns avec un professionnel de santé pour dépister, entre autres, des situations de violences actuellement subies ou antérieures.

Notre questionnaire comportait la question suivante : « *Quand est-ce que vous dépistez les violences faites aux femmes dans le parcours de votre patiente ?* » (Question 8)

Les sage-femmes ont majoritairement répondu qu'elles posaient la question au moment de l'anamnèse lors de la première consultation ou lors de l'EPP.

La grossesse représente un moment opportun pour le suivi global de la santé de la femme. Or, la majorité des sage-femme de notre étude se retrouvent freinées par la présence du conjoint ou de l'accompagnateur dans la réalisation du dépistage des violences.

7) Formations

La prise en charge et l'accompagnement des femmes en situations de violence est difficile tant pour les étudiantes sage-femmes que les professionnelles diplômées. Ce sont des situations complexes qui exigent une formation spécifique pour les prendre en charge.

Notre étude révèle que 72,2% des sage-femmes interrogées considèrent leur formation « insuffisante » concernant le dépistage des violences faites aux femmes. Parmi ces sage-femmes, 57% d'entre elles ont plus de 10 ans de diplôme.

Nous remarquons que 58% des sage-femmes réalisant le dépistage des VFF sur point d'appel n'ont reçu que la formation minimum durant le cursus universitaire, qui représente environ 2h de cours magistral. Le diplôme de sage-femme prévoit dans ses objectifs institutionnels le repérage des violences faites aux femmes, l'orientation des femmes victimes vers d'autres professionnels, la connaissance des différentes définitions des violences, le phénomène d'emprise, le cycle de la violence... Cependant, il est laissé à chaque école la liberté d'effectuer ce module, et le nombre d'heure consacrées. Il y a donc une disparité de connaissances dès l'obtention du diplôme entre les sage-femmes de France, suivant leur lieu de formation.

Par exemple, l'école de Lyon fait bénéficier ces élèves de cinquième année de diverses interventions au cours de l'année sur le thème des violences faites aux femmes :

- 2 cours magistraux sur les définitions des différents types de violences
- Intervention de l'association VIFFIL
- Intervention de l'association GAMS

- Intervention de la PMI et de son rôle dans la prise en charge des femmes victimes

Ces différentes approches donnent aux étudiant.e.s un échantillon d'associations vers qui réorienter leurs patientes à la sortie du diplôme ou pendant leurs stages.

Le DPC a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Chaque professionnel.le de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

Environ 50% des sage-femme de notre étude ont répondu être formée grâce au DPC, aux actions de la MIPROF, et aux associations. La MIPROF élabore des outils de formations pour tous les professionnel.le.s. Ce sont des « kits pédagogiques » qui se composent de courts-métrages et livrets d'accompagnements, fiches réflexes spécifiques à certaines professions, etc.

8) Orientation des patientes

Nous avons demandé aux professionnel.le.s leur conduites à tenir lorsqu'ils ou elles diagnostiquaient des situations de violences. 80% d'entre eux écoutent en premier lieu les besoins de leur patiente et élaborent des notes dans le dossier de soin.

Environs la moitié d'entre eux les redirigent vers des associations compétentes, assistantes sociales et psychologues.

L'orientation des femmes victimes de violences est un élément clé dans leur prise en charge, ainsi le travail multidisciplinaire est primordial.

En 2019, ce sont 213 000 femmes qui ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Seulement 12% d'entre elles ont déposé plaintes. Cette estimation est issue des résultats de l'enquête de victimisation annuelle « Cadre de vie et sécurité » (INSEE-ONDRP-SSMSI).

Il faut en amont se renseigner sur les réseaux existants autour de son lieu d'exercice afin de pouvoir orienter correctement nos patientes. La première chose à faire est d'écouter la patiente, lui offrir un espace d'écoute et de confiance. Il faut la déculpabiliser, la placer dans sa position de victime face à son agresseur, lui rappeler qu'elle n'y est pour rien et que nous la croyons. Il faut poser le cadre juridique, lui rappeler que ces agressions sont

punies par la loi. Avec son consentement, il faut noter factuellement les faits dans le dossier de soins et réaliser un certificat médical en vue d'une éventuelle procédure judiciaire. (ANNEXE 4 : certificat médical).

L'étude « évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables » réalisée en 2021 dans les maternités et centre périnataux de proximité en région Auvergne-Rhône-Alpes avait pour objectif de savoir dans quelle mesure le repérage et la prise en charge des femmes vulnérables proposés par la région permettent de garantir un parcours sans discontinuité et cohérent.

La notion de parcours de définit en 3 phases :

- Une phase de repérage des vulnérabilités via l'EPP
- Une phase de coordination, prise en charge pluridisciplinaire médico-psychosociaux
- Une phase de suivi adapté

L'étude nous révèle que sur la région, 44% des établissements ont mis en place un parcours pour les femmes enceintes vulnérables. Ces éléments de prise en charge sont mis en place de façon hétérogène sur la région. En effet, tous les professionnels de la périnatalité, tant libéraux, hospitalier que de PMI ne sont pas formés à la pratique de l'EPP. Ainsi, la région et ses différents réseaux autour de la périnatalité ont élaboré des leviers d'actions afin de former et de sensibiliser les professionnels face à ces problématiques :

- Le réseau AURORE propose des affiches de sensibilisation sur les violences faites aux femmes. (ANNEXE 7)
- L'étude PREMIS (Physician Readiness To Manage Intimate Partner Violence Survey) est réalisée par le Dr Anne LEGRAND et le réseau périnatalité d'Auvergne. Il s'agit d'un questionnaire, provenant des États-Unis, d'évaluation des connaissances des professionnels de santé sur la thématique des violences faites aux femmes.
- Le questionnaire Woman Abuse Screening Tool (WAST) est un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, d'origine canadienne, qui a été validé entre autres en anglais, en français canadien, en espagnol et vient de bénéficier

d'une étude pour sa validation en langue française. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le CIDFF Auvergne avec signature d'une convention avec le Réseau de Santé en Périnatalité en Région Auvergne (RSPA). (ANNEXE 8)

- Les réseaux RP2S et RSPA ont élaboré des grilles de repérage des vulnérabilités. (ANNEXE 9)

Afin de faciliter la collaboration entre les différents professionnels, trois réseaux (AURORE, ELENA et RPAI) ont élaboré une fiche de liaison permettant aux professionnels qui réalisent l'EPP de transmettre les informations, à la maternité notamment, et aux autres professionnels concernés par la patiente. (ANNEXE 11)

Le réseau AURORE et le réseau des urgences RESUVal ont effectué un travail inter-réseau qui a permis la création, sur le site RESUVal-RESCUE, d'un référentiel spécifique sur la prise en charge des personnes victimes de violences intra-familiales disponible à tous professionnels de santé. (ANNEXE 12)

Enfin, le réseau ELENA a réalisé un protocole entier de prise en charge pour le repérage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Il propose des ressources adaptées en fonction du territoire d'exercice du professionnel.

Ces différents réseaux ont élaboré des plans d'actions au niveau de la région, sans bien-sûr omettre la formation proposée à l'échelon nationale par la MIPROF et les plans périnataux de 2016 et 2018.

V) CONCLUSION

Les violences faites aux femmes sont un sujet d'actualité dont on parle de plus en plus. 1 femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son conjoint ou ex et les cas de violences conjugales ont bondi de plus de 20% en 2021. Elles sont un enjeu de santé publique réelle et mesurée par les différentes études que nous avons évoquées. Rappelons encore une fois leur fréquence et leurs conséquences à court et long terme sur la santé physique, psychique, sexuelle et générésique des victimes.

La patientèle exclusivement féminine des sage-femmes si l'on exclut les nourrissons, place cette profession en première ligne face au dépistage de ce fléau dans une prise en charge qui doit être pluridisciplinaire.

Il faut être à l'aise avec ces questions, poser la question naturellement pour mettre la femme en confiance, être dans une écoute active pour qu'elle réponde facilement. Ce dépistage peut se réaliser dans tous les secteurs d'activités de la sage-femme que ce soit aux urgences, en consultation prénatale, en salle d'accouchement...

Des traumatismes anciens peuvent ressurgir pendant la grossesse du fait de la réorganisation de la famille notamment. Les associations d'aide aux victimes sont un relai indispensable pour compléter l'accompagnement médical par la sage-femme. 20% des femmes sont victimes de violences quel qu'elles soient, cela touche toutes les classes d'âge, toutes catégories socio-professionnelles, toutes les communautés, mais certains facteurs augmentent les risques comme la précarité, l'alcool, les drogues.

50% des femmes ne font aucunes démarches. Si des progrès ont été fait sur la révélation des violences, la loi du silence demeure dans la moitié des situations. En 2014, la MIPROF révélait ses chiffres sur les sage-femmes en activité : 70% d'entre elles n'étaient pas formées au dépistage des violences faites aux femmes (formation initiale et continue). Notre étude montre qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes, 72,2% des sage-femmes interrogées estiment que leur niveau de formation face au VFF reste insuffisant, et pour 35,5% d'entre elles, ce défaut de formation est un frein dans le dépistage. Des progrès sont encore à faire sur la région, il faut continuer les démarches entamées. Le sujet des violences faites aux femmes concerne aussi les violences gynéco-obstétricales. Les langues se délient de plus en plus par rapport à ce sujet, d'une part du côté des femmes en général mais il existe aussi une grande prise de conscience du côté des professionnel.le.s et des étudiant.e.s en santé. Le sujet reste complexe pour nous soignant, tant nos actes peuvent être perçus comme violents, sans que nous en soyons conscients. A la différence

essentielle qu'un agresseur a l'intention de nuire. La règle de base dans le soin est le respect holistique des patientes en permanence, permettre à la patiente d'avoir un choix éclairé et nous d'avoir son consentement. (Loi Kouchner, mars 2002) Une étude intéressante serait d'effectuer une auto-évaluation sur les pratiques des sage-femmes pour les questionner sur l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes face aux violences gynéco-obstétricales.

Nous souhaitons terminer ce travail en rappelant que les droits des femmes ne sont jamais acquis. C'est le cas depuis 2021 en Afghanistan, où le genre féminin subit des violences contre lesquelles nous devons tous nous mobiliser. Elles sont empêchées de s'instruire, de travailler, de se soigner. Ailleurs dans le monde aux États-Unis, le 24 juillet 2022, la Cour suprême a décidé de révoquer la protection constitutionnelle du droit à l'IVG.

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. » - Simone de Beauvoir, 1975

VI) ANNEXES

1) Schéma du cycle de la violence

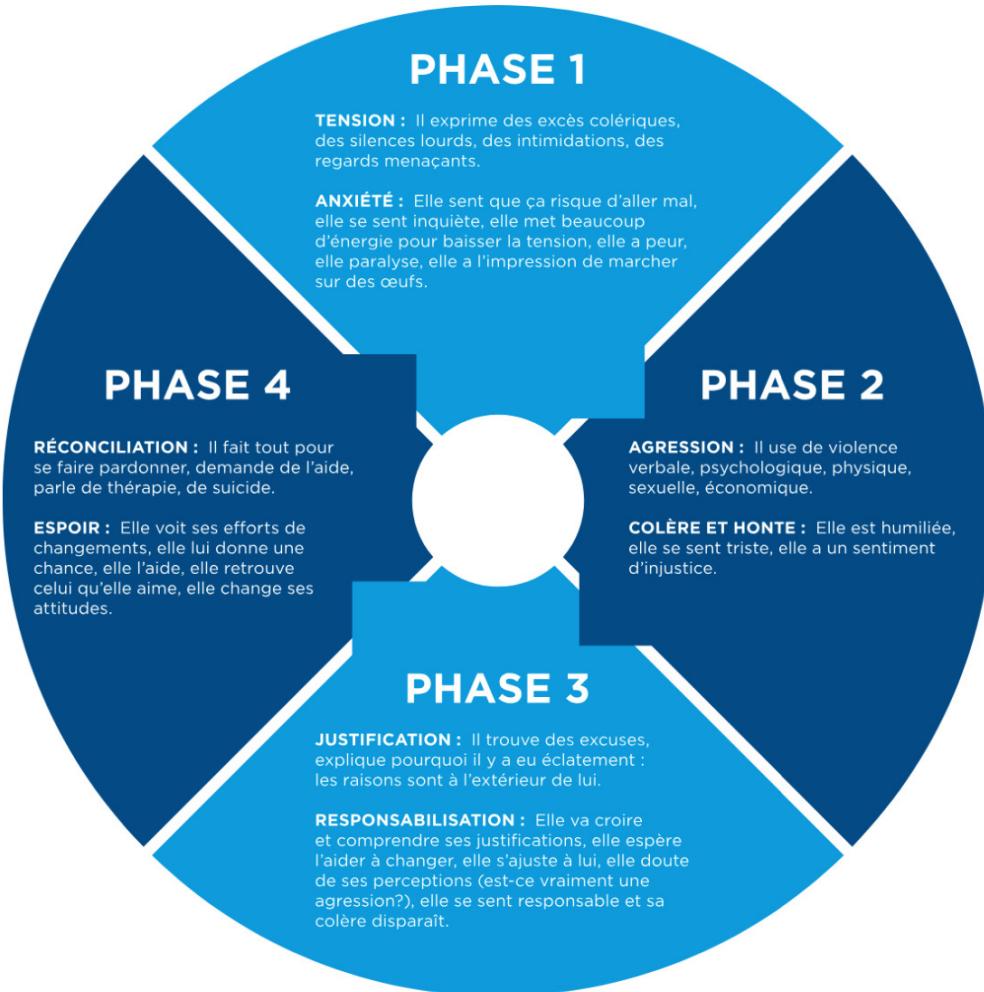


Figure 1 : Le cycle de la violence

Source : site internet « Regroupement des maisons pour femmes victimes de violences conjugales »

2) Schéma de l'escalade de la violence

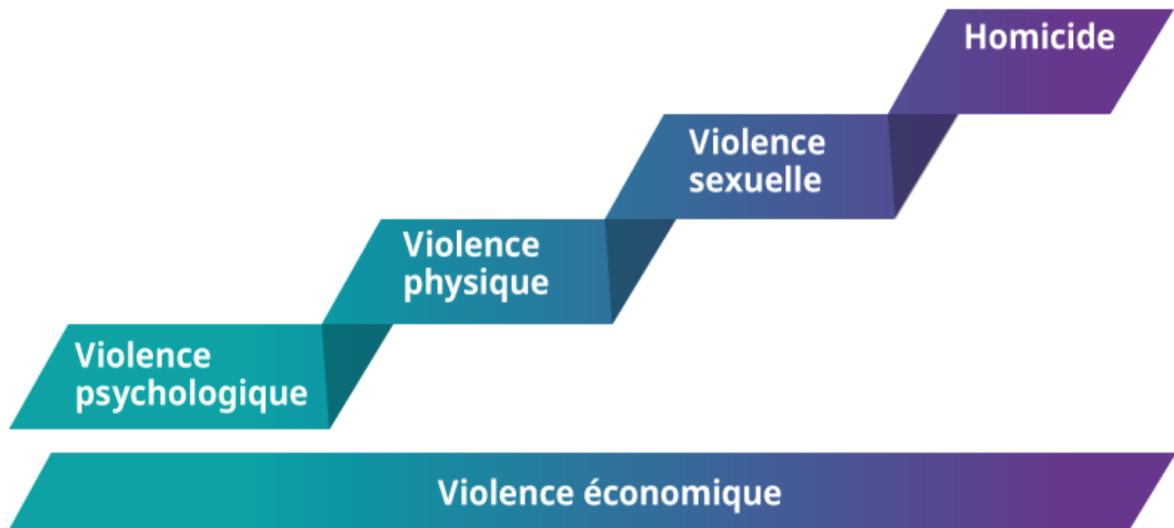


Figure 2 : L'escalade de la violence

Source : site internet « AVEC » (aide aux victimes de violences en couple)

3) Vade-mecum : critère d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise (source : CNGOF)

Questions

Le danger

La victime fait-elle état d'une multiplicité de **violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)** et/ou d'une **augmentation de la fréquence** de ces dernières ?

D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de **son projet de séparation** ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?

S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?

La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?

La victime dit-t-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?

La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?

La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime exprime-t-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?

La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?

Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?

À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des **armes à feu** (déclarées ou non) ?

Questions

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?

La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

4) Certificat médical

Modèle de certificat médical Sur demande de la patiente

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

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

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

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom)¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date)_____, à ____ (heure)_____, à ____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)_____²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom, Prénom)_____³.

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

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de⁴ _____, le _____ (date), à ____ (heure)_____, à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

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

- Sur le plan physique _____

- Sur le plan psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de⁵ _____ ».

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

Signature (et cachet) d'authentification

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

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

³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif. – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser

⁵ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime

CNOSF Juin 2015

Source : CNGOF - 2015

5) Le Violentomètre

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes																										
Le violentomètre																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts	Accepte tes amis, amis et ta famille	A confiance en soi	Est content quand tu te sens épaulé pour ce que vous faites ensemble	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble	Te fais du chantage si tu refuses de faire quelque chose	Rabaisse tes opinions et tes projets	Se moque de toi en public	Est jaloux et possède en permanence	Te manipule	Contrôle tes sorties, habits, maquillage	Fouille tes textos, mails, appels	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes	Thaïelle de ta famille et de tes proches	Tobige à regarder des films pornos	Throttile et te traîne de tout quand tu lui fais des reproches	“Petit plomb” lorsque quelque chose lui déplaît	Menace de se suicider à cause de toi	Menace de diffuser des photos intimes de ta	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe	Te touche les parties intimes sans ton consentement	Tobige à avoir des relations sexuelles	Te menace avec une arme				
PROFITE			VIGILANCE, DIS STOP !												PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE											

Source : Site internet Stop-Violence-Rhône-Alpes

6) Questionnaire Google Form

La grossesse à l'épreuve des violences faites aux femmes : la pratique du dépistage réalisé par les sage-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes

Bonjour,

Je suis Eugénie Audibert, étudiante sage-femme en 5ème année à la faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la pratique du dépistage des violences faites aux femmes par les sage-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Si vous êtes sage-femme de la région Auvergne-Rhône-Alpes et que vous réalisez des consultations prénatales, c'est à vous que je m'adresse.

Je vous laisse le soin de remplir ce questionnaire totalement anonyme, cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Merci beaucoup et bonne journée !

1) Vous êtes ? (Choix unique)

- Une femme
- Un homme
- Je ne souhaite pas le préciser

2) Votre tranche d'âge : (choix unique)

- < 30 ans
- 30 - 40 ans
- 40 - 50 ans
- >50 ans

3) Depuis quand exercez-vous en tant que sage-femme ? (Choix unique)

- < 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10 - 15 ans
- 15 - 20 ans
- >20 ans

4) Quel est votre lieu d'exercice ? (Choix unique)

- Libéral
- Hospitalier

5) Dans quel milieu exercez-vous ? (Choix unique)

- Urbain
- Semi-urbain
- Rural

6) Dans quel département/ville exercez-vous ?

Réponse libre

7) Lors des consultations prénatales que vous réalisez, vous dépistez les VFF de manière : (choix unique)

- Systématique
- Sur point d'appel
- Jamais

8) Comment abordez-vous les VFF avec votre patiente ? (Questions types)

Et à quel moment de la consultation ? (Au moment de l'anamnèse, après l'examen clinique, à la fin de la consultation ?)

Réponse libre

9) Ces 3 derniers mois, combien de femmes vous ont fait part de violences subies anciennes ou actuelles ?

Réponse libre

10) Lorsqu'une votre patiente vous déclare être victime de violence, que faites-vous ? (Choix multiple)

- Réalisation d'un certificat
- Notes dans le dossier de soin
- Orientation vers une assistante sociale
- Orientation vers des associations d'aide aux victimes
- Orientation vers une psychologue
- Conseils et numéros utiles donnés à la patiente
- Écoute des besoins de la patiente
- Appel police/gendarmerie

11) Quelles sont les difficultés rencontrées dans la réalisation de ce dépistage ? (Choix multiple)

- Défaut de formation
- Sentiment d'intrusion
- Manque de temps
- Réticence de la patiente
- C'est un problème social plus que médical
- Réseau social d'aide inconnu
- Sentiment d'inconfort face à ces situations
- Conjoint ou accompagnateur présent lors de la consultation
- Sujet tabou

12) Quelle a été votre formation pour le dépistage et la prise en charge des VFF ? (Choix multiple)

- Cursus universitaire
- DPC (Développement professionnel continu)
- Recherches personnelles
- Outils de formation de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains)
- Expérience professionnelle
- Aucune
- Autre : réponse libre

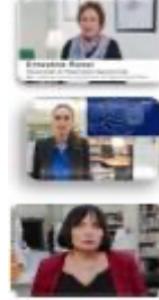
13) Selon vous votre niveau de formation est : (choix unique)

- Satisfaisant
- Insuffisant

14) Quels sont les outils à disposition sur votre lieu d'exercice ? (Choix multiple)

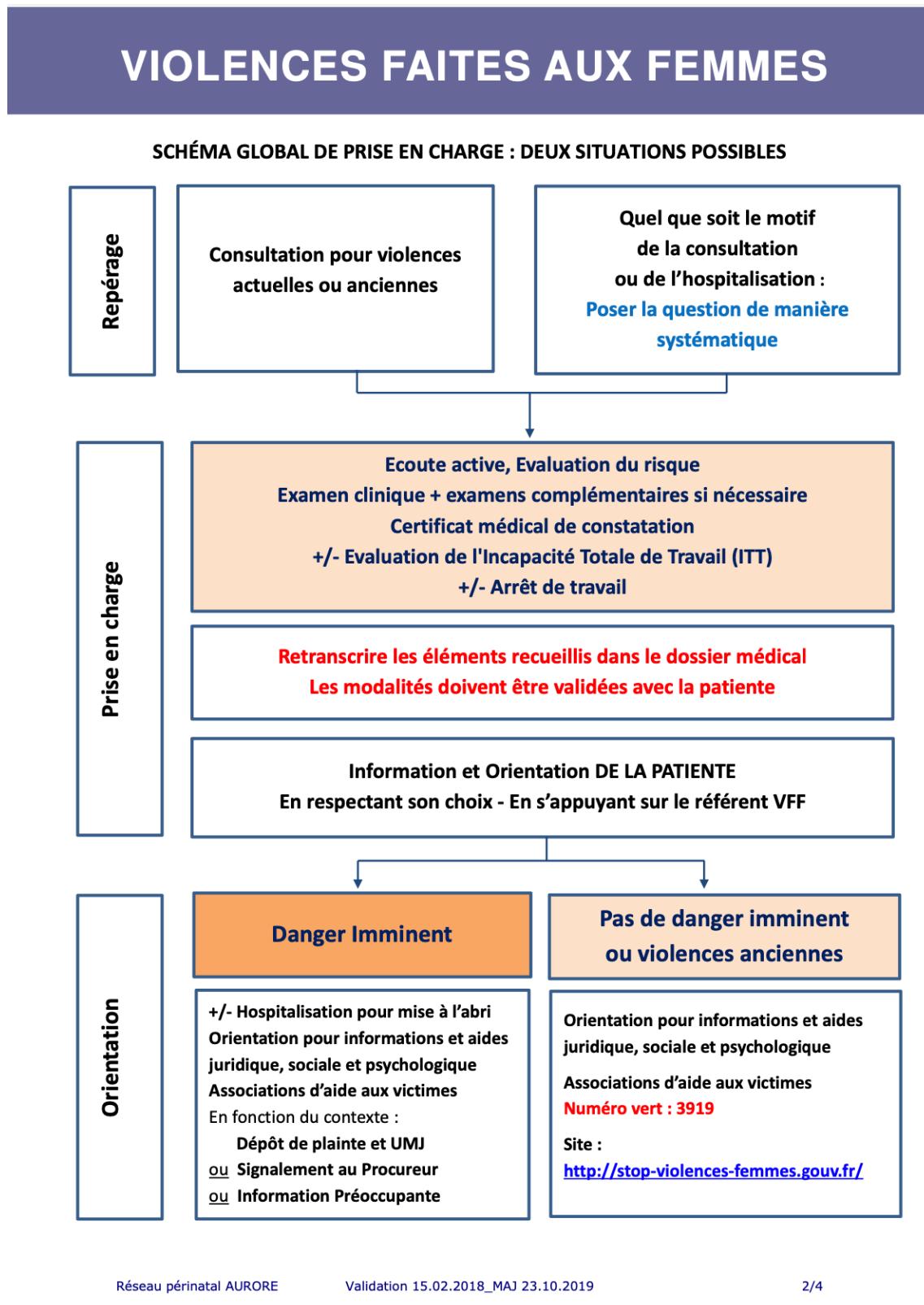
- Affiche informative dans la salle d'attente / salle de consultation
- Brochures à disposition des patientes
- Numéros d'une assistante sociale
- Numéros d'urgence hébergement
- Numéros national 3919

7) Kits pédagogiques MIPROF

 <p>KIT ANNA Les violences au sein du couple</p> <p>Ce kit de formation explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par la professionnelle ou le professionnel et le travail en réseau</p>	<p>« un court-métrage (16 mn)* • un livret d'accompagnement pour professionnels de santé • des fiches réflexes pour les gendarmes et policiers, les magistrats, les travailleurs sociaux, les sapeurs-pompiers, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les policiers municipaux».</p> <p>NB : accessible bien sûr aux sages-femmes</p> <p>*Réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benaïm, avec Aurélia Petit et Marc Citti (disponible avec sous-titrage anglais, LSF et en audio-description)</p>
 <p>KIT ELISA Les violences sexuelles</p> <p>Ce kit de formation traite des conséquences des violences sexuelles et de l'impact du repérage systématique sur la femme victime.</p>	<p>« • un court-métrage (13 mn)* • un livret d'accompagnement pour les sages-femmes et les autres professionnels de santé • des fiches réflexes pour les gendarmes et policiers, les magistrats, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers »</p> <p>*Réalisé par Johanna Bedeau, avec Laure Calamy & Aurélia Petit (disponible avec sous-titrage LSF et en audio-description)</p>
 <p>TOM et LENA L'impact des violences au sein du couple sur les enfants</p> <p>Ce kit de formation traite de l'impact des violences au sein du couple sur les enfants ainsi que du repérage et de la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes.</p>	<p>« • un court-métrage (15mn)* • un livret d'accompagnement pour les professionnels de l'enfance, les professionnels de l'éducation, du social, du droit et de la santé »</p> <p>* Réalisé par Johanna Bedeau, avec Swann Arlaud & Sarah Le Picard (disponible avec sous-titrage LSF et en audiodescription)</p>
 <p>CLIPS PÉDAGOGIQUES « PAROLES D'EXPERTS »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • clip – Les différences entre conflit et violences (4 mn) • clip – Les mécanismes des violences au sein du couple (6 mn 30) • clip - Que se passe-t-il pour la victime pendant et après les violences : les impacts du stress aigu et du stress chronique (11 min 00) • clip - Les conséquences psycho-traumatiques des violences : la sidération, la dissociation, la mémoire traumatique (12 mn42)

Source : site stop-violence.gouv.fr

8) Réseau AURORE sensibilisation VFF



9) Questionnaire WAST (source : RSPA)

Questionnaire WAST version française (version originale en annexe)

Le groupe de travail a choisi de maintenir la sous-section WAST-SHORT

Les items 1 et 2 constituent le WAST-SHORT En cas de réponse positive à l'une des questions, continuer avec l'ensemble du questionnaire	1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ? <input type="checkbox"/> Très tendue <input type="checkbox"/> Quelque peu tendue <input type="checkbox"/> Sans tension	2 1 0
	2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ? <input type="checkbox"/> Très difficilement <input type="checkbox"/> Assez difficilement <input type="checkbox"/> Sans difficulté	
Les 8 items constituent le WAST	3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaisonné(e) ou que vous vous sentez dévalorisé(e) ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
	4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée)? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
	5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
	6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraité physiquement ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
	7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
	8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	2 1 0
Total : / 16 Valeur seuil = 5		

10) Grille de repérage des vulnérabilités



Validé RP2S – Comité de prévention mars 2018

GRILLE D'EVALUATION DES CRITERES DE VULNERABILITE EN PRENATAL AMENANT UNE ORIENTATION vers les SAGES-FEMMES PMI-PS Haute-Savoie (maj 7 déc 17)

A renseigner dès l'Entretien Prénatal Précoce. A réévaluer au long de la grossesse

Les **Indicateurs de Vulnérabilité** sont cotés par le professionnel de 0 (pas de vulnérabilité significative repérée) à 4 (vulnérabilité forte).

La somme des cotations : « V » amène à une orientation de la femme vers la sage-femme de PMI-PS s'il est au moins égal à 4.

Indicateurs de vulnérabilité amenant, à eux seuls, à une orientation vers la sage-femme PMI-PS	Jeune fille Mineure	4
	Grossesse mal suivie	4
	Accouchement prévu dans le secret	4
	Pathologie psychiatrique / déficience intellectuelle	4
	Situation médico-psycho- sociale complexe	4
	ATCD Placement ASE (Femme elle-même, parents et/ou fratrie)	4
Soutien familial et social	Violences conjugales	4
	En couple, soutien familial et amical	0
	Futur père absent, soutien familial ou amical restreint	1
	Aucune personne	2
Ressources	Isolement géographique	2
	Revenus réguliers	0
	Revenus irréguliers, prestations sociales et autres	1
Couverture médicale	Aucune. <i>Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier</i>	2
	Avec complémentaire	0
	Sans complémentaire, CMU, AME ou PASS	1
Consommation de produits toxiques	Aucune couverture médicale. <i>Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier</i>	2
	Tabac pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de cigarettes / jour :</i>	
	Cannabis pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de joints / semaine:</i>	
	Alcool pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de verres / semaine:</i>	
	Autres drogues, médicaments	1
Critères et antécédents obstétricaux	Traitements substitutifs	1
	Tabac, Alcool, Toxicomanie chez le conjoint et/ou l'entourage	1
	Consommation en fin de grossesse :	
	Aucun ATCD	0
	ATCD de déni de grossesse	1
	Découverte tardive de grossesse (> 15 SA)	2
	ATCD Mort Fœtale In Utéro, Interruption Médicale de Grossesse	2
	Grossesses rapprochées (moins de 6 mois après la précédente naissance)	2
	Parité supérieure ou égale à 5	2
	Poursuite de la grossesse après demande d'IVG	3

SOMME DES COTATIONS : V =

1

Source : site internet du réseau RP2S

11) Fiche de liaison EPP (source : réseau Aurore)

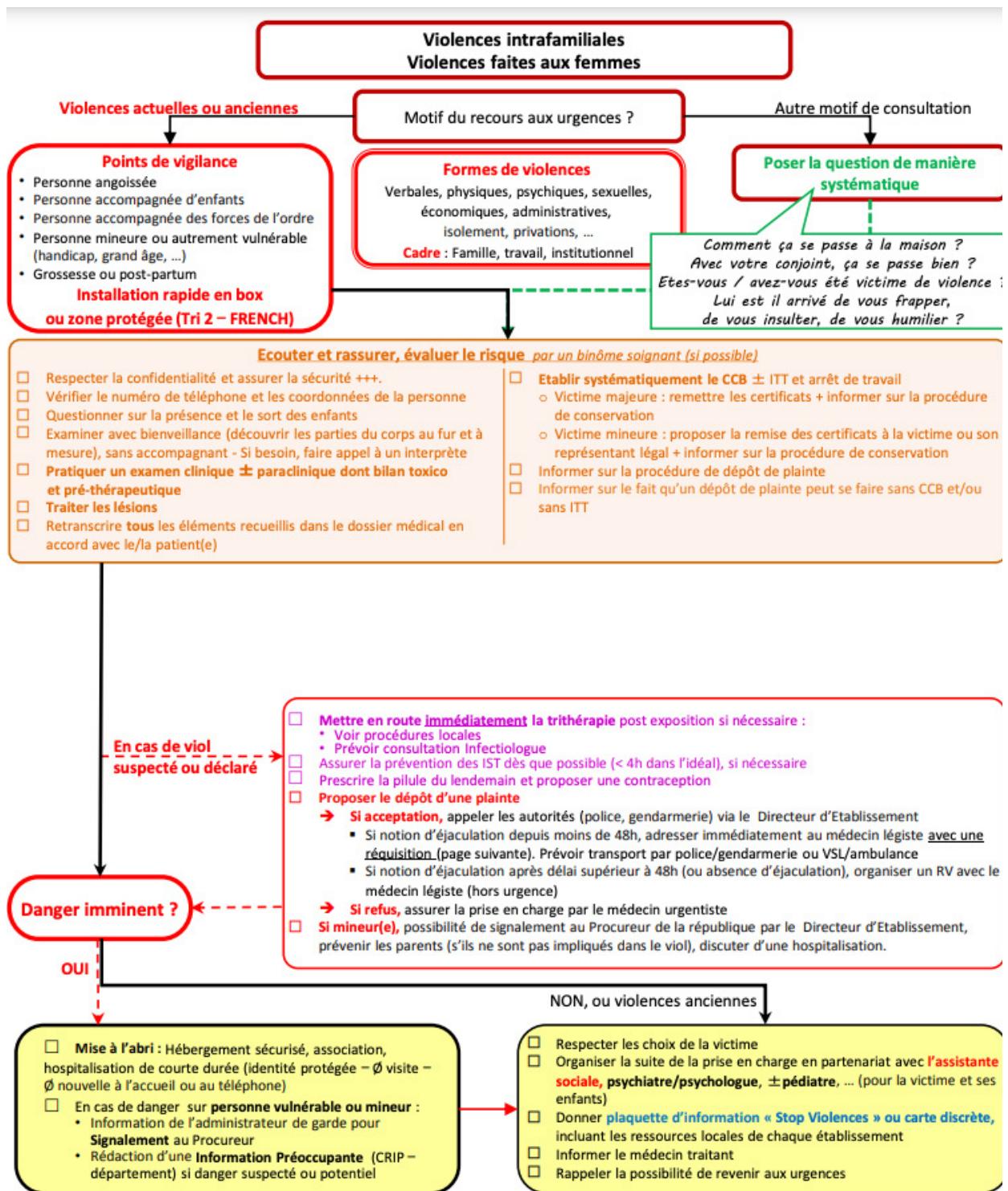
Patiante (Nom, prénom) : | SA | Qui vous a proposé cet entretien ?
Date de la Cs Connaissance du Réseau : Avant Pendant l'entretien
En présence du conjoint: OUI NON
Lieu d'accouchement à priori prévu :

Fiche de liaison pour l'entretien précoce

ATCD marquants et santé globale	Environnement social et familial												
Projet de naissance	Ressentis												
<p style="text-align: center;">Souien(s) proposai(s):</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>PMI:</td><td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td></tr><tr><td>Psychologique:</td><td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td></tr><tr><td>Assistance sociale:</td><td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td></tr><tr><td>Ca d'aide à l'accouchement:</td><td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td></tr><tr><td>Déléguée :</td><td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td></tr><tr><td>Autre :</td><td>.....</td></tr></table>		PMI:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Psychologique:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Assistance sociale:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Ca d'aide à l'accouchement:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Déléguée :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre :
PMI:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Psychologique:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Assistance sociale:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Ca d'aide à l'accouchement:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Déléguée :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Autre :												

Source : site internet du réseau AURORE

12) Référentiel RESU Val - RESCue



Viols et violences sexuelles
Procédure d'adressage selon la structure médico-légale

L'adressage à une structure médico-judiciaire pour viol ou violences sexuelles se fait sur **réquisition du procureur de la république**.

La victime **majeure** se présente seule ou accompagnée par une personne ou association de son choix.

La victime **mineure** est conduite par famille, proche, professionnel ayant recueilli en 1er la parole, service d'enquête...

Ce document s'inscrit en lien avec le référentiel violences intrafamiliales - violences faites aux femmes (page précédente).

Organisation autour de l'UMJ de Lyon

Toujours sur réquisition, que la victime soit majeure ou mineure

1. Pour les faits commis récemment :

- *Les jours ouvrés de 8 h 30 à 17 h :*

Contacter systématiquement l'**UMJ** de HEH au 04 27 85 80 28, pour convenir de la date et de l'heure de réception de la victime au sein du service (UMJ)

- *La nuit, les week-ends et les jours fériés :*

Appel aux urgences du Pavillon N de HEH au 04 72 11 69 53.

Bien transmettre les coordonnées téléphoniques du praticien du SAU demandeur. Le médecin légiste d'astreinte jugera de la conduite à tenir.

2. Pour les faits commis depuis plus de 5 jours :

Contacter systématiquement l'**UMJ** de HEH au 04 27 85 80 28 en jour ouvré, pour convenir de la date et de l'heure de réception de la victime au sein du service (UMJ)

Organisation autour d'Aubenas

Le PAMJ relève du pôle mère-enfants du CH Ardèche Méridionale (Aubenas)

Quel que soit l'âge, l'examen médical est organisé par l'autorité judiciaire requérante, en concertation avec le médecin légiste et le gynécologue :

- Aux jours ouvrés de 9h30 à 15h30 : secrétariat de pédiatrie/maternité 07 75 35 60 30
- De 20h à 7h : accueil des urgences 04 75 35 60 23
- Le WE et les jours fériés de 7h à 20h et en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat de pédiatrie/maternité, appeler le standard 04 75 35 60 60

→ se référer à leurs directives

Organisation autour de Villefranche sur Saône

1. Victimes majeures :

- *Les Jours ouvrés :*

- Appel au secrétariat du service de réanimation de l'**HNO** : 04 74 09 29 31 (Fax 24 30)
- Accueil au secrétariat de Réanimation, niveau 0
- En l'absence du médecin légiste, contacter UMJ de HEH : 04 27 85 80 28

- *La nuit, les week-ends et les jours fériés :*

Appel aux urgences du Pavillon N de HEH au 04 72 11 69 53
Bien transmettre les coordonnées téléphoniques du praticien du SAU demandeur. Le médecin légiste d'astreinte jugera de la conduite à tenir.

2. Victimes mineures :

- *UAMJP - Pédiatrie HNO :*

- Appel au secrétariat des Urgences Pédiatriques HNO : 04 74 09 68 43 (Fax 48 80)
- Accueil aux Urgences Pédiatriques HNO, niveau 0

Peuvent accompagner les victimes :

- Assistante sociale HNO : 04 74 09 24 11
- Association TANDEM Villefranche S/Saône : 04 81 04 11 90

Organisation autour de Valence

1. Victimes majeures :

- *Consultations Coups et Blessures et réévaluation ITT*

- Après dépôt de plainte
- Dr Nourdine médecin légiste CH Romans
- Prendre RDV au secrétariat de USC : 04 75 05 75 03
- Consultation organisée 2j /sem.

- *Consultations Violences Sexuelles*

- CH Valence UGO H24
- CeGIDD mardi matin et vendredi matin 06 37 11 71 90
- *Examens et prélèvements par Gynécologue*
- UMJ Grenoble
- Pr Scolan ou Dr Pascal : médecins légistes
- Secrétariat : 04 76 76 55 14

2. Victimes mineures :

- UAMJP Dr Juven pédiatre référent
- Secrétariat Urgences Pédiatriques : 04 75 75 75 85

Lexique

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

HNO : Hôpital Nord Ouest (Villefranche)

HEH : Hôpital Edouard Herriot

PAMJ : Point d'Accueil Médico-Judiciaire

UAMJP : Unité d'Accueil Médico-Judiciaire Pédiatrique

UGO : Urgences Gynéco-Obstétriques

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

Source : site internet RESU-Val

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Malakoff: Dunod; 2016. (Psychothérapies).
2. Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF. *Genre*.2003;35(2):45-70.
3. Christine RD. Haute Autorité de santé. 2019;164.
4. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. *Pouvoirs Dans Caraïbe Rev CRPLC*. 2012;(17):43-59.
5. Rapport Henrion.
Disponible sur: <https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
6. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple.
Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r04-229/r04-22914.html>
7. DP_violencesfemmes-300908avec_couv.pdf
Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_violencesfemmes-300908avec_couv.pdf
8. Plan violence et santé
Disponible sur: <https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000694.pdf>
9. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0081 du 05/04/2006
Disponiblesur:https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=HLeRZ63wjXl6qKnc0X28PIstvrbVw7vibSIX3L_C8eE=

10. 2ème plan triennal 2008-2010.pdf

Disponible sur: <https://evaw-global-database.unwomen.org/-/media/files/un%20women/vaw/full%20text/europe/deuxieme%20plan%20global%20triennal/twelve%20targets%20for%20combating%20vaw%20plan%202008-2010.pdf?vs=5804>

11. Conseil des ministres du 24 novembre 2010. Le bilan de la grande cause nationale 2010 sur la lutte contre les violences faites aux femmes.

Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/180548-conseil-des-ministres-du-24-novembre-2010-le-bilan-de-la-grande-cause-n>

12. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales

Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.html>

13. Désveaux E. À propos de l'affaire Weinstein : de la subordination dynamique à l'égalité statutaire. *Grief*. 2019;6/1(1):35-47.

14. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

15. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

Disponible sur: <https://rm.coe.int/1680084840>

16. Guide_violences_conjugales.

Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf

17. Daligand L. Chapitre III. Le cycle de la violence. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2019. p. 62-85. (Que sais-je ?).

Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-violences-conjugales--9782715402140-p-62.htm>

18. Keen E, Pandea AR, Grzemny D. Questions de genre: Manuel pour aborder la violence fondée sur le genre affectant les jeunes [Internet]. Conseil de l'Europe; 2021 Disponible sur: <https://www.cairn.info/questions-de-genre-2019--9789287189578.htm>

19. Violences sexuelles | Arrêtons les violences.

Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>

20. Daligand L. Emprise dans les violences conjugales et la maltraitance infantile. J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM. 2021;30(3):49-52.

21. Violence à l'encontre des femmes.

Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

22. FDF-cout-inegalites-web.pdf

Disponible sur: <https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2022/03/FDF-cout-inegalites-web.pdf>

23. Salmona M. Chapitre 1. L'impact psychotraumatique des violences conjugales sur les victimes. In: Violences conjugales. Paris: Dunod; 2017. p. 1-18. (Santé Social).

Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-p-1.htm>

24. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.

Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

25. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol. mai 1999;93(5 Pt 1):661-6.

26. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The Effects of Domestic Violence During Pregnancy on Maternal and Infant Health. Violence Vict. 1 avr 2002;17(2):169-85.

27. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.

28. Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367) - Légifrance

Disponiblesur:https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/#LEGISCTA000006190549

29. Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf

Disponible sur: <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf>

30. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance

Disponiblesur:https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00004439422

31. Vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

32. Violence_48_pages_20_10-2.pdf

Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Violence_48_pages_20_10-2.pdf

33. fs_femmes_violence_agir_092019.pdf

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf

34. violence_femme2022_A5-web.pdf

Disponible sur: https://www.lyon.fr/sites/lyonfr/files/content/documents/2022-10/violence_femme2022_A5-web.pdf

35. DP_Violence-faites-aux-femmes_30.11.2020.pdf

Disponiblesur:<https://www.egalitefemmeshommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020>

36. Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité - rapport
Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-133.html>
37. Chevillon L. Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes des services d'urgences obstétricales: état des lieux des pratiques en France.
38. World Health Organization - 2013 - Responding to intimate partner violence and sexual.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2023].
Disponiblesur:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf
39. Jaspard et Saurel-Cubizolles - VIOLENCES ENVERS LES FEMMES ET EFFETS SUR LA SANTE.pdf
Disponiblesur:http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF
40. rapport-1000-premiers-jours.pdf
Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
41. Evaluation du parcours de la femme enceinte vulnérable.pdf.
Disponiblesur:<https://www.auvergnerhonealpes.ars.sante.fr/media/89305/download?inline>
42. Enquête-nationale-auprès-des-sages-femmes-en-activité-MIPROF-2015.pdf
Disponible sur: <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Enqu%C3%A9-nationale-aupr%C3%A8s-des-sages-femmes-en-activit%C3%A9-MIPROF-2015.pdf>
43. rapport_Perinat_2016.pdf
Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapport_Perinat_2016.pdf

Auteur : Eugénie AUDIBERT	Diplôme d'État de sage-femme
Titre : La grossesse à l'épreuve des violences faites aux femmes : le dépistage réalisé par les sage-femme de la région Auvergne-Rhône-Alpes	
Résumé :	
<p><i>Introduction :</i> Pendant la grossesse, les consultations sont fréquentes et sont des moments opportuns où le dépistage des violences faites aux femmes peut être réalisé. Ce moment clé dans la vie d'une femme peut faire partie des facteurs déclencheurs de violences. Elles ont des répercussions graves pour la santé de la mère, de l'enfant, et sur le déroulement de la grossesse.</p>	
<p><i>Objectifs :</i> L'objectif principal de ce mémoire est de calculer la prévalence du repérage des violences faites aux femmes chez les patientes vues en consultation prénatale programmée ou en urgence par une sage-femme, quel que soit le terme de la grossesse dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.</p>	
<p>Les objectifs secondaires sont de rechercher les facteurs associés au repérage des VFF en lien avec les caractéristiques des sage-femmes : années d'expérience, formation spécifique au dépistage des VVF, exercice libéral, hospitalier, urbain, semi-urbain ou rural, l'information et l'orientation vers des réseaux de professionnels ou associations.</p>	
<p><i>Méthode :</i> Étude quantitative descriptive réalisée grâce à un questionnaire envoyé à plus de 130 sage-femmes libérales, hospitalières, travaillant en PMI ou cadres de service de maternité de la région Auvergne Rhône Alpes.</p>	
<p><i>Résultats :</i> Malgré des améliorations ces dernières années, plusieurs facteurs représentent de véritables freins pour la réalisation du dépistage systématique des VFF en consultation prénatales, parmi eux, le manque de formation, le manque d'expérience de certaines sage-femmes et le manque de temps.</p>	
<p><i>Conclusion :</i> Notre étude montre qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes, la majorité des sage-femmes interrogées estiment que leur niveau de formation face au VFF reste insuffisant, et pour elles, ce défaut de formation est un frein dans le dépistage. Des progrès sont encore à faire sur la région, il faut continuer les démarches entamées.</p>	
Mots clés : Violences – Femmes – Dépistage – Repérage – Grossesse – Sage-femme	

Title: Pregnancy and violence against women: screening by midwives in the Auvergne-Rhône-Alpes region
Summary:
<p><i>Introduction:</i> During pregnancy, consultations are frequent and are opportune moments when screening for violence against women can be carried out. This key moment in a woman's life can be a trigger for violence. They have serious repercussions for the health of the mother, the child, and the course of the pregnancy.</p>
<p><i>Objectives:</i> The main objective of this thesis is to calculate the prevalence of the identification of violence against women among patients seen in scheduled or emergency prenatal consultations by a midwife, whatever the term of the pregnancy in the Auvergne-Rhône-Alpes region.</p>
<p>The secondary objectives were to investigate the factors associated with the identification of VAW in relation to the characteristics of the midwives: years of experience, specific training in VAW screening, private practice, hospital, urban, semi-urban or rural, information and referral to professional networks or associations.</p>
<p><i>Method:</i> Quantitative descriptive study carried out by means of a questionnaire sent to more than 130 midwives working in private practice, hospitals, PMI and maternity wards in the Auvergne Rhône Alpes region.</p>
<p><i>Results:</i> Despite improvements in recent years, several factors represent real obstacles to the systematic screening of VAW in prenatal consultations, including lack of training, lack of experience of some midwives and lack of time.</p>
<p><i>Conclusion:</i> Our study shows that in the Auvergne-Rhône-Alpes region, the majority of midwives surveyed feel that their level of training in VAW is insufficient, and for them, this lack of training is a barrier to screening. There is still progress to be made in the region and the steps already taken must be continued.</p>
Key words: Violence - Women - Screening - Pregnancy - Midwife