

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Joséphine RAULIN

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

<p>Place de la sage-femme libérale auprès des femmes victimes de violences conjugales</p>
--

Soutenu le mardi 26 juin 2018

Directrice de mémoire : CHAMPAGNE Céline

JURY

Madame Eleonore HERICHER, sage-femme enseignante à l'UFR des sciences de la santé Simone Veil, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Madame Eleonore TEYCHENE, sage-femme enseignante à l'UFR des sciences de la santé Simone Veil, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Madame Valence RAMIS, psychologue à l'hôpital André Mignot (Le Chesnay)

Numéro national d'étudiant : 21407256

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Céline Champagne, merci pour votre investissement et vos précieux conseils pour la réalisation de ce mémoire.

Merci à l'ensemble du Jury de l'attention que vous porterez à notre mémoire.

Merci à toutes les sages-femmes libérales ayant participé à notre étude.

A mon entourage et plus particulièrement ma mère, Arnault et Alicia pour votre aide.

Table des matières

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES ANNEXES.....	VIII
LEXIQUE.....	IX
TITRE ET RÉSUMÉ.....	XI
TITLE AND ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCTION.....	1
1 GENERALITES.....	2
1.1 Définitions.....	2
1.1.1 Différents types de violences.....	2
1.1.2 Le cycle de la violence.....	2
1.2 Épidémiologie.....	4
1.3 Risques encourus par la victime.....	5
1.3.1 Risques physiques.....	5
1.3.2 Séquelles psychologiques.....	6
1.4 Aspect législatif.....	6



1.5 Le repérage et l'orientation des femmes victimes de violences conjugales.....	8
1.5.1 Les facteurs de risques repérables chez les victimes.....	8
1.5.2 Le dépistage systématique.....	9
1.5.3 L'orientation.....	9
1.6 La prise en charge actuelle.....	10
1.7 Présentation de l'étude.....	10
1.7.1 Problématique.....	11
1.7.2 Hypothèses et objectifs.....	11
1.7.2.1 Hypothèses.....	11
1.7.2.2 Objectifs.....	11
2 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	12
2.1 Type d'étude/outils.....	12
2.2 Population étudiée.....	12
2.3 Thèmes abordés.....	13
2.4 Modalité de recueil.....	14
2.5 Obligations éthiques et réglementaires.....	15
3 RÉSULTATS.....	16
3.1 Résultats principaux.....	16
3.1.1 Population étudiée.....	16
3.2 Formation des sages-femmes libérales en matière de violences conjugales.....	17
3.3 La pratique du dépistage systématique.....	19
3.4 Le repérage des signes évocateurs de violences conjugales.....	21
3.5 L'accompagnement des victimes de violences conjugales.....	23
4 DISCUSSION.....	27

4.1 Résumé des principaux résultats.....	27
4.2 Le repérage.....	27
4.2.1 Le dépistage systématique.....	27
4.2.2 Le dépistage orienté.....	29
4.2.2.1 Le contexte évocateur.....	29
4.2.2.2 Les signes évocateurs.....	30
4.2.2.3 Dépistage des femmes en situation de danger imminent.....	32
4.3 L'accompagnement et l'orientation des victimes.....	33
4.3.1 Le premier contact et l'accompagnement de la patiente.....	33
4.3.1 Le réseau.....	35
4.4 Évaluation de l'étude.....	36
4.4.1 Points forts.....	36
4.4.2 Limites et biais.....	37
4.5 Implications et perspectives de l'étude.....	38
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
Annexes.....	45

Liste des tableaux

Tableau I : Résultats principaux.....19

Liste des annexes

Annexe I : Le cycle de la violence.....	45
Annexe II : Modèle de certificat médical.....	46
Annexe III : Trame d’entretien.....	47
Annexe IV : Exemple d’entretien.....	49
Annexe V : Plaquette.....	55

Lexique

ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales.

CIDFF : Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles.

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes.

ENVEFF : Enquête nationale des violences faites aux femmes.

EPP : Entretien pré-natal précoce.

HPV : Human Papillomavirus.

HRP : Hématome rétro-placentaire.

HTA : Hypertension artérielle.

INED : Institut national d'études démographiques.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ITT : Incapacité temporaire de travail.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

MAP : Menace d'accouchement prématuré.

MDS : Maison des solidarités.

MFIU : Mort fœtale in-utéro.

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

OMS : Organisation mondiale de santé.

PMI : Protection maternelle et infantile.

RCIU : Retard de croissance in-utéro.

UMJ : Unité médico-judiciaire.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

La place de la sage-femme libérale auprès des femmes victime de violences conjugales.

Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient d'analyser les pratiques des sages-femmes libérales concernant les violences conjugales et d'identifier le repérage et l'orientation de la victime par celles-ci.

Matériel et méthodes

Pour répondre à notre problématique, Mme Champagne et moi avons décidé de mener des entretiens semi-directifs auprès de douze sages-femmes libérales de Seine et Marne entre juillet 2017 et janvier 2018. Le questionnaire abordait plusieurs thèmes : les renseignements généraux de la soignante interrogée et les pratiques des sages-femmes au sujet des violences conjugales. Elles étaient interrogées sur les signes évocateurs de violences conjugales qu'elles repèrent chez une femme, les risques pour la victime (enceinte ou non), les formations réalisées puis le repérage et l'orientation de la patiente à la sortie du cabinet.

Résultats

L'étude a montré que le dépistage des violences conjugales n'étaient pas encore systématique. De ce fait, il n'est pas encore inscrit dans les pratiques actuelles car les sages-femmes libérales ne se sentent pas forcément à l'aise avec la question. Certaines ne préfèrent pas la poser par pudeur ou n'y pensent pas. Pourtant, les soignantes connaissent bien les conséquences négatives que peuvent occasionner les violences conjugales sur la femme et son enfant. Toutefois, le dépistage de maltraitance devant des signes évocateurs est davantage réalisé. En ce qui concerne l'orientation et l'accompagnement des victimes, la prise en charge n'est pas encore optimale à cause d'un manque de formation initiale et continue.

Mots-clés :

Violences conjugales, maltraitance, repérage, sage-femme libérale

The rôle of liberal midwives for victims of domestic violence.

Goals

The study's goals were analysing the midwives' practices on domestic violence but also identifying and orienting the victims.

Material and methods

To answer to our problematic, Ms. Champagne and I decided to conduct semi-directive interviews with twelve liberal midwives of Seine et Marne between July 2017 and January 2018. The survey approached several topics: the general information of the one interviewed and the practices of midwives regarding domestic violence. They were asked about the possible signs of conjugal violence that they spot in a woman, the risks for the victim (pregnant or not), the training carried out then the identification and orientation of the patient at the exit of the cabinet.

Results

The study showed that detecting a domestic violence was not systematic. As a result, it is not yet part of current practice for liberal midwives. They do not necessarily feel comfortable with the issue. Some of them do not prefer to put it by modesty or do not think about it. However, caregivers are well aware of the negative consequences that a conjugal violence can have on a woman and her child. Yet, the detection of abuse with evocative signs is more realized. Regarding the orientation and support of victims, it is not yet optimal because of a lack of initial and ongoing training.

Keywords :

Domestic Violence, Abuse, Spotting, Liberal Midwife

Introduction

Nous retrouvons régulièrement dans les faits divers de nos journaux, le cas de meurtres de femmes à la suite d'un différend conjugal. En réalité, il s'agit de conséquences graves de violences conjugales non dépistées, non repérées à temps. C'est un réel enjeu de santé publique. Les chiffres, actualisés par l'enquête Virage dirigée par l'INED en ce moment, sont affolants : 225 000 femmes en sont victimes chaque année en France, d'après une enquête menée par l'INSEE ⁽⁴⁾. Sans compter celles qui ne disent rien, celles qui ne se font pas repérer par les professionnels de santé.

Les risques sur leur santé ne sont pas à négliger ; à la fois physiques et psychologiques, ils peuvent parfois causer des séquelles graves voire le décès.

Les professionnels de santé, en particulier les sages-femmes, sont très présents dans la vie d'une femme. Que ce soit pour son suivi de grossesse, son accouchement, la préparation à l'accouchement, la rééducation périnéale ou son suivi gynécologique, les sages-femmes sont présentes sur une longue durée auprès de la femme. Elles peuvent ainsi dépister et repérer les violences qu'elles subissent, les accompagner et les orienter vers des structures adaptées afin de les protéger.

Le dépistage systématique et orienté sont deux concepts différents. Le dépistage orienté est synonyme de déceler des signes pouvant évoquer des violences, tandis que le dépistage systématique est une question posée chez toutes les patientes afin de savoir si elles sont victimes ou non. Il n'est pas rattaché à un signe d'appel particulier.

1 Généralités

Les violences conjugales sont encore très présentes à ce jour, elles concernent des comportements apportant un préjudice physique, psychologique ou sexuel de la part d'un partenaire ou ex-partenaire intime envers sa compagne, notamment les actes d'agressions physiques, les relations sexuelles forcées et tout autre acte de domination. (1)

1.1 Définitions

1.1.1 Différents types de violences

Il existe différents types d'agressions, tout d'abord la violence psychologique (menace) et la violence verbale (hurlements et vociférations ou silence, chuchotement inaudible, insultes, grossièretés, obscénités, injures sexuelles). Ces deux types de violences installent un « climat de peur et d'insécurité ».

Puis, il existe également la violence physique (atteintes à l'intégrité corporelle, blessures, violences avec ou contre des objets), la violence économique (priver sa conjointe de ses propres ressources), la violence sexuelle (sévices et viols, exploitation sexuelle, obliger son conjoint à regarder ou pratiquer de la pornographie). Cela nous amène à penser qu'une femme sans blessure physique visible peut-être tout de même victime de violences (2,3).

1.1.2 Le cycle de la violence

Cette notion a été décrite par Léonore Walker en 1979, elle décrit 4 stades.

Dans un premier temps, il y a la mise sous tension : Il s'agit de comportements du conjoint (claquer la porte, poser ses clefs avec agacements, souffler, faire une remarque...), qui vont générer chez la femme des inquiétudes, un stress. Les sujets

de conflits portent sur le quotidien tels que l'éducation des enfants, la famille, le budget, la grossesse... Une frustration, un manque de satisfaction se crée chez le dominant et la dominée ressent la tension. Elle va chercher à modifier son comportement pour essayer d'apaiser cette tension.

L'agression est le deuxième temps : Le conjoint n'ayant pas obtenu satisfaction, « explose ». Il laisse éclater sa colère. Elle peut être exprimée sous différentes formes (psychologique, verbale, physique, sexuelle). La dominée va se sentir humiliée, triste, désespérée.

La troisième étape est la culpabilisation, le déni, le transfert de responsabilités. Le dominant constate les effets de violences, minimise les faits, rejette la responsabilité envers la dominée. Il reporte la responsabilité de son acte violent sur sa conjointe, le travail, la fatigue, les enfants turbulents, son enfance difficile... Par conséquent la femme se culpabilise, se rend responsable, l'excuse.

Pour finir, le dominant cherche à se faire pardonner, assure qu'il va se prendre en mains, lui fait des cadeaux... Madame Walker appelle cela la phase de rémission, la lune de miel, le sursis amoureux. La femme victime reprend espoir, nie et minimise les violences.

Au début les cycles sont espacés, parfois de plusieurs semaines, plusieurs mois voire même plusieurs années. De sorte qu'il est difficile pour la femme de se penser victime de violences conjugales. Avec le temps, les cycles se rapprochent et dans les cas graves, il peut y avoir plusieurs cycles par jour et les phases de rémission disparaissent.

Ce cycle est important à connaître pour un professionnel de santé car la femme sera plus encline à obtenir de l'aide dans les deux premières phases. En effet, par la suite elle sera de nouveau sous l'emprise de son conjoint, donc inaccessible (2). (Cf Annexe I)

1.2 Épidémiologie

Au niveau mondial, près d'un tiers des femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint. De plus, 38 % des meurtres commis envers les femmes sont commis par leur partenaire intime (1).

En France, d'après l'enquête menée par l'INSEE entre 2012 et 2016, 225 000 femmes de 18 à 75 ans déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint, ex-conjoint. Plus grave encore, moins d'une victime sur cinq a porté plainte et plus de la moitié n'a fait aucune démarche vers les professionnels de santé ou les associations (4). De plus, suite à la parution d'une étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, le Ministère de l'Intérieur français aurait annoncé en 2016 la mort de 109 femmes sous les coups de leur compagnon, ce qui correspond à un décès tous les 3 jours (5).

Concernant les violences sexuelles sur l'année 2016, dans 45 % des cas l'agresseur est le conjoint ou ex-partenaire intime (4). Un viol sur trois commis sur une femme majeure est le fait du conjoint (5).

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF en 2000) est la première étude qualitative rapportant les pourcentages de femmes victimes de violences conjugales. Elle a été commanditée par le Service des Droits des Femmes et le Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes. Ainsi, sur une population de 5908 femmes de 20 à 59 ans contactées par entretien téléphonique, 10% d'entre elles ont subi des violences conjugales, 7,7% du harcèlement moral, 2,5% des agressions physiques. De plus, les plus jeunes (20-24 ans) sont davantage exposées aux violences conjugales (15,3%) que les femmes plus mûres (45-59 ans) (8%) (6). Une seconde étude actualisant ces chiffres est en cours, il s'agit de l'enquête Virage dirigée par l'INED, elle concerne les femmes ainsi que les hommes et est de plus grande envergure (17500 hommes et 17500 femmes). Actuellement, seuls les chiffres sur les violences sexuelles ont été publiés. Concernant les viols au sein du couple, 65 % des agressions sexuelles commises par un conjoint et 56% de

celles commises par un ex-conjoint sont des viols. Ces viols sont répétés près de 8 cas sur 10. Les modes de contrainte les plus fréquemment cités sont : la force physique (citée par 65,3% des victimes), le chantage affectif ou la culpabilisation (55,5%) et la menace ou l'intimidation (51,5%) (7).

Malheureusement, les chiffres concernant les violences conjugales sont alarmants et ne seraient pas en baisse d'après la MIPROF (8), de ce fait, de nombreuses femmes accumulent les risques pour leur santé ainsi que celle de leurs enfants.

1.3 Risques encourus par la victime

1.3.1 Risques physiques

Concernant les conséquences des violences conjugales envers les femmes dans le cadre de la grossesse, elles augmentent le risque de faible prise de poids maternelle, d'hémorragie fœtale, multiplient le risque de fausses couches spontanées à répétition par 1.9, augmentent de 17% la naissance de prématurés (8) et peuvent entraîner le décès de la mère et du fœtus. Les nouveaux nés sont plus exposés à des soins de réanimations à la naissance (9,10). Elles ont également un risque accru d'hypertension artérielle, d'œdèmes, de métrorragies, de nausées, vomissements voire de déshydratation et d'infections urinaires (10).

Par ailleurs, une femme non enceinte victime de violences conjugales présente également un risque pour sa santé. Elle peut être atteinte de séquelles physiques comme des lésions traumatiques (érosions, ecchymoses...), de pathologies chroniques pouvant être déséquilibrées par les violences (asthme...) (11,12). Elles sont plus à risque d'occasionner des grossesses non désirées, donc des avortements à cause d'un défaut d'observance à cause de l'emprise du conjoint sur la contraception. D'après une étude menée par l'OMS en 2013, elles ont 1,5 fois plus de risque d'être contaminées par une infection sexuellement transmissible comme le VIH dans certaines régions (1).

Les effets sur la santé peuvent uniquement se traduire par des douleurs de dos, des reflux gastro-œsophagien, des troubles intestinaux, une mobilité réduite (1).

1.3.2 Séquelles psychologiques

Ces femmes souffrent aussi de séquelles psychologiques. Par exemple, le mépris du compagnon, la dépendance aux substances psychoactives et la mémoire traumatique peuvent induire des troubles psychiatriques sur le long terme. Mais aussi des troubles anxieux, des dépressions voire des suicides. Elles peuvent également souffrir de troubles du sommeil et de l'alimentation (11,12).

La mémoire traumatique est mise en place par des mécanismes neurobiologiques de survie. Il s'agit d'une conséquence des violences subies par la femme, traduite par des dysfonctionnements des circuits émotionnels et de la mémoire, et aussi par des séquelles psychologiques. Elle est d'autant plus importante que les violences subies sont graves. Cela peut impliquer de nombreuses conduites paradoxales chez les victimes (confusion, banalisation, tolérance...), ce qui rend les femmes moins accessibles. Si celles-ci ne sont pas prises en charge, 50% d'entre elles font des tentatives de suicide (13).

La multitude des risques engendrés par les violences conjugales, souligne la nécessité d'avoir à disposition sur le plan législatif des sanctions à la hauteur de ce crime.

1.4 Aspect législatif

L'aspect législatif des violences conjugales évolue au fil des années. En 2006, une loi fut votée pour renforcer la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. D'après l'article 132-80 du code pénal : « Dans les cas prévus par la loi, les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. ». « La circonstance aggravante prévue au premier alinéa est également constituée lorsque les faits sont

commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. Les dispositions du présent alinéa sont applicables dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime. » (14). De plus, d'après la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, article 33 du code pénal : « Application possible de la peine de suivi socio-judiciaire aux auteurs de violences conjugales »(15). Pour finir, la loi du 9/07/2010 (Article 515-9, relatif aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants), stipule l'éviction du conjoint du domicile familial en cas de violence sur ordonnance de protection délivrée par le procureur de la République (16).

L'agresseur encourt 3 ans de prison et 45 000€ d'amende si les violences conjugales ont entraîné une incapacité totale de travail (ITT) inférieure ou égale à 8 jours ou n'ayant pas entraîné d'ITT ou s'il s'agit de violences psychologiques (harcèlement moral). Il encourt une peine de 5 ans et 75 000€ d'amende si l'ITT est supérieure à 8 jours.

En cas de violences conjugales habituelles, la peine maximale est de 10 ans de prison et 150 000 € d'amende si l'ITT est supérieure à 8 jours. Dans le cas d'un viol, la peine maximale est de 20 ans de prison (17).

De plus, un 3ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes a été publié entre 2011 et 2013, mené par les ministères de la solidarité et de la cohésion sociale. Il engage 31,6 millions d'euros (30% de plus par rapport au plan interministériel précédent). Il a pour objectif de « maintenir une vigilance collective soutenue et aborder des questions nouvelles. » Il y figure principalement trois thèmes : la protection, la prévention et la solidarité (18).

1.5 Le repérage et l'orientation des femmes victimes de violences conjugales

1.5.1 Les facteurs de risques repérables chez les victimes

Ainsi, les violences conjugales sont un enjeu de santé publique actuel et doivent être dépistées le plus tôt possible. La grossesse est un moment propice au repérage car les femmes ont un suivi mensuel, favorisant le lien et la confiance avec la sage-femme qui fera son suivi.

Il est intéressant d'étudier les facteurs de risque pour les femmes d'être victimes de violences conjugales. Comme dit précédemment, les jeunes (20-24 ans) sont environ 2 fois plus touchées que celles d'âge mûr. Les difficultés pendant l'enfance (privations matérielles, mesure d'assistance éducative, placement judiciaire ou administratif, conflit avec les parents, conflit entre les parents, problème d'alcoolisme, de drogue, sévices ou coups répétés) sont décrites chez 26% des femmes victimes de violences conjugales incluses dans l'étude (6).

D'après l'ENVEFF, les femmes qui subissent des violences les occultent souvent et sont dans le déni, il est donc important d'aborder le sujet à travers des actes, des faits, des gestes ou des paroles, en laissant la femme venir vers nous (6,19). D'après une étude qualitative basée sur 11 entretiens, ces femmes victimes de violences conjugales auraient pu en parler à leur médecin seulement si, lui seul, avait abordé le sujet. Elles ne savent pas que les professionnels de la santé sont aptes à les écouter. L'une des meilleures solutions pour créer un climat de confiance est de faire preuve d'empathie, d'adopter une attitude bienveillante pendant les consultations. Il est important ne pas mettre en doute leurs paroles et d'éviter tout jugement. 75% des victimes de violences conjugales n'en parlent pas à leur médecin (20). Par ailleurs, il s'agit d'un sujet sensible difficile à aborder par les professionnels de santé par gêne ou manque de formation. Il est également difficile pour les femmes d'en parler à un personnel médical par crainte du jugement ou peur de ne pas être écoutées.

1.5.2 Le dépistage systématique

Il est important de se questionner sur l'importance ou non du dépistage systématique des violences conjugales à la première consultation. Il est recommandé par l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists de le faire pour toutes les patientes au cours des consultations de gynécologie de routine, de l'entretien prénatal précoce ou à une consultation de grossesse (21). D'après le mémoire de M. Rouveyre, certains professionnels attendent que les patientes en parlent spontanément (22).

1.5.3 L'orientation

La continuité des soins après le repérage de violences conjugales est primordiale pour aider la femme à sortir des violences, et cela fait partie du rôle de la sage-femme. Une fois le dépistage fait, le travail en réseau est essentiel. Nous ne pouvons être à la fois sage-femme, psychologue, assistante sociale, médecin, association d'aide aux victimes... L'accompagnement médico-psycho-social repose donc sur un partenariat entre différentes équipes hospitalières, territoriales, libérales, les unités de psychiatrie périnatales, les centres médico-psychologiques, les structures de soutien à la parentalité de l'aide sociale à l'enfance, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie et les associations d'aide aux victimes. La Fédération Nationale Solidarité Femmes est une association aidant les femmes victimes de violences. Elle est à l'origine du service téléphonique d'écoute 3919 « Violences Femmes Infos » qui permet à la patiente de s'orienter vers une association locale qui pourra l'aider d'un point de vue psychologique et matériel (hébergement). Les unités médico-judiciaires (UMJ) rassemblent des experts de la médecine légale, ils sont là pour enquêter après un dépôt de plainte ou constater les faits (blessures, traces..) avant la plainte. (23)

1.6 La prise en charge actuelle

Depuis la ratification en 2014 du traité européen, dit Convention d'Istanbul, le Ministère de la Famille, des Enfants et des Droits des Femmes se montre actif quant à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé face aux violences faites aux femmes en diffusant des conduites à tenir (trame de certificat médical à remplir par la sage-femme ou le médecin, cf annexe II) et de courts-métrages. D'après la loi n°2015-1402, Article 226-14 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé, tous les soignants sont aptes à faire un signalement de maltraitance (en accord avec la femme majeure) aux autorités compétentes (24). Il s'agit donc d'un sujet actuel (25,26).

L'objectif principal de notre étude consistait à savoir comment les sages-femmes libérales repèrent et prennent en charge les femmes victimes de violences conjugales. Étant en cabinet libéral, il est plus difficile pour elles d'avoir accès à un réseau de partenaires avertis afin de réorienter ces patientes (PMI, psychologues, assistants sociaux, associations d'aides aux victimes). Cependant, elles peuvent avoir une place privilégiée dans ce dépistage compte tenu de la proximité qu'elles ont avec leurs patientes, qu'elles suivent souvent sur de longues périodes. Les sages-femmes sont toutes confrontées à cela et il est important de trouver les outils et les moyens de les accompagner dans cette épreuve, afin d'aider ces femmes à s'en sortir au mieux. Le département de Seine et Marne est assez vaste et possède une diversité démographique intéressante, car bien représentative de la population française.

La directrice de mémoire avec qui j'ai travaillé est Céline Champagne, sage-femme réseau de Seine et Marne, référente des violences portées envers les femmes, sage-femme libérale depuis mai 2010, présidente du conseil départemental des sages-femmes de Seine-et-Marne et chargée d'actions en santé publique au sein du réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien, elle est responsable du programme de prévention des violences faites aux femmes dans le nord du département.

1.7 Présentation de l'étude

1.7.1 Problématique

Quelles sont les pratiques actuelles de repérage et d'accompagnement des sages-femmes libérales auprès des femmes victimes de violences conjugales ?

1.7.2 Objectifs et hypothèses

1.7.2.1 Hypothèses

- Le dépistage des violences conjugales auprès des patientes n'est pas encore systématique dans la pratique actuelle des sages-femmes libérales (22,28).
- Le repérage orienté est limité par le manque de formation des sages-femmes libérales au sujet des violences conjugales (27).
- Aujourd'hui, les conduites à tenir des sages-femmes libérales concernant l'accompagnement et l'orientation des femmes victimes de violences conjugales ne sont pas optimales (27, 29).

1.7.2.2 Objectifs

Les objectifs de cette étude sont :

- D'étudier les pratiques des sages-femmes libérales concernant les violences conjugales (le cycle de la violence, conscience des risques physiques et psychologiques sur la femme et son fœtus, structures de prise en charge, les signes évocateurs).
- D'identifier le repérage et l'orientation de la victime de violences conjugales par la sage-femme.

2 Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude/Outils

Pour répondre à notre problématique, Mme Champagne et moi-même avons décidé de mener des entretiens semi-directifs auprès de douze sages-femmes libérales de Seine et Marne entre juillet 2017 et janvier 2018.

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés par thème et groupes d'idées, en effectuant des croisements afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives.

2.2 Population étudiée

- Facteurs d'inclusions : Les sages-femmes libérales de Seine et Marne qui pratiquent les consultations de grossesses et/ou l'entretien prénatal et/ou de gynécologie de prévention et/ou post natales. Elles sont sélectionnées de manière aléatoire dans le département de Seine et Marne.

Nous avons seulement inclus les sages-femmes libérales car cela nous concernait davantage. Il était intéressant d'étudier les soignants les plus susceptibles de rencontrer des patientes victimes de violences conjugales. Ces dernières étant présentes durant une grande partie de la vie des femmes (grossesse et suivi gynécologique). Nous avons choisi de mener notre étude sur le département de la Seine et Marne, le plus grand d'Île-de-France, car il concentre beaucoup de sages-femmes libérales (109 à ce jour). Il s'agit d'un département constitué de zones rurales et urbaines. Cela nous apportait une population hétérogène et donc plus riche pour notre étude. De plus, ma directrice de mémoire est sage-femme référente

des violences conjugales en Seine et Marne, ce qui facilitait les échanges avec les professionnels de santé du département.

- Facteurs d'exclusions : Les sages-femmes libérales ayant une double activité en secteur hospitalier. Celles pratiquant exclusivement les consultations de préparations à l'accouchement en groupe. Celles travaillant à la PMI ou en MDS.

Les sages-femmes ayant une activité hospitalière n'orientent pas les patientes de la même manière que les sages-femmes libérales. Le circuit à l'hôpital est différent, l'équipe d'assistantes sociales, de psychologues, voire l'unité-médico-judiciaire sont sur place. Il était intéressant d'étudier le réseau d'une sage-femme en cabinet de ville.

Les sages-femmes pratiquant exclusivement les consultations de préparation à la naissance ne voient jamais les patientes seules ce qui entrave le repérage des violences.

Les sages-femmes de PMI et des MDS font partie d'une structure comprenant une assistante sociale et une psychologue sur place, ce qui facilite l'accompagnement des femmes.

Nous avons voulu étudier exclusivement la pratique des sages-femmes libérales envers les femmes victimes de violences conjugales pour limiter les biais de sélection, ces soignantes n'ont pas les mêmes stratégies pour adresser les patientes. Elles doivent se construire un réseau.

2.3 Thèmes abordés

Notre étude est une enquête sur les pratiques des sages-femmes libérales concernant le repérage, l'orientation et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Nous avons élaboré une grille d'entretien comprenant trois parties : Les renseignements généraux, le repérage et l'accompagnement de la patiente victime de violences conjugales. (Cf annexe III)

Les thèmes abordés dans chaque partie sont :

- Les renseignements généraux concernant la sage-femme libérale (âge, sexe, année du diplôme, type de consultations pratiquées, années d'expériences au sein du cabinet, durée moyenne d'une consultation.)
- Le repérage et l'orientation de la patiente à la sortie du cabinet : La formation des sages-femmes au sujet du cycle de la violence, les signes évocateurs de violences conjugales chez une femme, les risques pour la victime (enceinte ou non), les croyances, les formations réalisées.

Puis, l'acceptation du conjoint en consultation, les questions posées pour le repérage, le ressenti de la sage-femme face au repérage, les informations données à la patiente, les structures de prise en charge vers lesquelles les soignantes redirigent les femmes, l'évaluation du danger de la victime, la rédaction du certificat médical, le signalement de maltraitance, le dépistage systématique et les freins au dépistage.

2.4 Modalité de recueil

Le mode de recueil se base sur des entretiens semi-directifs enregistrés avec un dictaphone auprès de sages-femmes libérales. Ils sont tous menés par téléphone car le département de Seine et Marne s'étend sur 5915 m², il était donc plus aisé et rapide pour notre organisation d'utiliser cet outil.

Le choix de la population étudiée a été très aléatoire car il s'agit des sages-femmes qui ont bien voulu répondre à mes questions. J'ai reçu 43 refus pour différentes raisons. Trois m'ont dit : « Je n'ai pas le temps », deux m'ont également répondu : « Je n'ai pas de patientes victimes de violences conjugales dans mon cabinet » tandis qu'une a déclaré : « Ce n'est pas un sujet qui m'intéresse, adressez-vous

plutôt aux sages-femmes de PMI». Beaucoup de sages-femmes n'ont également pas répondu à mes appels ou mes mails.

Nous avons testé notre questionnaire sur une sage-femme libérale qui avait également une activité hospitalière. Nous n'avons rien changé à la suite de l'entretien, nous l'aurions inclus s'il respectait les facteurs d'inclusions.

Les entretiens durent entre 15 et 45 minutes, en moyenne 30 minutes pour la plupart.

Nous avons mené 12 entretiens. Ils englobaient une population hétérogène avec différentes prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Au final, Nous avons jugé avoir assez d'informations à analyser, nous sommes donc arrivées à saturation des résultats.

2.5 Obligations éthique et réglementaires

Nous avons contacté les sages-femmes par téléphone ou E-mail professionnel. Nous leur avons demandé un consentement oral après explications claires du sujet de notre étude et de la nécessité de l'enregistrement pour la retranscription des entretiens. Nous les avons informées quant à la possibilité de revenir sur leur consentement à tout moment, ce qui entraînerait la destruction immédiate de l'enregistrement et leur exclusion de l'étude. Leur participation était strictement anonyme et confidentielle. De plus, les enregistrements seront supprimés après la soutenance du mémoire.

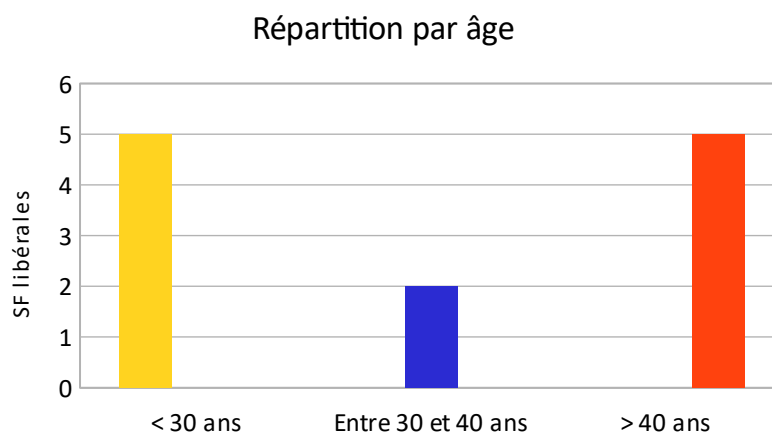
3 Résultats

3.1 Résultats principaux

3.1.1 Population étudiée

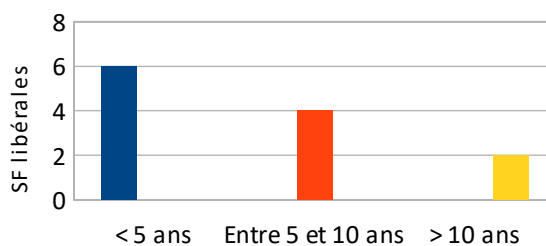
Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 12 sages-femmes libérales de Seine-et-Marne venant chacune de différents horizons (Coupvray, Champs sur Marne, St Fargeau Ponthierry, Dammarie les Lys, Pontault-Combault, Bussy St Georges, Rubelles, Nangis, Serris, Combs-la-ville, Fontainebleau).

Les sages-femmes interrogées avaient entre 22 et 54 ans.



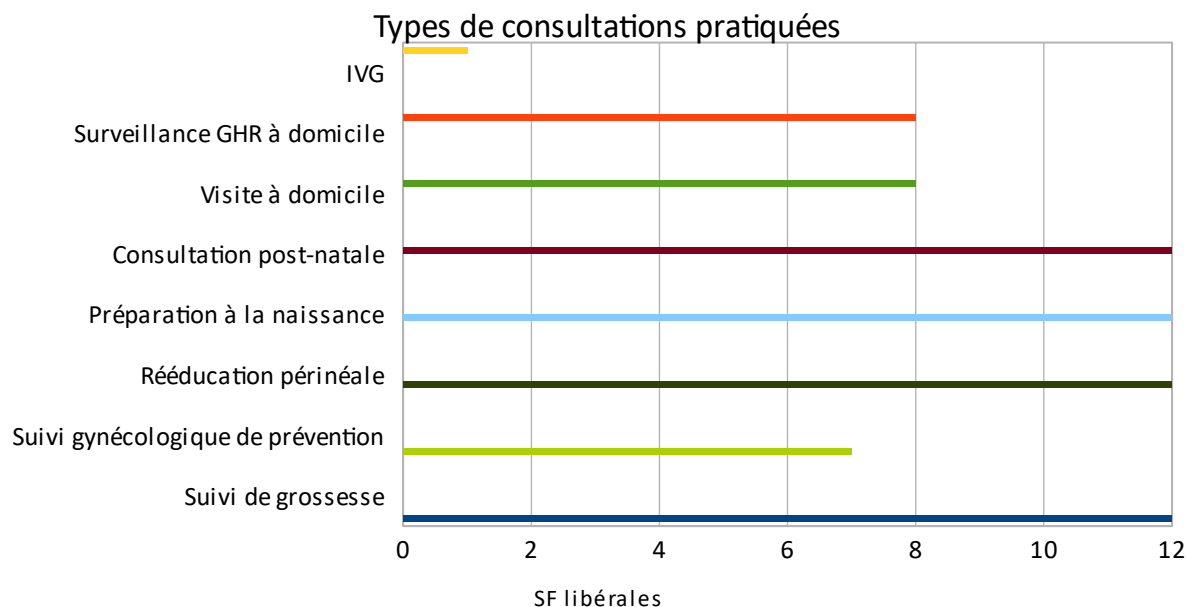
Elles sont installées en cabinet libéral depuis 4 mois jusqu'à 25 ans.

Répartition par années d'activité libérale



De plus, dix d'entre elles ont exercé à l'hôpital avant de s'installer.

Pour la plupart, elles pratiquent toutes les consultations qu'une sage-femme peut mener dans son champ de compétence.



Pour finir, le temps de consultation moyen est de 30 minutes, avec un maximum de 45 minutes pour certaines sages-femmes.

La répartition de ma population d'étude est hétérogène en ce qui concerne l'âge et les années d'expériences. A ce jour, ces sages-femmes ne travaillent plus qu'en cabinet libéral.

3.2 Formation des sages-femmes libérales en matière de violences conjugales.

Le cycle de la violence décrit par L.Walker en 1979 n'est pas connu par la plupart des sages-femmes que j'ai interrogé (10 sur 12). Pour les soignants, il sert à repérer la phase d'agression qui permet d'intervenir au bon moment. Pour les deux sages-femmes qui ont pu me le décrire, l'une l'a appris grâce à sa formation initiale (diplômée de 2017), l'autre grâce à une formation du conseil de l'ordre.

Les risques encourus par la femme enceinte victime de violences conjugales sont majoritairement reconnus par les sages-femmes. Elles citent toutes, les dommages corporels ainsi que les conséquences obstétricales (RCIU, HRP, MFIU, HTA) que celles-ci peuvent causer. Mais également la destruction psychologique, la dépression, le suicide, la mort : « L'insécurité intérieure, d'être considérée comme un objet, plus de conscience de soi, plus de valeur de soi. La MAP, RCIU, HTA provoquée par l'anxiété extrême. Le sur ou sous-investissement de la grossesse. Le risque suicidaire, la surprotection de l'enfant » (Entretien 5, 51 ans). « [...] Des risques aussi chez l'enfant à venir, car si il y en a chez la mère, il y a des risques pour qu'il y en ait chez l'enfant, au moins moraux. ». (E7, 25 ans) « Psychologiquement c'est destructeur, physiquement les séquelles que ce soit pour elle ou pour le fœtus. Après les pédopsychiatres disent que le vécu de la grossesse a un impact sur le développement de l'enfant par rapport à tout ce qui est transmission épigénétique [...] » (E9, 46 ans). « [...] Y'a un risque aussi au niveau psychologique : d'enfermement, de harcèlement, de ne pas pouvoir s'en sortir, d'être bloquée dans ce cercle-là. Et il y a un risque aussi quand il y a une grossesse car l'homme peut exercer une pression sur la femme par son enfant. » (E10, 22 ans)

De plus, les sages-femmes sont assez unanimes concernant la population cible de violences. Elles pensent qu'elle touche toutes les catégories socio-professionnelles, hormis à l'E5 : « Je dirai la classe moyenne. Je n'y mettrai pas les cadres supérieurs, en tout cas je n'en ai pas vu. En cabinet libéral, je n'ai pas la même patientèle que mes collègues de PMI » et l'E3 : « J'aurais tendance à dire la catégorie socio-professionnelle la plus défavorisée mais c'est probablement un cliché. Plutôt des femmes qui ont une dépendance financière, que ce soit dans un milieu aisé ou précaire ».

Plusieurs d'entre elles nous ont confié que les violences touchaient tout le monde mais qu'elles étaient plus visibles et transparentes chez les patientes d'un niveau plus précaire.

Pour finir, les sages-femmes ayant eu leur diplôme avant juin 2016 n'ont pas pu bénéficier d'enseignement touchant les violences conjugales pendant leur

formation initiale. Cependant, certaines ont pu participer à des formations continues (quatre sur douze) : « Formation d'une heure pendant une formation générale dispensée par l'hôpital » (E1), « Deux journées au conseil de l'Ordre avec le relais sénart » (E4), « Oui, il y avait eu la journée du conseil de l'Ordre l'année dernière avec SOS femmes Meaux » (E5), « La journée au conseil de l'Ordre » (E9).

Pour celles n'en ayant pas reçu, une sage-femme nous a confié ne pas en avoir suivi car : « j'en ai pas ressenti la nécessité car je n'ai pas l'impression d'être démunie... J'ai pas l'impression d'avoir été souvent confrontée à ce genre de cas de figure » (E11), mais également parce que : « je n'en ressens pas le besoin, je travaille pas en PMI. Je pense que je n'ai pas ce genre de population. 'Fin ! Comme on dit, la violence touche tout le monde mais j'en ai pas eu à faire et pour l'instant je m'en sors sans formation » (E12).

3.3 La pratique du dépistage systématique

Sur les douze sages-femmes interviewées, seulement trois ont dit pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales.

Ces dernières ont 22 (E10), 25 (E7) et 27 ans (E1), elles représentent la portion la plus jeune des sages-femmes avec qui nous nous sommes entretenues.

L'une d'entre elle nous dit : « Si on ne la pose pas en systématique, on osera jamais poser la question ». (E7) Une autre nous confie : « Oui c'est dans mon interrogatoire, je trouve que vraiment c'est normal et il faut avoir l'air d'être à l'aise en posant cette question-là parce que sinon la femme se sent pistée et va se renfermer »(E10)

En outre, les neuf autres sages-femmes interrogées ne posent pas la question systématiquement pour différentes raisons.

E2	« Je ne suis pas à l'aise avec ça , je repère pas vraiment les signes, je n'ai pas de formation... Dans ma bibliographie j'évince un peu ce genre de sujet de peine. »
E3	« Je n'y pensais pas car si je n'ai pas de signes qui m'alertent je n'y pensais

	pas jusque-là... Les femmes que je vois sont souvent très investies dans la grossesse, même parfois des pères qui viennent aux cours. [...] Ça ne me générerait pas de le faire. Ça ouvre une porte [...].
E4	« Je pose la question quand j'ai l'impression qu'il y a une malaise sur quelque chose , il y a certainement des dames qui cachent très bien tout ça mais je ne le fais pas automatiquement ».
E5	« Quand on reçoit une femme qui semble aller bien, on a pas envie de plomber le truc. Peur de la réfraction ».
E6	« Je ne vais pas leur demander verbalement mais je leur demande de me raconter leur grossesse. Surtout en EPP »
E8	« J'oublie. [...] Je n'ai pas de trame papier »
E9	« Je trouve ça délicat. [...] Par ailleurs, j'ai une patientèle avec pas mal de médecins, avocat, cadre, ingénieurs, infirmières, institutrices, gardien de la paix... C'est bête ce que je dis car ça touche toutes les classes mais... Peut-être que je me retranche derrière les professions en me disant qu'il n'y a pas de risque. Vu la patientèle, cela me met moins à l'aise pour poser la question. »
E11	« On a tellement d'autres choses à demander que je n'y pense pas toujours. [...] C'est en fonction de mon ressenti dans ce que va me dire la dame [...] »
E12	« Premièrement, ça peut être très mal vu par la femme [...]. Je ne le fais pas systématiquement, j'attends qu'elles viennent plutôt vers moi. [...] Ce serait inapproprié enfin ça me semblerait inapproprié, même si y'a sûrement des situations où ça le serait pas hein, on tomberait juste pour certaines femmes qui cachent très bien ces situations là parce qu'elles ont honte. »

3.4 Le repérage des signes évocateurs de violences conjugales.

Sous-thèmes	Données à partir de l'analyse de l'entretien
<p>Le repérage des signes indiquant des violences conjugales.</p>	<p>Les signes évoqués par toutes les sages-femmes sont les signes physiques : Les dommages corporels, les hématomes, les ecchymoses, la modification de l'intégrité physique.</p> <p>Secondairement, elles décrivent la posture des victimes : « femmes renfermées » (E1), « empathique, stressée [...] des regards fuyants » (E5), « très renfermée sur elle-même, qui ne va pas oser parler [...] s'excuse tout le temps » (E7), « Le retrait » (E9), « Sa manière de se tenir, son regard, sa position [...] très fermée, se sentir très crispée » (E10), « La timidité » (E12).</p> <div data-bbox="584 1099 1225 1422" data-label="Figure"> </div> <p>Les sages-femmes remarquent également des comportements particuliers : « recherche le regard du conjoint [...] se braque quand on lui pose des questions » (E1), « Elle vient, elle vient pas à ses consultations, elle m'appelle toujours en urgence » (E2), « Une femme qui peut avoir du mal à se déshabiller [...] en rééducation périnéale, les périnées tétanisés, atones, les prolapsus » (E5), « quand tu vas leurs faire un TV, elles sont apeurées » (E6), « Quelqu'un qui aurait fait de nombreuses</p>

	IVG » (E7), « La peur des actes gynécologiques, la dyspareunie... » (E12).
Présence du conjoint en consultation.	<p>Huit sages-femmes sur douze acceptent sans hésiter le conjoint en consultation.</p> <p>Trois d'entre elles autorisent leur présence sous certaines conditions : « Je leurs demande toujours si elles veulent venir seules ou accompagnées » (E1), « Si je trouve que sa présence est trop lourde, je lui fais comprendre que je préfère voir la mère seule à la consultation suivante » (E2), « Si elle le souhaite » (E11).</p> <p>Puis, une seule refuse le conjoint pendant l'examen : « J'accepte le traducteur au moment de l'interrogatoire puis je fais ma consultation sans personne, sinon elles ne peuvent pas parler » (E4).</p>
Sentiment de la sage-femme face aux questions posées.	<p>Il ressort deux groupes bien distincts.</p> <p>La stricte moitié des sages-femmes interrogées ne se sentent pas à l'aise avec la question pour différents motifs, soit par pudeur, soit par difficulté à formuler la question : « On rentre dans l'intimité des femmes et certaines se braquent [...] on y va à reculons et on essaye d'instaurer une relation de confiance. » (E1), « Je n'ai pas de protocoles bien ancrés [...] je sais pas ce qu'il faudrait poser comme question » (E2), « Cela nécessite vraiment une formation et le partage entre collègues [...] C'est de l'intrusion. [...] Peur de se mêler de quelque chose qui me concerne pas. Ça renvoie à quelque chose de douloureux pour moi. » (E5), « Je trouve ça délicat [...] ce n'était pas une habitude » (E9).</p> <p>Au contraire, l'autre moitié des sages-femmes se sentent à l'aise avec la question. Lors de mon entretien 4, elle dit ne pas avoir posé la question à ses débuts car ne savait pas quoi faire</p>

	de la réponse, ce qui n'est plus le cas grâce à des formations. A l'E10, la sage-femme m'a confié qu'elle questionne toutes ses patientes, cela permet aux femmes de ne pas se sentir visées personnellement, cela banalise la question qui devient automatique comme celles posées pour la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues.
--	--

3.5 L'accompagnement des victimes de violences conjugales.

Sous-thèmes	Données à partir de l'analyse de l'entretien
Les informations données aux patientes.	<p>La plupart des sages-femmes essayent de leur redonner confiance, de les déculpabiliser et d'accuser l'agresseur : « Ce n'est pas de sa faute, [...] Je l'accompagnerai quoi qu'elle fasse » (E1), « Je suis disponible si elle veut parler » (E2), « Nous sommes contraint au secret médical qui la protège » (E5), « je suis toujours là, je propose des consultations juste pour ça [...] Je dis que c'est des violences, Il n'a pas le droit. » (E7), « Prendre soin d'elle » (E8), « C'est quelque chose de pas normal [...] en France ce n'est pas autorisé par la loi. » (E10).</p> <p>En outre, une sage-femme avait un avis différent sur la question. Elle reconnaît la responsabilité de l'agresseur sans déculpabiliser la victime pour autant : « Je n'arrive pas à comprendre comment une femme victime de violence peut rester. [...] Je leurs demande, par rapport à leur bébé, quelle est la priorité ? [...] J'ai envie de dire aux mamans : « Mais putain, réveillez-vous ! » (E9).</p> <p>En deuxième temps, Six professionnelles incitent à contacter la police afin de porter plainte ou déposer une main courante. Quatre sages-femmes proposent d'appeler le numéro d'urgence</p>

	<p>3919 SOS femmes violences conjugales.</p> <p>Dix d'entre-elles confient aux patientes les coordonnées des associations de victimes et seulement trois connaissaient le nom et les coordonnées de celles-ci.</p> <p>Huit sages-femmes font un lien avec la PMI, sept professionnelles sur huit se mettent en relation avec la sage-femme de PMI directement afin de suivre la prise en charge de leur patiente. Une seule (E2) se rend à un STAFF pluridisciplinaire (PMI, pédiatres, psychologues, assistante sociale) à l'hôpital de Melun dans lequel elle a exercé avant de s'installer.</p> <p>Quatre d'entre elles donnent également les contacts d'une assistante sociale et d'une psychologue sachant qu'elles sont présentes également en PMI.</p> <p>Pour finir, trois soignantes leurs conseillent de partir de chez elles, de se rendre dans des structures d'hébergements ou de se protéger chez de la famille ou des amis.</p>
<p>Le certificat médical</p>	<p>Quatre sages-femmes sur les douze interrogées savent rédiger un certificat médical, trois d'entre elles s'en servent dans leur pratique quotidienne.</p> <p>En ce qui concerne les soignantes ne rédigeant pas de certificat, une ne savait pas que cela était inclus dans nos compétences, une autre redirige les victimes vers les médecins, les six autres ne connaissaient pas son utilité et ses codes de rédactions.</p>
<p>Signalement de maltraitance</p>	<p>Une sage-femme savait qu'il fallait faire un signalement aux autorités compétentes dans le cas d'une femme majeure victime de violences conjugales en danger imminent. Aucune des sages-femmes interrogées n'a déjà fait un signalement au procureur.</p> <p>Dix soignantes ne se sentent pas capable d'évaluer la sécurité de la victime pour deux raisons. Elles ne se sentent pas assez formées et n'ont pas rencontrés suffisamment de femmes victimes</p>

	<p>de violences d'après elles pour se sentir à l'aise, puis cela dépend de la patiente qu'elles ont en face d'elle, si celle-ci n'est pas ouverte à la discussion, renfermée, cela pourrait les freiner.</p> <p>En ce qui concerne la conduite à tenir face à une patiente en insécurité grave, une sage-femme a répondu : « venir dormir à la maison ! », une autre professionnelle appellerait les associations qui s'occupent de cela pour trouver des solutions d'hébergements, trois sages-femmes hospitaliseraient la patiente, deux appelleraient la police, trois proposeraient de se rendre chez une tierce personne, quatre soignantes inciteraient la femme à porter plainte, deux sages-femmes orienteraient vers l'association d'aide au victime : « Le relais » et une soignante conseillerait à la victime d'appeler le numéro national 3919.</p>
<p>La tenue du dossier</p>	<p>Les réponses à ce sujet sont très hétéroclites.</p> <p>Neuf sages-femmes font des transmissions écrites dans le dossier. L'une d'entre elles fait d'abord le signalement à la PMI puis écrit : « Discussion avec le couple » et parfois « violences » mais ne fait pas transparaître l'appel à la PMI, une autre soignante écrit : « relation de couple difficile, a du mal à accepter la grossesse ». Une autre professionnelle interrogée transmet des sigles « V » pour se souvenir de la situation à la relecture du dossier, elle note ce qu'a raconté la patiente et les personnes contactées. Une sage-femme glisse le certificat qu'elle a écrit et coche « oui » à la question concernant les violences intégrée dans son interrogatoire, avec l'accord de la patiente. Les cinq autres soignantes interrogées n'écrivent que les constatations visuelles, les faits décrits par la patiente entre guillemets sans interprétation.</p> <p>Deux sages-femmes ne font pas de transmissions écrites dans le dossier des patientes pour une unique raison : éviter que le mari</p>

	ne les découvre. Certaines maternités laissent le dossier aux patientes pour que les professionnels de villes puissent le compléter.
--	--

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Concernant le dépistage systématique, la majorité des sages-femmes libérales (neuf sur douze) ne le pratiquent pas encore ce qui confirme notre première hypothèse.

Au sujet du dépistage ciblé, les sages-femmes interrogées reconnaissent assez bien les signes et contextes évocateurs des victimes de violences conjugales, cependant elles ne savent pas comment aller vers elles, formuler la question ce qui valide également ma deuxième hypothèse.

Pour finir, l'accompagnement et l'orientation des patientes présentent certaines lacunes chez les soignantes interviewées. Une seule garde le contact avec la patiente. L'ensemble des informations nécessaires ne sont pas fournies. Cependant, elles leurs transmettent, pour la majorité, les coordonnées des associations et font un signalement à la PMI. Cela soutient ma dernière hypothèse.

4.2 Le repérage

4.2.1 Le dépistage systématique

D'après nos résultats, une grande partie des sages-femmes interrogées ne pratiquent pas le dépistage systématique des violences conjugales (neuf sur douze). Ce qui les freine à poser la question est la peur de rompre le climat bienveillant et agréable d'un suivi de grossesse, l'appréhension de la réaction de la patiente. De plus, celui-ci n'est pas inscrit dans leur pratique, elles n'y pensent pas, elles l'oublient. Une sage-femme à l'E12 pense qu'il faut attendre que la patiente vienne vers nous.

Le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité soutient également l'intérêt du dépistage systématique par tous les professionnels de santé (30).

Une étude a été menée en 2005 par Christel Coy-Gachen en vue de l'obtention d'une thèse, onze médecins posaient systématiquement la question à la recherche de violences physiques, sexuelles, psychologiques. Parmi les 251 patientes interrogées, 44 ont été repérées comme victimes contre 3 sur une période équivalente sans dépistage systématique. Cette conclusion confirme encore une fois son intérêt (31).

D'après Roger Henrion, un médecin très impliqué dans le dépistage des violences conjugales, les professionnels de santé ont un rôle clef dans le repérage des maltraitances au sein du couple. Il cite les sages-femmes car elles sont présentes sur une longue période dans la vie d'une femme. Effectivement, le dépistage peut être facilité lorsque les lésions sont visibles, cependant lorsqu'il s'agit de violences non physiques, la femme ne viendra pas toujours vers nous, professionnels de santé. D'après une étude canadienne, 25 % des femmes en parlent spontanément à leur médecin (32). Le dépistage systématique est donc la meilleure solution pour aider les femmes à se livrer à nous. En ce qui concerne la formulation de la question, elle est propre à chacun, la meilleure est celle qui nous convient le mieux, l'important est que celle-ci reste ouverte à l'inverse de : « N'avez-vous jamais subi de violence ? », la réponse ne peut-être que non.

L'enquête ENVEFF explique que la majorité des femmes victimes de violences ont subi des sévices pendant leur enfance, l'interrogatoire peut donc commencer par la présence de maltraitance pendant l'enfance (32).

De plus, une des sages-femmes nous confiait ressentir un manque de formation pour être à l'aise. Cela nous amène à penser que ce défaut de connaissances peut-être une lacune pour ces soignantes. Pourtant celles-ci sont nombreuses : réseaux perinataux, MIPROF, Medic formation, ANSFL...

Les sages-femmes interrogées semblaient averties sur les risques obstétricaux, moraux et physiques des violences mais beaucoup n'ont pas reçu de formation car elles n'en ressentaient pas le besoin, avaient l'impression de s'en sortir sans ou encore ne rencontraient pas de patientes victimes de violences conjugales dans leur cabinet. Sachant que, d'après le ministère du travail, des relations sociales de la famille et de la solidarité, les violences touchent tous les milieux sociaux. De plus, les jeunes (20-24 ans) seraient deux fois plus concernés, c'est à dire la majorité de nos patientes (30). Donc même si la patientèle n'est composée que de cadres, elle est autant à risque d'être victime de violences que les autres. Par ailleurs, plus de la moitié des sages-femmes interrogées pensent ne pas avoir de victimes dans leur cabinet, malheureusement en pensant cela il n'y a aucune chance qu'elles puissent les dépister car leur esprit est fermé à d'éventuels signes.

Les trois sages-femmes qui posent la question systématiquement ont reçu un enseignement dédié aux violences conjugales lors de leur cursus initial. La formation semble donc être bénéfique. De plus, l'une d'entre elle déclare que poser la question à toutes les patientes la banalise, la déculpabilise. Les femmes se sentent moins visées personnellement si on leur explique que poser la question à toutes les femmes c'est notre façon de procéder, comme de poser systématiquement des questions sur les antécédents médicaux et chirurgicaux.

4.2.2 Le dépistage orienté

4.2.2.1 Le contexte évocateur

Tout d'abord, il est important de cerner les patientes à risque de violences conjugales. Cela n'a pas du tout été évoqué dans les entretiens par les sages-femmes.

Comme dit précédemment, il faut suspecter des violences conjugales chez les femmes de toutes les catégories socio-professionnelles. D'après l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, les auteurs et les victimes sont issus de tous les corps de métiers (cadres, employés, agriculteurs, ouvriers, chômeurs,

retraités) (5). Onze sages-femmes sur douze sont d'accord, celle ne l'étant pas déclare : « Je n'y mettrai pas les cadres supérieurs, en tout cas je n'en ai pas vu. En cabinet libéral, je n'ai pas la même patientèle que mes collègues de PMI ». Cependant elle représente une minorité. Puis, il faut être attentif lorsque la patiente a déjà vécu des épisodes de maltraitements dans le passé ou se trouve dans une situation précaire (chômage, sans logement). Les grossesses de découverte tardive, non désirées peuvent être concomitantes à un viol conjugal ou une interdiction par le partenaire intime d'utiliser un contraceptif ou d'avorter (30).

Pour rappel, huit sages-femmes sur douze acceptaient les conjoints en consultations de grossesse. Trois soignantes proposaient à la patiente de venir seule ou accompagnée, tandis qu'une seule refusait la présence du conjoint par peur qu'elle ne puisse pas parler. Effectivement, la présence du conjoint peut non seulement gêner la sage-femme si celle-ci suspecte des violences et souhaite s'entretenir avec la patiente ; mais aussi car il peut parfois constituer un frein à la liberté d'expression de cette dernière. En effet, s'il assiste à la consultation, il peut exercer son emprise sur sa femme. Les conjoints trop prévenants, trop présents, répondant à la place de leur conjointe sont potentiellement à risque d'avoir de l'emprise sur elles et d'être violents (30).

4.2.2.2 Les signes évocateurs

Pour commencer, lors des entretiens, les sages-femmes nous répondent toutes qu'elles repèrent les patientes victimes de violences conjugales grâce à des marques visibles tels que des ecchymoses. Puis par des postures, les femmes renfermées, stressées, qui n'osent pas parler, timide, crispée. Elles décrivent également des comportements particuliers, des femmes qui se braquent facilement, qui cherchent le regard du conjoint ou qui ont du mal à se déshabiller, la peur des actes gynécologiques... Elles parlent également du risque de dépression psychologique, d'extrême anxiété, de dépression, de suicide.

D'après le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, le dépistage orienté est inscrit dans notre rôle de professionnel de santé.

Les stigmates résultant des violences conjugales ne sont pas toujours apparents. En effet, la femme violentée ne présente pas forcément de marques évidentes si elle subit des brutalités morales, verbales ou financières. Ainsi, l'anxiété, la panique, les manifestations psychosomatiques, la dépression, les idées suicidaires, l'état de stress post-traumatique, les troubles du sommeil, de l'alimentation et une altération des processus cognitifs sont fréquemment retrouvés chez ces patientes. Dans certains cas, l'addiction au tabac, à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments antalgiques leur permettent de lutter contre le stress (30).

Cette dernière dimension n'a quasiment pas été évoquée par les sages-femmes interrogées. Il est important d'avoir ces signes en tête afin de pouvoir mieux repérer les femmes en danger.

Cependant, les sages-femmes interrogées avaient bien en tête les risques obstétricaux que les violences pouvaient causer sur la parturiente : menace d'accouchement prématuré, la mort fœtale in utero, l'hématome rétro-placentaire, le retard de croissance in utero.

Celles-ci peuvent engendrer des grossesses pathologiques comme dit précédemment : un accouchement prématuré, un retard de croissance in utero, un avortement spontané, une rupture prématurée des membranes, une rupture utérine, un décollement rétro-placentaire ou encore une mort fœtale. Par ailleurs, des troubles d'ordre gynécologique peuvent aussi apparaître : des lésions périnéales, des infections sexuellement transmissibles (chlamydiae, infections HPV, infection VIH), des douleurs pelviennes chroniques, une dyspareunie et des dysménorrhées (1).

Globalement, les signes évocateurs de violences conjugales sont connus par les sages-femmes interrogées hormis les dépendances addictives qu'elles peuvent engendrer.

En outre, la moitié des sages-femmes interrogées ne se sentaient pas à l'aise avec la question, elles n'osaient pas la poser aux femmes par peur de rentrer dans

leur intimité, de les braquer. Elles ne savent pas comment la formuler. Tout cela résulte d'un manque de formation, cette dernière permet pourtant de donner les outils nécessaires à l'élaboration de la question qui convient à chaque professionnel, dans le but de savoir si la patiente est victime de violences. Avoir les connaissances pour accompagner et orienter ces femmes réassurera certainement ces soignantes. Lors de l'E4, la professionnelle déclare : « ne pas avoir posé la question à ses débuts car ne sachant pas quoi faire de la réponse, ce qui n'est plus le cas grâce à des formations. ».

4.2.2.3 Dépistage des femmes en situation de danger imminent

Tout d'abord, d'après mes résultats, une seule sage-femme savait que les professionnels de santé ont le devoir de faire appel au procureur si la patiente est en situation de danger imminent.

D'après le ministère du droit des femmes, les professionnels de santé tenus au respect du secret médical ont l'obligation de révéler les violences portées à leurs patientes lorsque celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (33).

De plus, la plupart des soignantes ne se sentait pas capable d'évaluer la sécurité de la victime car elles avaient l'impression de ne pas être assez formées. Elles révèlent aussi ne pas avoir été assez confrontées à ces femmes pour se sentir à l'aise, d'où l'intérêt encore une fois de bénéficier d'une formation adéquate.

Pour finir, en ce qui concerne la conduite à tenir, la plupart des professionnelles ont pensé à les protéger (loger par un tiers, hospitalisation, associations, hébergements d'urgences). Cependant, seulement quatre les encouragent à porter plainte.

A savoir que, avant toute procédure pénale, lorsque la sage-femme signale les violences au procureur, elle peut demander une ordonnance de protection soit par assignation, soit par requête. Le procureur peut rédiger une ordonnance de

protection de 6 mois renouvelable donnant un certain nombre de droits. Par exemple : l'éviction du conjoint violent, l'interdiction pour lui de rencontrer certaines personnes, de détenir ou de porter une arme (s'il en possède une, il doit la remettre aux autorités), l'autorisation pour la victime de dissimuler son logement et d'élire domicile chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès du procureur de la République, la prise en compte de la situation des enfants exposés à ces violences (à travers l'adoption de mesures provisoires en matière d'exercice de l'autorité parentale, d'attribution de la jouissance du logement conjugal, de contribution aux charges du ménage) et l'admission provisoire à l'aide juridictionnelle.

Cette ordonnance de protection n'atteste pas des violences subies, celles-ci seront jugées par la suite, au pénal. (33)

4.3 L'accompagnement et l'orientation des victimes

4.3.1 Le premier contact et l'accompagnement de la patiente

Les sages-femmes interrogées résument bien les premiers mots qu'il faut dire aux femmes victimes de violences : les écouter, ne pas juger, leurs redonner confiance, les déculpabiliser et responsabiliser l'agresseur. Il est également indispensable de leur rappeler que les violences conjugales sont punies par la loi, il ne faut pas hésiter à poser les mots sur les actes : « Madame, ce sont des violences conjugales ».

Une seule sage-femme ne comprenait pas comment une femme pouvait rester au domicile conjugal et mettre ses enfants en danger. Malheureusement, les femmes sous emprises sont retenues par la peur, les menaces, la dépendance financière parfois... Et ne sont, pour la plupart, plus capable d'agir à cause de la mémoire post-traumatique (voir partie concernée : introduction).

L'empathie que requiert le métier de sage-femme apporte naturellement un bon premier contact avec la patiente.

Il est également important de garder le contact mais seule une sage-femme propose aux victimes une deuxième consultation. Cela est sans doute dû à un défaut de formation.

Concernant la rédaction du certificat médical, seulement quatre savent le rédiger. Il s'agit des plus jeunes sages-femmes ayant bénéficié d'un enseignement visant à sensibiliser au repérage et à l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales lors de la formation initiale.

A savoir que les autres sages-femmes ne connaissent pas les codes de rédaction, ni son intérêt.

Celui-ci n'est pas indispensable à la femme pour porter plainte. La description des lésions ou de la souffrance psychologique sert à qualifier le degré de gravité des violences par le juge si parution au pénal. Il est également important de savoir qu'une sage-femme ne souhaitant pas rédiger le certificat médical par manque d'expérience peut rediriger la patiente vers une unité médico-judiciaire ou un médecin traitant, plus habitué à ce genre de situations (33).

Il s'agit d'un outil primordial pour la traçabilité des violences subies par la victime, pas assez rédigé par manque de formation du personnel soignant.

Pour finir, la traçabilité est une question qui a posé beaucoup de problèmes pour les sages-femmes interrogées. Toutes les soignantes transmettent les violences oralement ou à l'écrit, par des symboles, des mots et des descriptions objectives. Seulement une sage-femme se sert du certificat médical comme d'une trace écrite. Trois sages-femmes font uniquement des transmissions orales à la PMI ou à la maternité car le dossier dans lequel elles écrivent est remis à la patiente à la fin de la consultation, et pourrait être vu par le conjoint. Cela est, sans doute, un problème à soulever. Les sages-femmes ne sont pas libres d'écrire toute la vérité. Il serait peut-être plus pertinent de faire un dossier informatique faisant le lien ville-hôpital, sans passer par la patiente et son conjoint. Cela faciliterait la communication interprofessionnelle.

D'après le ministère de la justice, le meilleur moyen d'établir des preuves est de rédiger le certificat médical en cas de violences psychologique ou après un examen clinique de la patiente lorsqu'elle sont physiques. Cela servira à calculer l'ITT et la gravité des violences au cours de la procédure pénale (Sachant que l'ITT ne peut être calculé que par un médecin) (17).

4.3.2 Le réseau

Après avoir écouté attentivement les patientes victimes de violences, la question est de savoir comment les aider.

La moitié des sages-femmes interrogées les inciteraient à porter plainte ou à déposer une main courante, ce qui est un très bon conseil pour protéger la femme. Seulement quatre proposent d'appeler le numéro d'urgence 3919. C'est dommage car celui-ci dirige les patientes, en fonction des demandes, vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge les plus adaptés. Il s'agit d'une plateforme d'écoute ouverte 7j/7 de 9h à 22h en semaine puis de 9h à 18h les week-ends et jours fériés, anonyme et gratuite. Les professionnels de santé peuvent également appeler en cas de doute. Aucune victime ne devrait sortir de la consultation sans ce numéro (30).

La majorité des sages-femmes pensent à donner les coordonnées des associations. Huit d'entre elles font un signalement à la PMI et sept demandent des nouvelles de leur patiente tandis que quatre donnent les contacts d'une assistante sociale ou d'une psychologue. Il est important d'orienter les femmes vers une structure qui pourra les prendre en charge globalement. Les travailleurs sociaux peuvent les aider à trouver un logement, les informer de leurs droits (sécurité sociale, allocations familiales), les aider financièrement en cas de violences économiques (30).

Une seule professionnelle de santé présente le dossier au STAFF pluridisciplinaire de l'hôpital dans lequel elle a exercé auparavant. Cela permet de

faire le lien ville-hôpital plus aisément et incite différents corps de métier (psychologues, assistantes sociales) à s'intéresser au dossier.

Pour finir, trois soignantes leur conseillent de partir de chez elles, de se rendre dans des structures d'hébergements ou de se protéger chez de la famille ou des amis. Tous les points essentiels de l'orientation d'une patiente victime de violences conjugales sont retrouvés dans les entretiens. En revanche, aucune d'entre elles avait connaissance à elle seule de tous ces éléments. Il faudrait qu'au cours du suivi, les victimes puisse bénéficier de toutes ces informations et démarches utiles à une prise en charge adéquate.

Seules trois sages-femmes connaissaient les coordonnées des associations de lutte contre la violence faites aux femmes. Il est important, en tant que professionnel de santé libéral, de s'informer, afin de pouvoir au moment de la consultation, diriger immédiatement ces patientes.

4.4 Évaluation de l'étude

4.4.1 Points forts

Pour commencer, la population interrogée était très hétéroclite ce qui nous a permis de recueillir le témoignage de sages-femmes ayant des carrières complètement différentes à raison de l'âge, de la situation géographique et de l'expérience.

De plus, nous sommes parvenues à mener 12 entretiens avec des sages-femmes libérales, ce qui nous a permis de relever beaucoup d'informations différentes. Les soignantes ont été d'une grande transparence et ont su rendre riche les entretiens. Il s'agit d'un réel atout pour notre étude.

Le sujet de ce mémoire est au cœur de la polémique en ce moment. Les chiffres ne sont pas en baisse et le combat contre les violences conjugales concernent en grande partie les soignants. Il était intéressant de mener une étude dans ce sens pour trouver des pistes facilitant la prise en charge des violences conjugales pour les sages-femmes libérales entre autres.

Enfin, nos hypothèses de départ étaient concordantes avec les données des entretiens.

4.4.2 Limites et biais

Tout d'abord, nous n'avons mené qu'un entretien test qui était satisfaisant car la sage-femme était très réceptive à ce sujet. Cependant, nous n'avons pas pu l'inclure car elle avait une activité hospitalière conjointe à son activité libérale. A noter aussi que les premiers entretiens étaient plus courts et moins riches de contenu que les suivants. En effet, l'exercice s'est révélé plus difficile que prévu car il fallait rebondir sur certaines paroles et en accentuer d'autres. C'est pourquoi nous avons dû mener pas moins de 12 entretiens.

De plus, il aurait été intéressant de questionner les sages-femmes sur la présence d'affiches ou de brochures au sujet des violences conjugales dans leur salle d'attente. Cela peut permettre à une femme victime de s'informer librement sans être obligée d'en parler à qui que ce soit car il est très difficile pour ces femmes de se confier. Rien que le numéro d'urgence SOS femmes battues 3919 peut leur être d'une grande aide.

Il existe également un biais de sélection lors du choix de la population étudiée. Nous avons eu de nombreux refus, nous supposons que seules celles se sentant le plus à même de répondre aux questions à ce sujet ont accepté de participer à l'étude. De plus, les sages-femmes connaissaient à l'avance le sujet sur lequel elles allaient être interrogées, elles pouvaient donc le travailler avant l'entretien.

4.5 Implications et perspectives de l'étude

A la vue des résultats obtenus, il serait important de développer la formation initiale et continue en matière de repérage et d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Sachant qu'à ce jour, il existe de nombreuses formations proposées par les réseaux périnataux, le conseil de l'Ordre des sages-femmes et l'Université Paris 8 (Diplôme universitaire pour lutter contre les violences faites aux femmes)...

De plus, il serait pertinent de proposer aux sages-femmes un outil permettant de leur faciliter la prise en charge de ces victimes. Nous avons donc décidé de rédiger une plaquette facilitant la prise en charge de ces femmes par les sages-femmes libérales de Seine-et-Marne (Cf Annexe V). Elle donne aux sages-femmes quelques clés pour réussir leur entretien de dépistage des violences conjugales et rappelle l'importance d'avoir un réseau pluridisciplinaire (psychologues, assistantes sociales, médecins, etc.). Elle met également à disposition quelques coordonnées de structures auprès desquelles les sages-femmes peuvent se renseigner concernant la prise en charge de ces femmes,. Cela comprend les numéros des différentes PMI, du CIDFF, de la police, le numéro d'urgence SOS femmes battues, le numéro de signalement de la CRIP, les réseaux périnataux : Naître dans l'Est Francilien et Périnatif Sud, le site de l'Ordre des sages-femmes. Elle rappelle l'algorithme de prise en charge des victimes puis les différentes formations accessibles : réseaux périnataux, MIPROF, Medic formation...

Les sages-femmes ont le devoir de repérer et d'orienter les patientes victimes de violences conjugales, d'où l'importance de se former pour pouvoir aider au mieux ces femmes.

Conclusion

Les violences conjugales sont un réel problème de santé publique. Les soignants ont un rôle majeur dans le repérage et l'accompagnement des victimes de violences conjugales, cependant la prise de conscience est récente. Les sages-femmes libérales suivent les femmes tout au long de leur vie et sont amenées à tisser une relation de confiance avec elles.

Lors des entretiens, les freins au dépistage systématique des violences étaient surtout la peur de heurter la patiente, de rentrer dans son intimité et de briser le climat agréable de la consultation. Mais aussi, le fait que la question ne soit pas bien ancrée dans les habitudes. Les sages-femmes préfèrent parfois questionner la patiente en fonction du contexte. Malheureusement, pour la plupart, elles ne sentent pas à l'aise avec ce sujet. Cependant, elles sont assez averties des répercussions que les violences conjugales peuvent avoir sur la santé de la femme et celle de son bébé (séquelles physiques, obstétricales et psychologiques notamment).

Concernant l'orientation des femmes, les soignantes connaissent et proposent différentes structures de prise en charge dans l'ensemble, cependant elles ne font pas toute référence à la loi. Il est important de rappeler les responsabilités de chacun et d'informer la femme sur ses droits. Le numéro d'urgence 3919 est malheureusement encore relativement méconnu : il s'agit pourtant bien d'un moyen utile dans le recueil d'informations relatives aux violences, aussi bien pour les praticiens que pour les patientes.

Pour conclure, une formation continue pour les sages-femmes n'ayant pas bénéficié de formation initiale serait profitable dans le but de démocratiser le dépistage systématique et faciliter la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.

Bibliographie

(1) OMS (Organisation mondiale de la santé), « La violence à l'encontre des femmes », [page consultée le 29/04/2018] disponible à partir de l'URL : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Novembre 2017

(2) Préfecture de Paris, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France, Mécanismes violence conjugale, [consulté le 23/05/2018] disponible à partir du PDF : http://www.frerebenoit.net/wp-content/uploads/2011/02/Mecanismes_violence_conjugale_2010_2.pdf Page 9, 13.

(3) MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), la lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes n°8, novembre 2015.

(4) INSEE, Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité », pages 154-159, décembre 2017

(5) Direction générale de la police nationale et de la gendarmerie nationale, Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, pages 3 et 19, 2016

(6) M. Jaspard, E. Brown's, S. Condon, J-M. Firdio et al, L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), Pages 6 à 8. 2000

(7) A. Debauche, A. Lebugle, E. Brown, T. Lejbowicz, M. Mazuy, A. Charruault, Institut national d'études démographiques (INED), Présentation de l'enquête virage et premiers résultats sur les violences sexuelles, Pages 36-37 Janvier 2017

(8) MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), la lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes n°6, mai 2015.

(9) World health organization, Conséquences sur la santé, [consulté le à 30/04/2018] disponible à partir du PDF : apps.who.int/iris/bitstream/10665/86256/1/WHO_RHR_12.43_fre.pdf , Pages 2,5. 2012

(10) Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states : Associations with maternal and neonatal health. Am J. Obstet 2006 July.

(11) L. Daligand, Violences conjugales, Aspects psychopathologiques, Ethique et santé, décembre 2015, Volume 12 n°4, Pages 209-210

(12) A-C. Mc Farlane, The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences, World psychiatry, février 2010.

(13) Dr Muriel Salmona in Coutanceau R. et Joanna Smith (eds) in Psychothérapie et éducation : la question du changement, Paris, Dunod, 2015 Pages 5-8

(14) Legifrance, Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, [consulté le 23/05/2018], disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id>

(15) Legifrance, loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, article 33, [consulté le 23/05/2018], disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000615568&dateTexte=20070307>

(16) Legifrance, loi n°2010-769 du 9 juillet relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, Art 515-9, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, [consulté le 23/05/2018], disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id>

(17) Ministère de la justice, les violences conjugales, disponible à partir du PDF [Consulté le 23/05/2018] :

http://www.justice.gouv.fr/publication/fp_violences_conjugales.pdf

(18) MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), 3ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes : « Protection, Prévention, Solidarité », 2011-2013.

(19) CIDFF (Centre d'informations sur le droit des femmes et des familles), prévenir, détecter et prendre en charge la violence conjugale – guide pratique destiné aux professionnels du champ médico-social, disponible à partir du PDF [Consulté le 23/05/2018] : www.egalite-allier.fr/IMG/pdf/20100623_ddfe_vio_guide.pdf

(20) Le Bars M, et al. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler, Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Ethique et santé, vol 12 n°4, 2015, pages 234-257

(21) ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), Screening Tools – Domestic Violence, [Consulté le 23/05/2018], disponible à partir du PDF : <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/co518.pdf?dmc=1&ts=20180523T1348328203>

(22) Marjorie Rouveyre. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : Etat des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme, 109 pages, mémoire sage-femme de l'école de Clermont-Ferrand, 2012.

(23) M. Delespine, Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique, 12 pages, Juillet 2016.

(24) Legifrance, Loi n° 2015-1402, article 226-14 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les

professionnels de santé [Consulté le 09/04/2017], disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/11/5/AFSX1507632L/jo>

(25) Le ministère de la famille, des enfants et des droits des femmes, la pratique du certificat médical descriptif, disponible à partir du PDF [Consulté le 23/05/18] : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/certificat_descriptif_sages-femmes_-_2015.pdf

(26) MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), télécharger les outils de formations sur les violences faites aux femmes, disponible à partir de l'URL [Consulté le 23/05/2018] : <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>

(27) Horan DL, Chapin J, Klein L, Schmidt LA, Schulkin J, Domestic Violence Screening Practices of Obstetrician-Gynecologists. Obstetrics Gynecology, Novembre 1998

(28) Mathilde Delespine, Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes. Mémoire Sage-femme : École de sage-femme de Baudelocque. 2009.

(29) Mathilde Delespine, Violences faites aux femmes et maternité, entre respect de l'autonomie et bienfaisance – Quel parcours de prise en charge ?, Master 1 recherche en éthique médical à l'Université Paris Descartes, pages 28-29, 2011

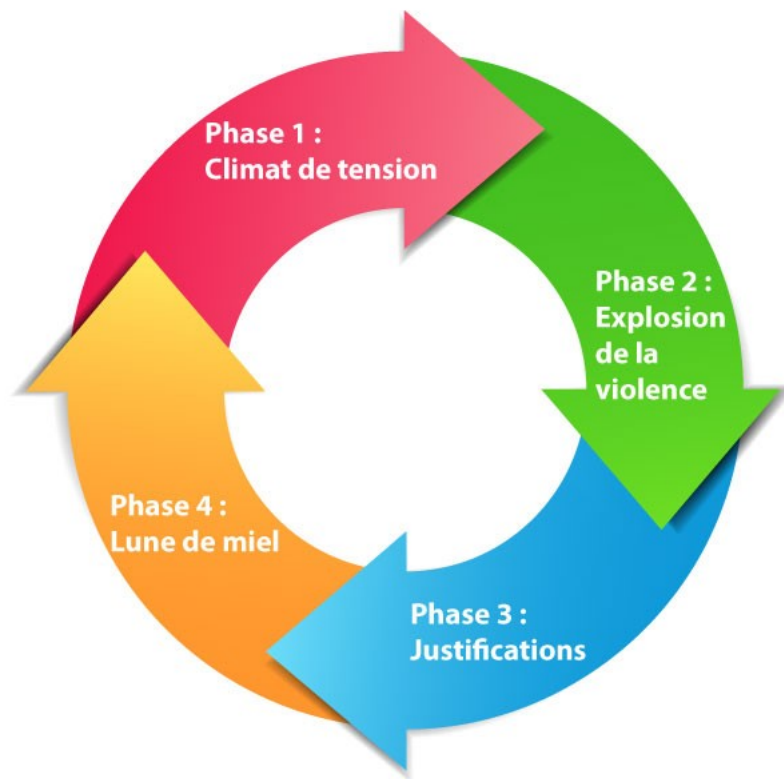
(30) Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Lutte contre la violence au sein du couple – Le rôle des professionnels, disponible à partir de l'URL : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence_48_pages_20_10-2.pdf pages 16-23

(31) Coy Christel Gachen, Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. Thèse médecin : Université Pierre et Marie Curie. 2005

(32) Roger HENRION « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministère de la santé », la documentation française, 47p, chapitre 4, pages 37- 46, 2001

(33) Ministère des droits des femmes, les violences conjugales, disponible à partir du PDF : http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2011/03/Lutte-contre-Violences-conjugales_version-2012.pdf, 2012

Annexe I : Le cycle de la violence



[Http://www.solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/](http://www.solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/)

Annexe II : Modèle de certificat médical

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE
sur demande de la personne et remis en main propre
Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____
heure _____ à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)
Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____
- date de naissance (en toutes lettres) : _____

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

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :
Elle dit se plaindre de « _____ »

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

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)
- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :
Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL
L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.
L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.
La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète. Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :
« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

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

Annexe III : Trame d'entretien

Renseignements généraux :

Quel est votre âge ?

Depuis quand exercez-vous le métier de sage femme ?

Avez-vous exercé à l'hôpital ? Combien d'années ? Quel niveau ?

Depuis quand exercez-vous en cabinet libéral ?

Êtes-vous accompagnée par d'autres professionnels au sein/en dehors de votre cabinet ?

Quels sont les types de consultations pratiquées dans le cabinet ?

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Repérage et orientation de la patiente à la sortie du cabinet :

Connaissez-vous le cycle de la violence ?

Selon vous, quels sont les risques qu'encourt une femme enceinte (et non enceinte) victime de violences conjugales ?

Quels signes chez la victime vous indiquent des violences conjugales ?

Selon vous, quelle catégorie socioprofessionnelle est la plus touchée ?

Avez-vous assisté à un cours concernant les violences faites aux femmes pendant vos études de sage-femme ?

Avez-vous suivi une formation concernant les violences faites aux femmes ? Pourquoi ?

Acceptez-vous l'accompagnant de la patiente pendant les consultations ?

Vous sentez-vous à l'aise pour poser des questions appropriées concernant la violence conjugale ?

Si oui, quelles questions posez-vous et comment ?

Quelles structures de prise en charge lui proposez-vous ?

Qu'est-ce que vous écrivez dans le dossier ?

Vous sentez-vous capable d'évaluer la sécurité de la victime, reconnaître si elle est en danger imminent ou pas ?

Que lui proposez / proposeriez-vous si vous la sentez en danger ?

Avez-vous déjà rédigé un certificat médical dans le cadre de violences faites à l'encontre de votre patiente ?

Si non, sauriez-vous le rédiger ?

Si oui, comment le rédigez-vous ?

Avez-vous déjà fait un signalement de maltraitance aux autorités compétentes ?

Pratiquez-vous le dépistage systématique des violences conjugales à chaque consultation ?

Quelles sont les raisons qui vous en empêchent ?

Annexe IV : Exemple d'entretien

Entretien n°12

Quel est votre âge ? 54 ans

Depuis quand exercez-vous le métier de sage femme ? 32 ans

Avez-vous exercé à l'hôpital ? Combien d'années ? Quel niveau ? Oui, pendant 25 ans en niveau 2

Depuis quand exercez-vous en cabinet libéral ? Depuis 8 ans, puisque j'ai commencé en 2010 et on est en 2018.

Etes-vous accompagnée par d'autres professionnels au sein/en dehors de votre cabinet ? Oui, alors déjà je suis associée avec une autre sage-femme. Alors c'est une maison médicale où j'exerce et euh.. il y a un kiné, deux ostéopathes, trois médecins généralistes, une infirmière, un infirmier, une psychologue, une diététicienne, deux podologues.

Quels sont les types de consultations pratiquées dans le cabinet ? Bah en fait je fais pratiquement tout sauf les IVG.

D'accord, donc vous faites les consultations gynéco ? Oui j'ai commencé il y a un an et je m'y plais bien en gynéco.

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ? Ça dépend si c'est une première consultation ou pas, si j'ai le dossier à faire en général pour les grossesses je réserve un créneau d'une heure ou sinon ça dépend des cas mais c'est plutôt une demi-heure. Pour les gynéco je met trois-quarts d'heures pour les premières consultations.

Connaissez-vous le cycle de la violence ? Pas du tout, je ne sais pas ce que c'est.

Connaissez-vous la stratégie de l'agresseur ? La stratégie de l'agresseur ? Nan.

Selon vous, quels sont les risques qu'encourent une femme enceinte (et non enceinte) victime de violence conjugale ? Les risque physiquement vous voulez dire ?

Oui...

Bah les deux hein, physique et psychique et des risques vitaux quoi.

Et quelles sont les risques, du coup, physiques ou psychiques ? Bah la détresse psychique peut se transformer en réelle dépression, voilà. Et les risques physiques c'est des fractures, surtout les femmes enceintes c'est des coups dans le ventre c'est l'HRP. Voilà qu'est-ce que je peux euh.. voilà en gros quoi. J'avoue que je n'ai jamais été confronté à ce genre de cas personnellement pourtant j'ai exercé pendant pas mal d'années à l'hôpital mais je pense que la plupart elles n'en parlent pas c'est ça le problème.

Quels signes chez la victime vous indiquent des violences conjugales ? Bah euh... J'avoue que desfois y'en a certaines quand je vois qu'elles ont des bleus, des traces un peu suspectes surtout au niveau des cuisses, de l'entre-cuisse quand on les examine bah j'essaye un petit peu de les interroger discrètement fin euh... j'essaye d'amener la question mais bon euh.. Si ça vient pas ça vient pas quoi. Y'en a qui sont prêtes à se livrer d'autres pas.

Alors vous me parlez des bleues et des choses apparentes et sinon dans le comportement ou.. ? Alors oui, il y a celles euh... qui nous paraissent perturbées... qui disent qu'elles ont des problèmes dans leur couple euh... Sinon j'en ai pas vraiment eut... Oui il y en a une dont je me souviens récemment qui m'a parlé de.. euh.. son conjoint qui lui avait décroché une mandale alors qu'elle regardait la télé, elle a la mâchoire décalée. Alors elle je lui ait quand même proposer de rencontrer euh.. Je lui ait donné les coordonnées d'une association de victimes de violences conjugales qu'on a dans le secteur mais apparemment elle n'a pas consulté puisqu'elle est revenue me voir quelques semaines après enceinte de son troisième enfant avec le même monsieur donc voilà. Donc je vais être vigilante. C'est une femme que je connais bien donc elle m'en parlera cette dame. C'est ça aussi tu vois euh, quand on voit les femmes pour la première fois, elles peuvent pas nous parler de ça. Moi y'en a certaines elles m'ont parlés de violences qu'elles ont eu dans l'enfance alors qu'on faisait de la rééducation périnéale, mais c'est pas toute suite. Mais c'est pas des violences conjugales. Toi, ton sujet c'est la violence conjugale, moi la violence conjugale c'est rare que les femmes en parlent. Dans l'interrogatoire, quand elles font la rééducation périnéale, on demande toujours si elles ont été victimes, sexuelles en particulier mais pas forcément que sexuelles.

Selon vous, quelle est la catégorie socioprofessionnelle la plus touchée ? Bah moi j'ai l'impression quand même que ça peut toucher toutes les catégories socio-professionnelles et j'ai l'impression qu'on le voit beaucoup plus chez les femmes en situation de précarité.

D'accord, donc ça serait plus visible chez les femmes en situation de précarité, mais ça toucherait toutes les catégories socio-professionnelles ? Ouais Ouais.

Avez-vous assisté à un cours concernant les violences faites aux femmes pendant vos études de sage-femme ? Jamais, non. Déjà, à l'époque où je faisais mes études de sage-femme il n'y avait pas autant de... Enfin nos compétences n'étaient pas du tout les mêmes déjà puis c'est vrai qu'on avait pas tout à fait le même cursus.

Avez-vous suivi une formation concernant les violences faites aux femmes ? Nan parce que j'en ai pas ressenti la nécessité car je n'ai pas l'impression d'être démunie.. J'ai pas l'impression d'avoir été souvent confrontée à ce genre de cas de figure.

Acceptez-vous l'accompagnant de la patiente pendant les consultations ? Oui si elle le souhaite.

Vous sentez-vous à l'aise pour poser des questions appropriées concernant la violence conjugale ? Oui si la patiente est toute seule bien sûr.

Et si la patiente n'est pas toute seule ? Bah ça dépend, on ne peut pas demander... Si une fois une femme était arrivée avec sa sœur parce que.. Enfin ça n'a rien à voir. C'était un mari qui avait été violent avec une autre femme. Alors moi je lui ait demandé si il ne l'avait jamais touché, euuuuh à priori non mais euh il était en prison hein, il avait violé une prostitué, génial hein ?! Tu vois... (rires) Je rigole mais je rigolais moins sur le moment car j'avais vu le couple plutôt sympa. Je les avais vu en entretien et elle venais à toutes les consultations et une fois elle est arrivée sans lui mais avec sa belle-sœur ou sa sœur je sais plus et là elles m'ont tout déballer. On écoute effectivement et on pose les questions qui nous viennent mais si elle est accompagnée de quelqu'un que je ne connais pas et qui me semble malveillant évidemment je chercherais plus loin, je demanderai à voir la patiente seule la fois suivante.

Quelles questions posez-vous et comment ? Bah comme je vous l'ai dit en général quand je fais mon interrogatoire je pose la question : Avez-vous déjà été victime de violences ? C'est la phrase que je dis systématiquement mais c'est vrai que je la

pose plus pendant la rééducation du périnée car c'est des femmes que je connais déjà depuis un petit moment plutôt qu'à la première consultation par exemple de suivi de grossesse quand on fait l'interrogatoire. On a tellement d'autres choses à demander que je n'y pense pas toujours. Ça me fait réfléchir votre question parce que je me dis que peut-être qu'il faudrait que je la pose aussi à ce moment là effectivement.

Et pendant le suivi de grossesse, même si c'est pas à la première consultation, est-ce que vous l'abordez à une autre consultation ou c'est que sur signe d'appel ? Non.. Je vois un peu comment euh.. C'est en fonction de mon ressenti dans ce que va me dire la dame, si elle vient faire l'entretien pré-natal précoce. C'est plus au moment de l'entretien prénatal précoce, éventuellement, ce genre de sujet pourrait être abordé.

Lorsque vous suspectez des violences conjugales chez l'une de vos patientes, quelles informations lui donnez-vous en premier lieu, les premiers mots ? Que celui qui fait ça n'a pas le droit de le faire, c'est tout. (rires). Elles ont le droit elles de ne pas accepter ça. Et que si elles osent pas en parler... Je leur dis qu'elles peuvent porter plainte évidemment. Mais le problème est souvent qu'elles n'osent pas et qu'elles ne savent pas comment si prendre ni par où commencer. Donc c'est pour cela que celle dont je vous ait parlé, j'en ai peut-être eu une à l'hôpital mais ça fait longtemps, bah j'ai une petite liste des associations d'aide aux victimes des violences conjugales et puis je leurs donne et puis après on peut pas les amener de force de toute façon pour aller porter plainte. Tout en insistant sur le fait que même si je connais pas le cycle de la violence ou je ne sais quoi je sais très bien par expérience que ça s'arrête rarement et que ça va plutôt en augmentant ce genre de chose plutôt que de s'arrêter comme ça du jour au lendemain donc moi je leurs dit bien qu'il faut qu'elles euh... réagissent avant que ce soit trop tard pour elles et qu'elles se retrouvent avec des blessures trop graves, mêmes pires.

Quelles structures de prise en charge lui proposez-vous ? Je les ait affichées dans mon cabinet, là où je consulte. J'ai mis le numéro de téléphone et l'adresse. J'ai des cartes aussi d'une dame qui est entrain de monter une autre association.

Qu'est-ce que vous écrivez dans le dossier ? Dans le dossier... J'écris rien, je ne m'en souviens pas... Que je m'en souviennne pour cette dame euh.. Non j'ai rien mis de spéciale pour elle dans mon dossier c'est vrai. Après dans les dossiers de l'hôpital je me souviens on le notais quand même, si si, on notait quand une patiente avait été victime de violences. On mettait « violences conjugales » tout simplement, sans rentrer dans les détails.

Vous sentez-vous capable d'évaluer la sécurité de la victime, savoir si elle est en danger imminent ou pas? Je pense que oui car j'ai quand même une grande expérience de l'interrogatoire depuis pas mal d'années et j'ai un gros ressenti de ce que les gens me transmettent. Après je ne suis pas infaillible évidemment. Mais en tout cas, jusqu'à aujourd'hui je ne me suis jamais retrouvée dans une situation où je n'avais pas euh.. ressentie ce que les gens me transmettent quand ils viennent en consultation, ou encore plus en entretien car en entretien on y passe quand même une bonne heure. Donc on aborde un peu toutes les facettes de leur quotidien et quand elles se sentent un peu plus à l'aise, un peu plus détendues, le masque tombe un petit peu et ça aide quand même c'est vrai.

Que lui proposeriez-vous si vous la sentez en danger ? Une femme qui vient me voir et qui me dit, j'ai peur en rentrant qu'il me tombe dessus ou un truc comme ça ?

Oui c'est ça, une femme qui est en danger...

... Je lui dit de ne pas rentrer chez elle déjà (rires). Moi j'appellerais carrément l'association qui s'occupe de ça, je pense qu'elles ont des solutions d'hébergements à proposer euh.. Il doit y avoir ce genre de trucs dans les associations comme ça quand même. Ou lui dire d'aller chez quelqu'un si elle a quelqu'un chez qui se rendre. Chez qui elle peut se protéger. Puis porter plainte, porter plainte évidemment ! C'est la priorité je pense mais.. Je dirai à la dame, voilà moi je ne sais pas comment on fait d'habitude pour ce genre de choses mais je vais appeler les associations, je vais me renseigner. Si c'est un moment où je peux les avoir toute suite on les appelle ensemble, maintenant si c'est un moment où on ne peut pas les avoir toute suite je peux appeler le commissariat hein. Si je sens que c'est quelque chose d'urgent.

Avez-vous déjà rédigé un certificat médical dans le cadre de violences faites à l'encontre de votre patiente ? Nan jamais, on peut faire ça nous les sages-femmes ?

Oui on peut.

Ah bah tu vois je ne savais pas.

Il y a un modèle sur le site de la MIPROF.

Ah bah tu vois ça je vais le noter parce que je ne le savais même pas. Donc on peut le faire si une dame arrive, qu'elle a reçu des gnions, je peux lui faire un certificat toute suite pendant la consultation, décrivant simplement ses blessures, je n'ai pas le droit de mettre : « elle m'a dit que... ». Je décris juste ce que je vois c'est ça ?

Oui c'est ça.

Avez-vous déjà fait un signalement de maltraitance aux autorités compétentes? Nan j'ai jamais eu de gros cas au cabinet, alors à l'hôpital on en côtoyait évidemment. C'était marqué dans le dossier, on en voyait desfois des dames, même si elles nous en parlaient pas directement, on les voyait en consultation, c'était noté dans le dossier, on pouvait en reparler avec certaines c'est vrai qu'au fur et à mesure qu'on en parle ça me revient mais c'est vrai que moi ça fait 8 ans que j'ai quitté l'hôpital et je ne suis pas confrontée de la même manière à... Déjà ce n'est pas la même patientèle qu'on a en cabinet et encore car j'ai des dames du samu social.. J'ai un confotel à côté où elles sont logés régulièrement mais c'est pas la majorité de ma patientèle ces femmes. Donc c'est vrai que je n'ai pas eu ce genre de cas depuis les 8 ans que j'exerce en cabinet, sauf une fois la dame dont je vous ait parlé toute à l'heure où son mari lui avait envoyé une baffe mais depuis.. Bon je lui pose régulièrement la question, alors comment ça va ? Est-ce que vous avez eut de nouveau... ? Vu que je la suis pour sa grossesse, je l'ai suivi pour ses trois grossesses. Donc à chaque fois que je la voie je lui dis : « comment ça va ? Comment il se comporte ? » Bon bah elle me dit que ça va donc ça va hein ! Je ne vais pas chercher plus loin.

Annexe V : Plaquette

Comprendre les violences conjugales

Elles peuvent être à la fois physiques, morales, verbales, sexuelles ou financières

Le conflit conjugal (égalité dans le couple) différent des violences conjugales (domination du conjoint sur sa femme).

Réel problème de santé publique :
Grossesse non désirée, IVG, accouchement prématuré, fausse couche, MFIU, dépression, troubles de l'alimentation, addiction, aggravation pathologies comme l'asthme, HTA, diabète...

Place de la sage-femme importante car la grossesse est un moment privilégié (consultations, EPP, préparation à l'accouchement...), parce qu'il est difficile d'en parler spontanément, pour briser la loi du silence.

Si la femme se confie,
DIRE :
"Vous n'y êtes pour rien"
"C'est lui le responsable"
"Il n'a pas le droit"
"Je vous crois"
"Je peux vous aider"
"Je vous remercie pour votre confiance ."

Mener un entretien :
Posture bienveillante, non culpabilisation, non jugement, poser des questions, parler de la famille, parler de la relation de couple, informer sur les partenariats/réseaux.

Ecouter - Croire

Le dépistage systématique : Poser la question qui vous convient le mieux ;
"Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? Vous a-t-on déjà fait du mal ? Avez-vous peur de votre partenaire ?

Signes évocateurs de violences : Femme introvertie, regarde son conjoint avant de répondre, conjoint trop présent, celle qui nous énerve, femme isolée, traces d'agressions.

1. Ecouter la femme.
2. Evaluer le danger : Menace de mort ? Présence d'armes ? Idées suicidaires ?
3. Examiner la femme avec son accord (+/- Certificat médical).
4. Informer, orienter (associations, assistante sociale, psychologue...)
5. Conseiller de porter plainte.
6. Avec l'accord de la patiente, temps de transmission et travail pluridisciplinaire.
7. Proposer un autre rendez-vous.

Vers qui orienter ?

PMI de Seine et Marne :
Chelles : 01.64.26.51.05
Coulommiers : 01.64.75.58.16
Fontainebleau : 01.60.70.79.07
Lagny-sur-Marne : 01.64.12.66.20
Meaux : 01.64.36.42.41
Melun : 01.64.10.62.20
Mity-Mory : 01.60.21.29.52
Montereau-Fault-Yonne : 01.60.57.22.66
Nemours : 01.60.55.20.83
Noisiel : 01.69.67.31.50
Provins : 01.60.52.51.43
Roissy-en-Brie : 01.64.43.25.00
Sénart : 01.64.13.21.80
Tournan-en-Brie : 01.64.25.03.60

Signalement au Procureur de la République dans les TGI :
-> Meaux : 01.60.09.75.00
-> Fontainebleau : 01.60.71.23.00
-> Melun : 01.64.79.80.00

Point d'accès aux droits : Lieu d'accueil gratuit et permanent permettant d'obtenir informations sur ses droits.
Police : 17
Signalement au CRIP : 01.64.14.77.38 (Protection de l'enfance)

3919 SOS femmes battues.
Viol femmes infos : 08.00.05.95.95
CIDFF Lognes : 01.60.05.84.79

Réseaux périnataux :
Réseau NEF : <https://www.perinat-nef.org/home/>
PérinatifSud : <http://www.perinatifsud.org/>

Maternités du département :
Grand hôpital de l'Est-Francilien
-> Site Marne-la-Vallée : 01.64.77.64.77
-> Site Coulommiers : 01.64.77.64.77
-> Site Meaux : 01.64.77.64.77
Centre hospitalier Léon Binet (Provins)
-> 01.64.60.40.00
Centre hospitalier Sud Ile-de-France (Melun) ;
-> 01.64.71.60.00
Hôpital de Tournan : 08.25.16.42.42
Hôpital de Fontainebleau : 01.60.74.12.64
Hôpital de Montereau-Fault-Yonne : 01.64.31.65.85

Associations :
SOS Femmes Meaux : 01.60.09.27.99
Le relais 77 : 01.64.89.76.43

Formations : Diplôme universitaire de Paris 8, Réseaux périnataux, MIPROF, Médic formations, ANSFL, SOS femmes Meaux, le relais 77 etc...
Vous pouvez trouver des renseignements ici : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

-

A l'usage des sages-femmes de Seine et Marne

Céline Champagne
Joséphine Raulin