

La sage-femme face aux violences conjugales : Etat des lieux des connaissances, du dépistage et de la prise en charge en France

Mémoire présenté et soutenu par
Alice POIROT
Née le 08 janvier 1996

Directrice de mémoire : Valérie RICHAUD-TAUSSAC, Déléguée départementale aux droits
des femmes et à l'égalité de Loire-Atlantique

Remerciements

Je remercie très sincèrement :

Madame Valérie RICHAUD-TAUSSAC, Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité de Loire-Atlantique, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour ses relectures ainsi que pour ses précieux conseils juridiques.

Madame Nathalie LE GUILLANTON, Sage-femme enseignante de l'école de sages-femmes de Nantes, pour sa disponibilité, son aide et ses encouragements.

Je remercie également les différent(e)s professionnel(le)s pour avoir contribué à la réalisation de cette enquête :

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des sages-femmes de France ayant bien voulu diffuser le questionnaire.

L'ensemble des sages-femmes ayant consacré du temps pour répondre à ce questionnaire.

Enfin, je remercie :

Ma famille pour leur important soutien pendant ces années d'études, et tout particulièrement Clément pour ses nombreux encouragements ainsi que ses relectures.

Mes amies de promotion, pour leur soutien, leurs encouragements, les moments de joie et les souvenirs que nous pourrons garder de ces quatre années d'étude.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	1
II - MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	3
2.1 NATURE DE L'ÉTUDE	3
2.2 POPULATION DE L'ÉTUDE	3
2.2.1 Critères d'inclusion	3
2.2.2 Critères d'exclusion.....	3
2.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	4
2.3.1 Transmission des questionnaires.....	4
2.3.2 Recueil de données	4
III – RÉSULTATS.....	6
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION	6
3.1.1 Sexe et âge	6
3.1.2 Secteur d'activité	6
3.1.3 Année d'obtention du diplôme d'état (DE).....	6
3.1.4 Département de lieu d'exercice	7
3.2 ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES EN MATIÈRE DE VIOLENCES CONJUGALES.....	8
3.2.1 Connaissances générales.....	8
3.2.2 Connaissances en fonction du secteur d'activité.....	9
3.2.3 Connaissances en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'état.....	9
3.2.4 Focus sur les questions posées	9
3.3 DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LES SAGES-FEMMES	12
3.3.1 Formation des sages-femmes.....	12
3.3.2 Dépistage	15
3.3.3 Information	17
3.4 PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LES SAGES-FEMMES	17
3.4.1 Aptitude de prise en charge	17
3.4.2 Adaptation de la pratique face à une victime de violences conjugales	19
3.4.3 Sentiment des sages-femmes à la suite du questionnaire	21
IV – DISCUSSION	22
4.1 ÉTUDE DE LA POPULATION	22
4.1.1 Répartition de l'échantillon sur le territoire	22
4.1.2 Sexe, âge et année d'obtention du diplôme d'état	22
4.1.3 Secteurs d'activité.....	23
4.2 ANALYSE DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES EN MATIÈRE DE VIOLENCES CONJUGALES EN FRANCE	23
4.2.1 Les connaissances acquises.....	24
4.2.2 Les connaissances à consolider.....	26
4.2.3 Profil des sages-femmes	28
4.2.4 Formation	29
4.3 COMMENT LE DÉPISTAGE EST-IL RÉALISÉ ?	30

4.3.1 Fréquence à laquelle les sages-femmes sont confrontées à des patientes victimes de violences conjugales	31
4.3.2 Le dépistage en pratique.....	31
4.3.3 Pourquoi le dépistage n'est-il pas systématique ?	34
4.3.4 Quels signes évoquent les violences conjugales ?	36
4.3.5 Campagnes d'information et de communication.....	36
4.4 ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	37
4.4.1 Ressenti des sages-femmes dans leur pratique.....	37
4.4.2 Adaptation de la pratique	38
4.4.3 Orientation de la patiente.....	41
4.4.4 Réflexions amenées par le questionnaire	43
4.5 BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	43
V – CONCLUSION	44

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR LA RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

ANNEXE 2 : TABLEAU AYANT PERMIS D'ÉTABLIR LE GRAPHIQUE 22

ANNEXE 3 : LE VIOLENTOMÈTRE

ANNEXE 4 : MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL PROPOSÉ PAR LE CNOSF

ANNEXE 5 : LES CONSEILS POUR PRÉPARER LE DÉPART

ANNEXE 6 : PROCÉDURE EN CAS DE SIGNALEMENT (RECOMMANDATIONS HAS)

Liste des sigles utilisés

CD : Conseil départemental

CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse

CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DE : Diplôme d'état

HAS : Haute autorité de santé

IP : Information préoccupante

ITT : Incapacité totale de travail

IVG : Interruption volontaire de grossesse

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

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

SF : Sage-femme

I - Introduction

149 ! C'est le nombre de féminicides par compagnon ou ex-compagnon recensé dans l'année 2019¹ (1). En moyenne, chaque année, on compte 219 000 femmes victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles en France exercées par leur conjoint ou ex-conjoint (2). Le nombre total de victimes de violences conjugales est bien plus élevé car elles ne sont pas seulement physiques et/ou sexuelles mais peuvent aussi être verbales, psychologiques, administratives etc.

« Les femmes sont les principales victimes des homicides au sein du couple. En 2017, 130 femmes sont décédées, victimes de leur partenaire [...]. Dans le même temps, 21 hommes sont morts dans les mêmes conditions. Sur les 16 hommes tués par leur conjointe officielle, 11 étaient auteurs de violences » (3).²

La convention européenne d'Istanbul définit les violences à l'égard des femmes comme *« une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation »*³(4). Dans cette définition, la notion d'emprise est évoquée. C'est le mécanisme par lequel l'un des membres du couple *« a pour objectif le contrôle et la domination de l'autre »* (5). La finalité de l'auteur des violences est de déstabiliser la victime, de rompre toute confiance en soi et d'anéantir toute estime de soi. A long terme ces violences peuvent avoir des conséquences post-traumatiques.

Nous avons choisi d'étudier la connaissance, le dépistage et la prise en charge des violences conjugales en France pour apporter un regard global de la situation. Le dépistage des violences conjugales constitue un enjeu majeur de Santé publique. La sage-femme étant au cœur de la vie de la femme de la puberté à la ménopause, pendant sa vie de femme et/ou pendant la grossesse, elle est une actrice majeure du dépistage. Mais il est également à noter que la sage-femme joue un rôle en matière de prise en charge.

Il est communément admis que les violences conjugales commencent ou s'aggravent pendant la grossesse. C'est pourquoi le dépistage des violences conjugales doit impérativement être réalisé pendant la grossesse et plus généralement auprès de chaque patiente.

Ce problème de Santé publique est reconnu par le Gouvernement qui a mis en place des mesures pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences au sein du couple. Dans

¹ Données recensées par un collectif féministe bénévole, les données de la police et de la gendarmerie ne sont pas encore disponibles à ce jour

² MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 5

³ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, mise en vigueur en France le 1^{er} novembre 2014

cette logique, la HAS reconnaît aussi cette problématique en élaborant des recommandations auprès des professionnel(le)s de santé.

Quelles sont les connaissances des sages-femmes en matière de violences conjugales et à quelles difficultés doivent-elles faire face pour les dépister et prendre en charge les patientes victimes de violences au sein du couple ?

Nous essaierons de répondre à cette problématique avec la présentation de notre étude et l'analyse de celle-ci.

II - Matériel et méthode

2.1 Nature de l'étude

L'enquête réalisée est une étude descriptive transversale.

L'objectif principal de cette enquête est d'étudier l'implication des sages-femmes en matière de violences conjugales et d'observer quels outils ou stratégies sont utilisés pour dépister ces violences et prendre en charge les patientes victimes.

Pour réaliser cet objectif principal, il s'agit de faire un état des lieux des connaissances et des formations des sages-femmes en matière de violences conjugales, de repérer leurs difficultés à les dépister ainsi que les problèmes auxquels elles sont confrontées dans la prise en charge, et enfin de s'intéresser à leur ressenti face à ce problème.

Plusieurs hypothèses ont été nécessaires à l'élaboration de ce questionnaire :

- Les sages-femmes manquent de connaissances sur les violences conjugales.
- Les jeunes sages-femmes ont plus de connaissances que les sages-femmes plus expérimentées.
- Les sages-femmes n'effectuent pas un dépistage systématique des violences conjugales.
- Les sages-femmes libérales se sentent plus démunies que les sages-femmes travaillant en structure de soins.
- Les sages-femmes rencontrent des difficultés à prendre en charge les patientes victimes de violences conjugales une fois le dépistage réalisé.

2.2 Population de l'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Toutes les sages-femmes de France et d'Outre-mer, en exercice, inscrites au Conseil départemental de leur lieu d'exercice ont été incluses soit environ 22 721 sages-femmes actives (effectif de sages-femmes actives au 1 janvier 2017 d'après le CNOSF). L'enquête s'est déroulée du 12 juin au 15 septembre 2019.

2.2.2 Critères d'exclusion

1 sage-femme exerçant hors de France, à Genève (Suisse), a été exclue de cette enquête.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Transmission des questionnaires

Le questionnaire a été construit à partir d'un Google Forms (présenté en Annexe 1). Il a été transmis aux Conseils départementaux de France et d'Outre-mer par mail dans l'objectif d'une transmission à toutes les sages-femmes inscrites au Conseil départemental. Parmi les 101 départements de France, 100 conseils départementaux (CD) ont été contactés. Le Lot n'a pas pu être contacté par manque de moyen de communication disponible (numéro de téléphone, adresse mail).

Les sages-femmes ont répondu au questionnaire via le lien présent dans le mail.

2.3.2 Recueil de données

Le recueil de données s'est effectué sur une période de 3 mois environ, du 12 juin 2019 au 15 septembre 2019.

A la clôture de l'enquête, 1 547 sages-femmes ont pu être incluses.

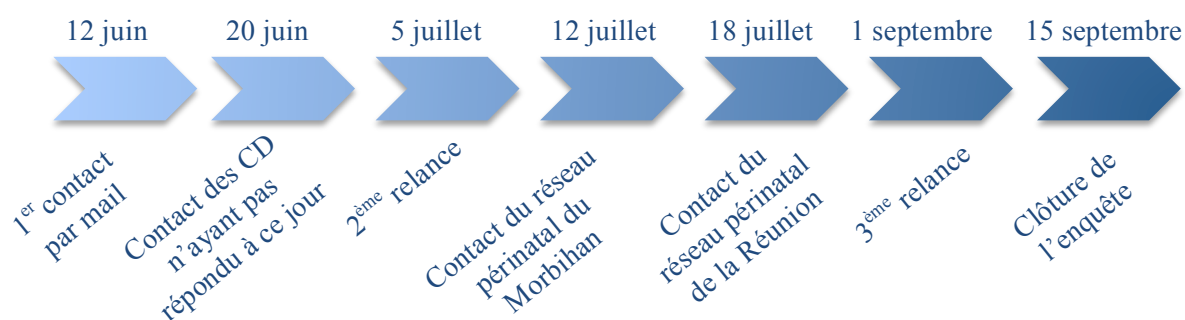


Figure 1 : Frise chronologique des contacts et relances de CD effectués entre Juin 2019 et Septembre 2019

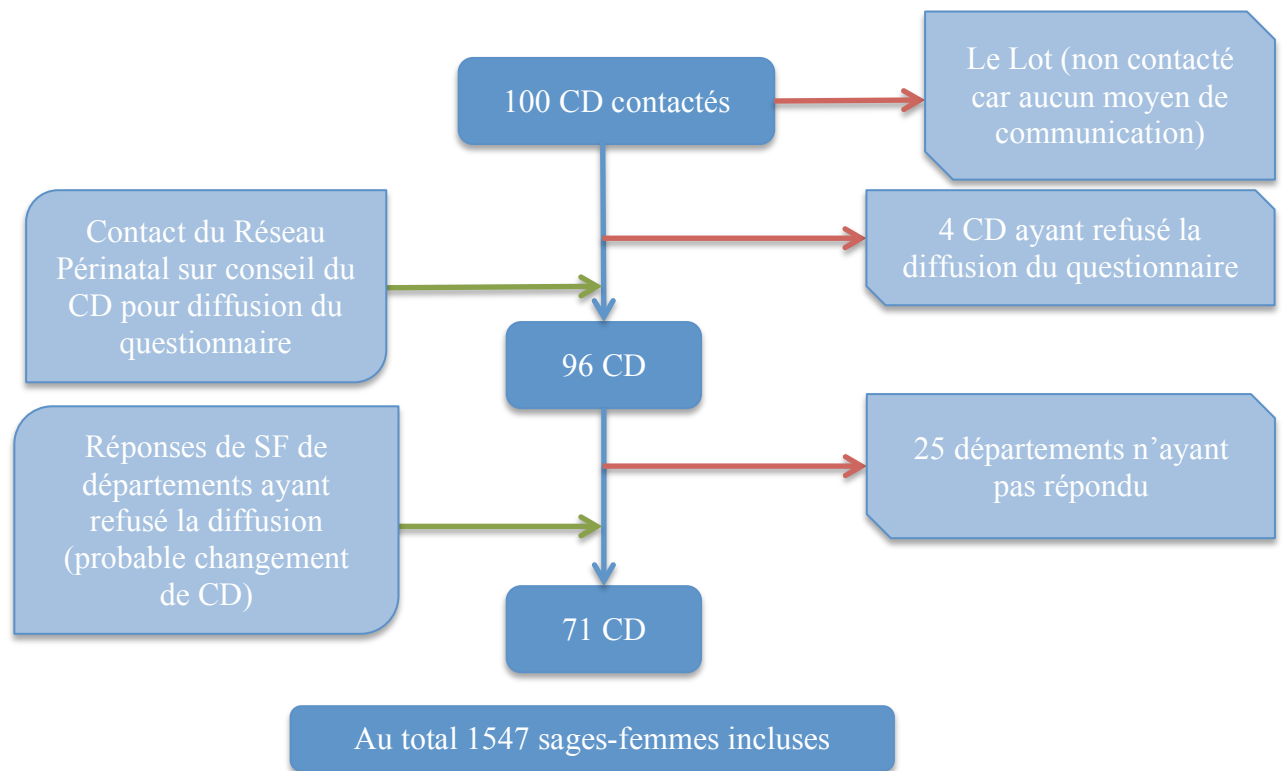


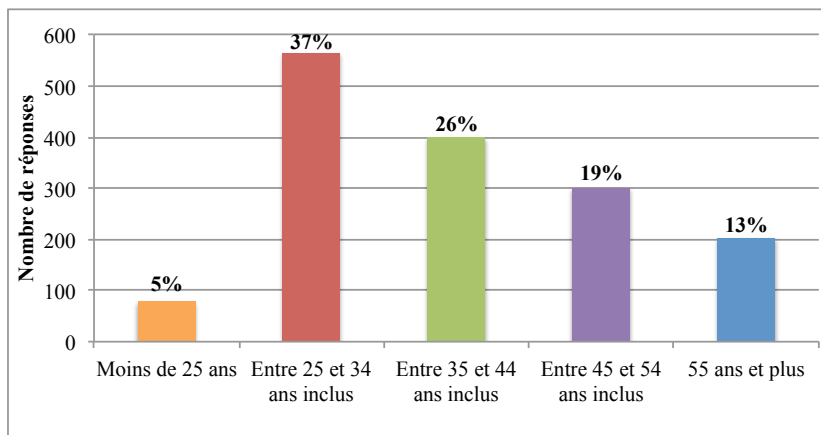
Figure 2 : Diagramme de flux montrant l'évolution des réponses

III – Résultats

3.1 Description de la population

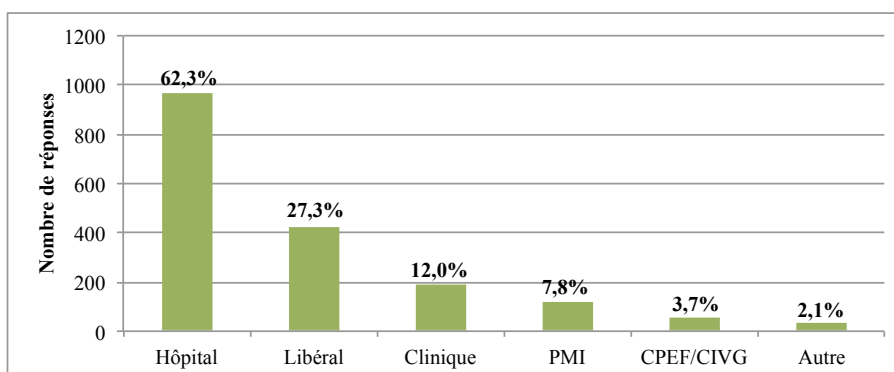
3.1.1 Sexe et âge

La population est constituée de 97,4% de femmes et 2,6% d'hommes.



Graphique 1 : Tranche d'âge de la population étudiée (n=1547)

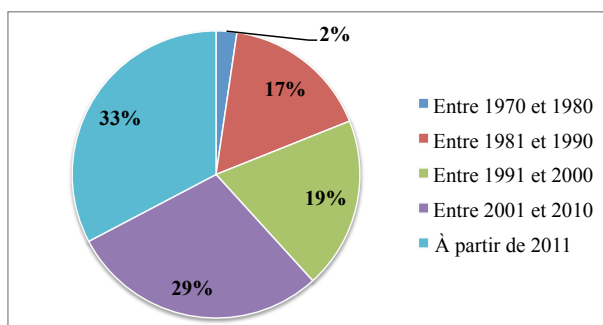
3.1.2 Secteur d'activité



Graphique 2 : Secteurs d'activité des sages-femmes dans la dernière année d'exercice (n=1547)

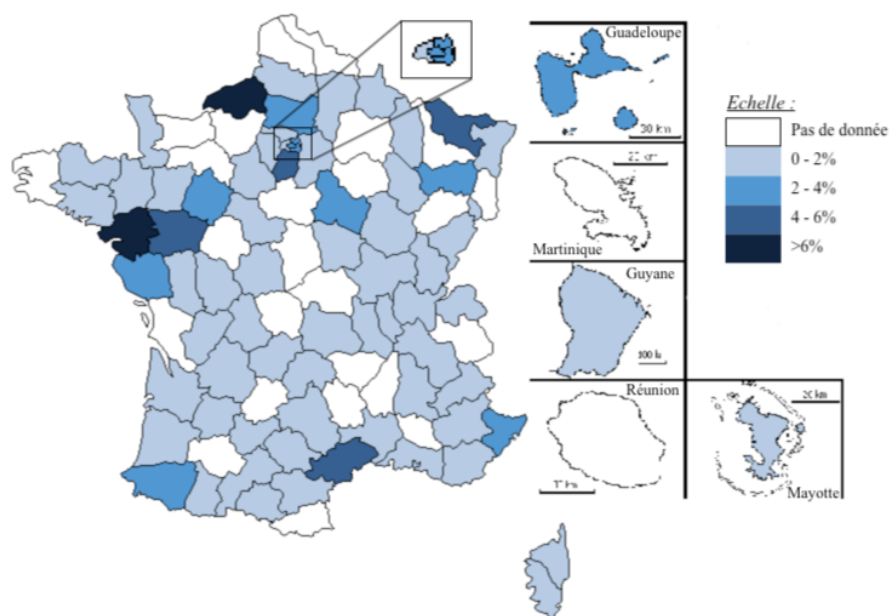
Parmi la catégorie « Autre », on retrouve notamment l'enseignement, la spécialité d'échographie, l'intégration d'un réseau de périnatalité, et l'intégration d'une association etc.

3.1.3 Année d'obtention du diplôme d'état (DE)

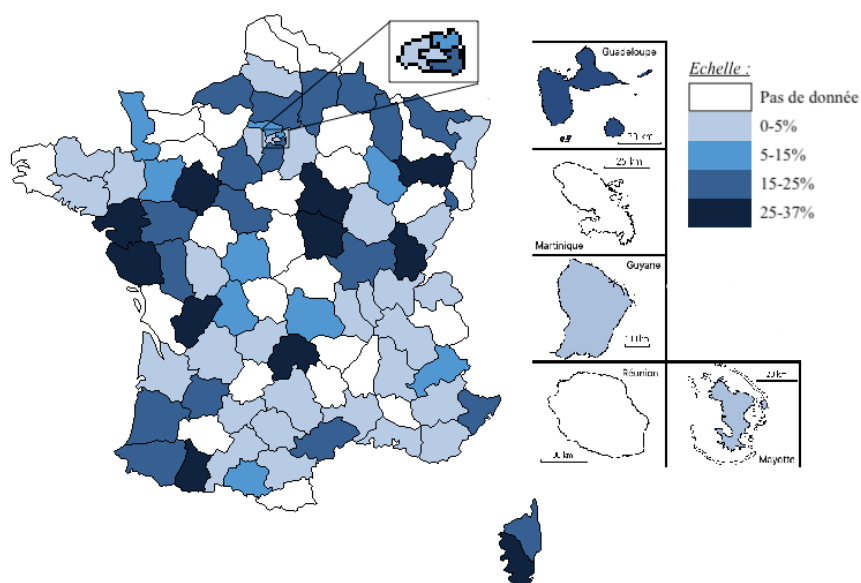


Graphique 3 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du DE (n=1547)

3.1.4 Département de lieu d'exercice



Carte 1 : Nombre de sages-femmes ayant répondu par département sur le nombre total de réponses (n=1547)



Carte 2 : Nombre de sages-femmes ayant répondu par département sur le nombre de sages-femmes actives du département au 1^{er} janvier 2017 (Données CNOSF) (n=1547)

3.2 Etat des lieux des connaissances des sages-femmes en matière de violences conjugales

3.2.1 Connaissances générales

Les questions testant les connaissances des sages-femmes sur les violences conjugales constituent la première partie du questionnaire et sont au nombre de 21. Par conséquent, avec 1 point accordé par bonne réponse, les notes peuvent théoriquement aller de 0 à 21.

Dans l'étude présentée ici, la note minimale obtenue est de 8 points et la note maximale obtenue est de 21 points.

La moyenne est de 17,52 et la médiane s'élève à 18. L'écart-type est de 1,89.

Pour faciliter la compréhension, les notes ont été classées en 4 catégories :

- Peu de connaissances : de 0 à 10 points
- Connaissances moyennes : de 11 à 14 points
- Bonnes connaissances : de 15 à 18 points
- Très bonnes connaissances : de 19 à 21 points

Ces 4 catégories ont été choisies pour parcourir au mieux l'ensemble du niveau de connaissances.

Pour former le socle, il a tout d'abord été considéré qu'une note inférieure ou égale à 10 (soit moins de la moitié des points) rendait compte d'un niveau avec « peu de connaissances ». De ce constat, il restait 11 points à distribuer en 3 catégories. Puisque ces catégories ne pouvaient être équitablement réparties en points, un choix a dû être fait. Par conséquent, il a été décidé que la catégorie avec le plus petit palier serait celle des « très bonnes connaissances », catégorie comprenant des personnes ayant presque tout juste à cette partie du questionnaire. Puis les catégories de « moyennes » et « bonnes connaissances » ont été réparties équitablement, soit avec un palier de 4 points chacune.

Tableau 1 : Evaluation des connaissances des sages-femmes selon les 4 catégories (n=1547)

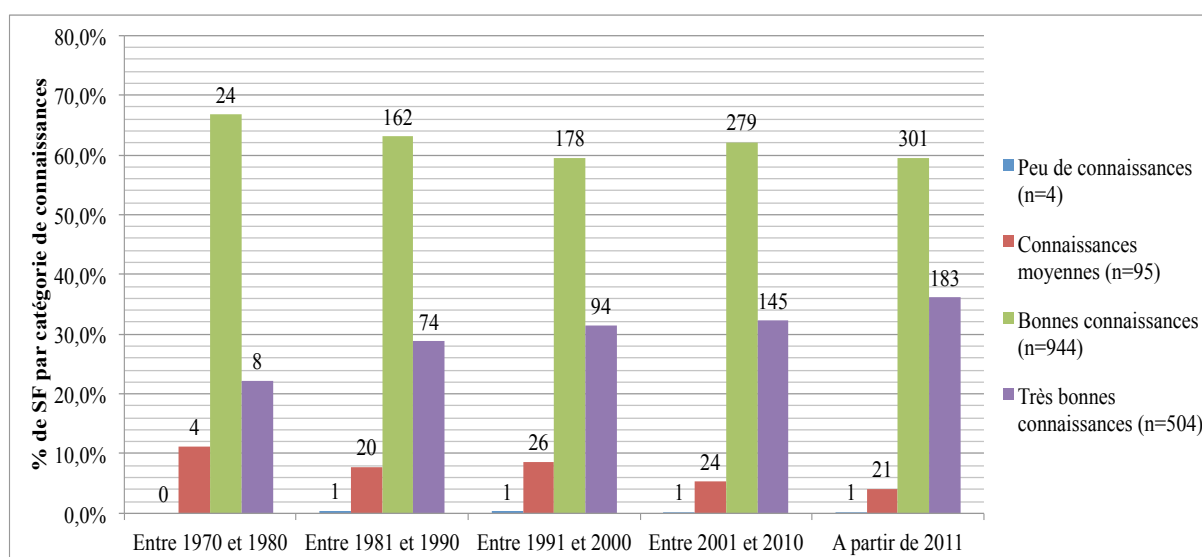
	Nombre de Sages-femmes
Très bonnes connaissances (de 19 à 21 points)	32,58% (504)
Bonnes connaissances (de 15 à 18 points)	61,02% (944)
Connaissances moyennes (de 11 à 14 points)	6,14% (95)
Peu de connaissances (0 à 10 points)	0,26% (4)
Total	1547

3.2.2 Connaissances en fonction du secteur d'activité

Tableau 2 : Evaluation des connaissances en fonction du secteur d'activité (n=1547)⁴

	Très bonnes connaissances	Bonnes connaissances	Connaissances moyennes	Peu de connaissances	Total
Hôpital	31,4% (303)	62,2% (600)	6,1% (59)	0,2% (2)	964
Clinique	27,4% (51)	64,5% (120)	8,1% (15)	0% (0)	186
Libéral	31,7% (134)	60,3% (255)	7,6% (32)	0,5% (2)	423
CPEF/CIVG	49,1% (28)	50,9% (29)	0% (0)	0% (0)	57
PMI	48,8% (59)	51,2% (62)	0% (0)	0% (0)	121
Autre	33,3% (11)	57,6% (19)	6,1% (2)	3% (1)	33

3.2.3 Connaissances en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'état

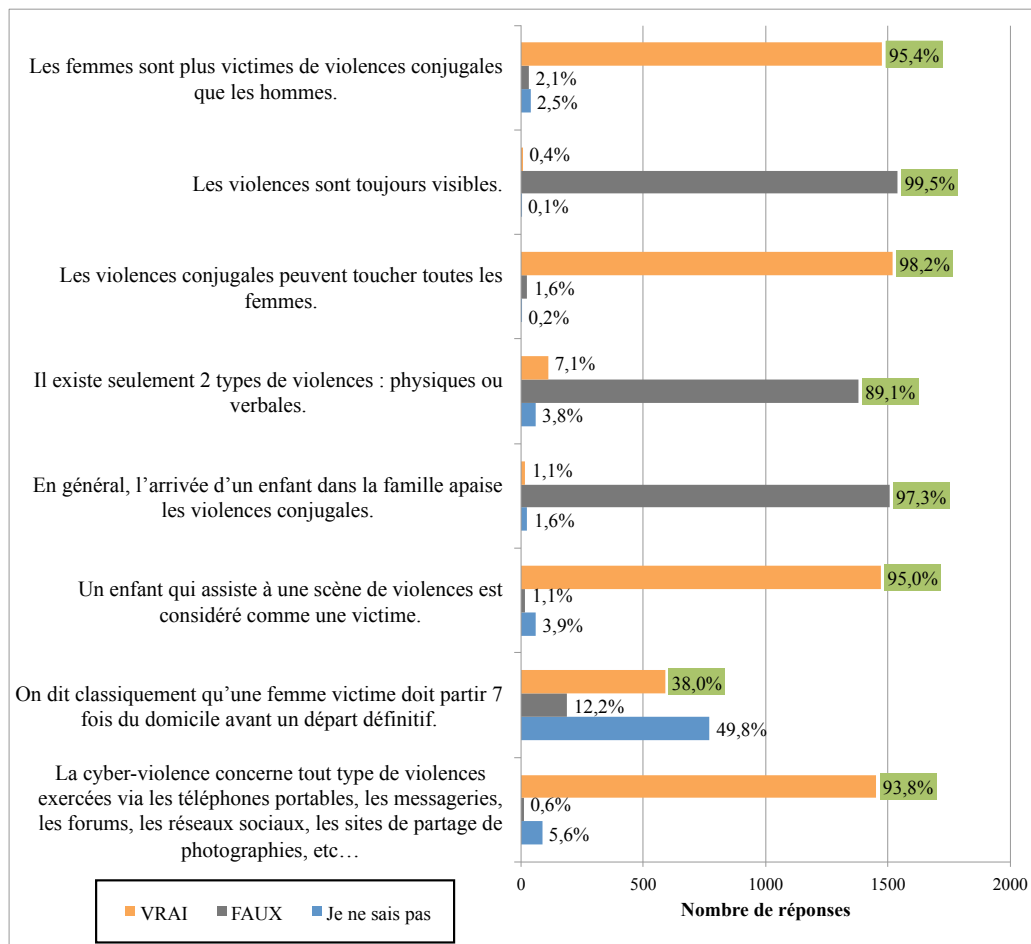


Graphique 4 : Catégorisation des connaissances en fonction de l'année d'obtention du DE (n=1547)

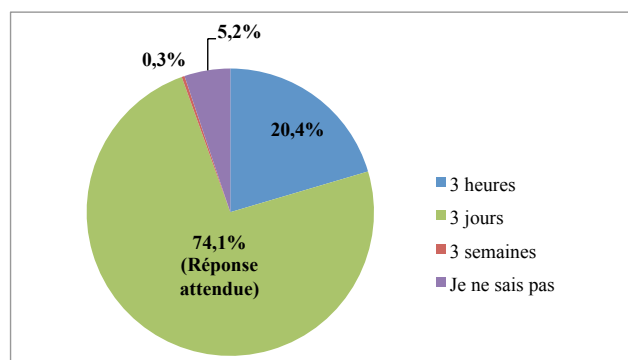
3.2.4 Focus sur les questions posées

Pour une compréhension plus aisée, **les portions vertes** des différentes figures correspondent à la réponse attendue.

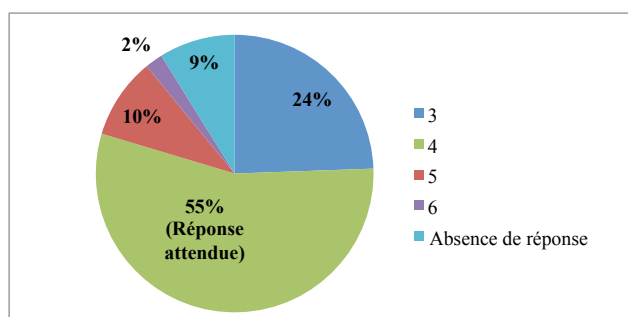
⁴ Somme des totaux supérieure à 1547 car les sages-femmes peuvent avoir plusieurs secteurs d'activité.



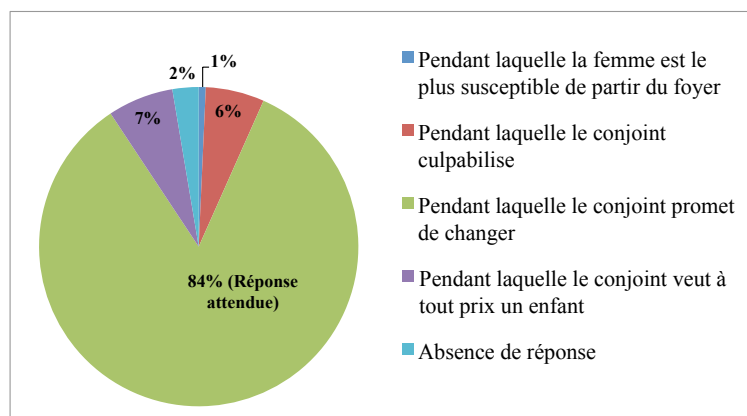
Graphique 5 : Réponses des sages-femmes par Vrai, Faux ou « je ne sais pas » face à différents items (n=1547)



Graphique 6 : Une femme meurt tous les ... sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint (n=1547)



Graphique 7 : De combien de phases se compose le cycle des violences conjugales ? (n=1547)



Graphique 8 : Que signifie la phase de « lune de miel » ? (n=1547)

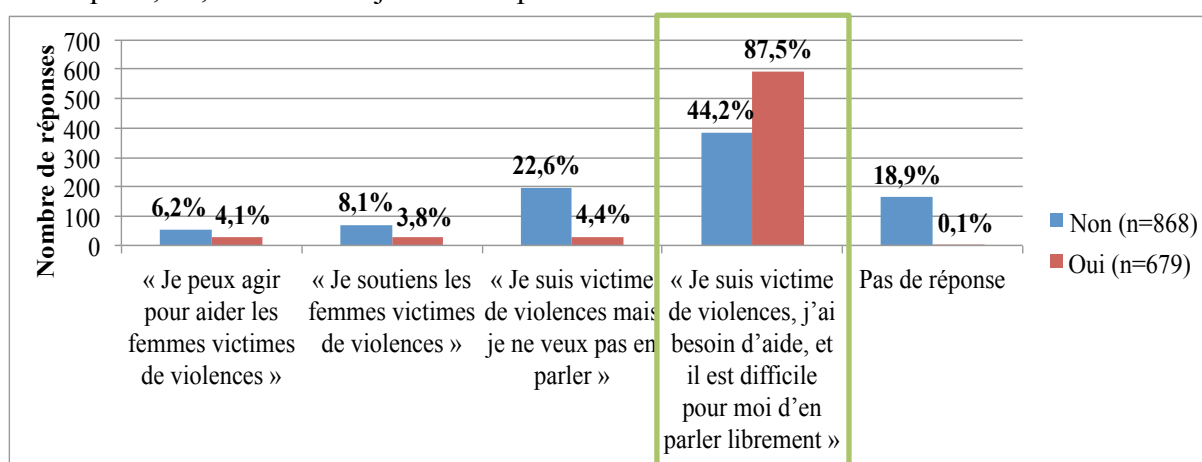
A la question interrogeant sur la connaissance du numéro d'écoute national pour les victimes de violences conjugales (3919), 42,6% des sages-femmes connaissaient ce numéro ; 57,4% n'ont pas répondu, ne le connaissaient pas ou ont donné une réponse erronée.

Tableau 3 : Comparaison de la connaissance du numéro d'écoute nationale pour les victimes de violences (3919) avant le 3 septembre 2019 et à partir du 3 septembre 2019⁵. (n=1547)

	Bonne réponse	Pas de réponse ou réponse erronée
Avant le 3 septembre 2019 (n=1306)	39,4% (515)	60,6% (791)
A partir du 3 septembre 2019 (n=241)	59,8% (144)	40,2% (97)

Résultats significatifs : p-value <0,001. Test du Chi².

56,1% des sages-femmes n'ont jamais entendu parler du point noir⁶ (n=1547). Par conséquent, 43,9% en ont déjà entendu parler.

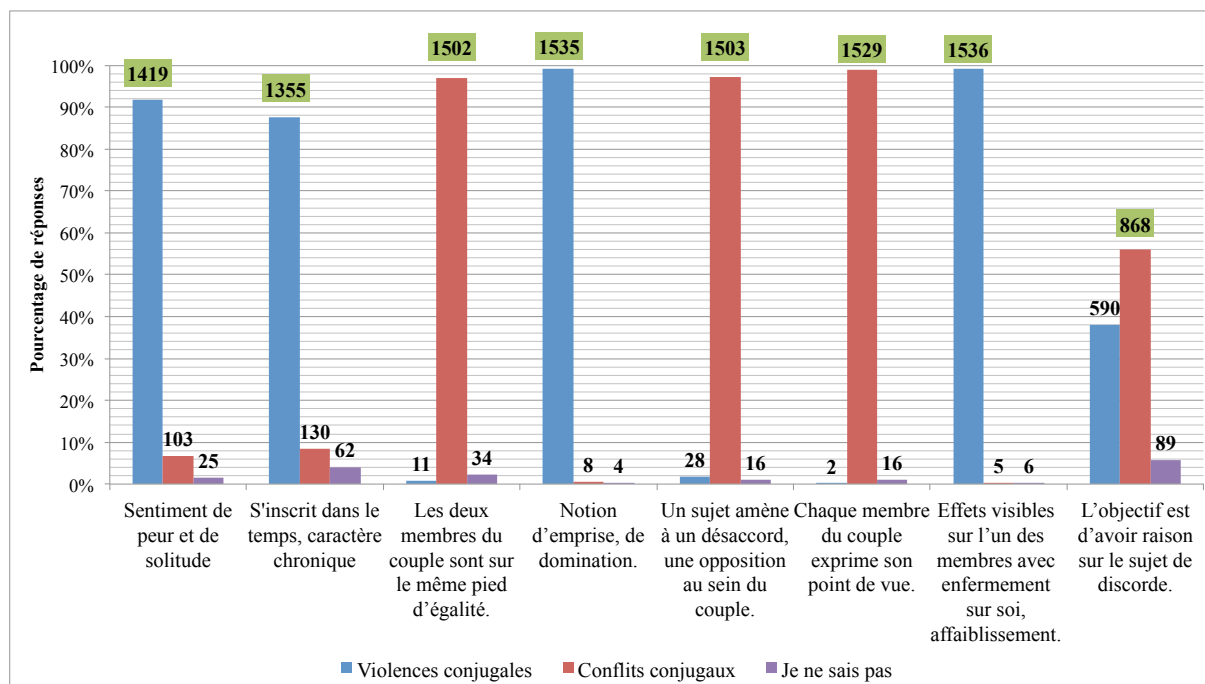


Graphique 9 : « Point noir » : Lien entre la connaissance et la signification (n=1547)

⁵ Le jour du lancement du Grenelle contre les violences (le 3/09/2019), une forte médiatisation du 3919 a été réalisée à l'initiative du Gouvernement afin de faire connaître ce numéro au plus grand nombre.

⁶ « Le principe est simple : avec un point noir dessiné sur la paume de la main (avec un crayon à maquillage par exemple), puis en montrant ce signal à une personne de confiance, on lance un appel à l'aide pour violences et on exprime une difficulté à en parler librement. La personne qui reçoit le message a pour mission d'engager une conversation discrètement, et d'aider la victime à s'orienter vers des professionnels. » Source : www.lepointnoir.com

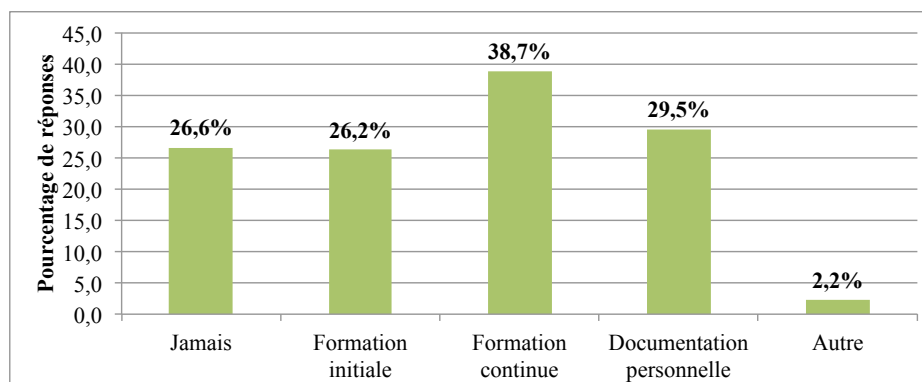
Il n'est pas toujours simple de différencier les conflits conjugaux des violences conjugales subies. Suite à différentes situations, voici les réponses obtenues :



Graphique 10 : Conflits conjugaux ou violences conjugales ? (n=1547)

3.3 Dépistage des violences conjugales par les sages-femmes

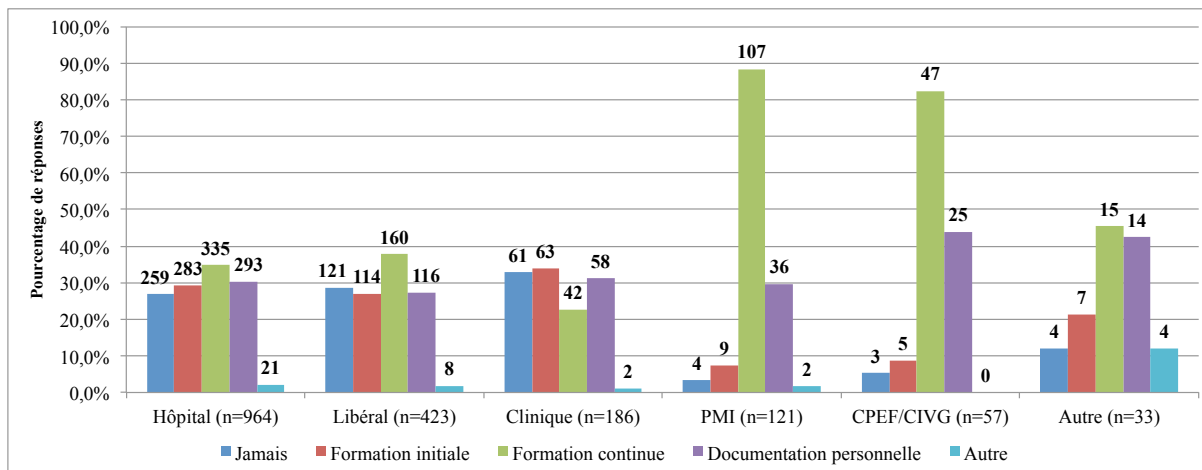
3.3.1 Formation des sages-femmes



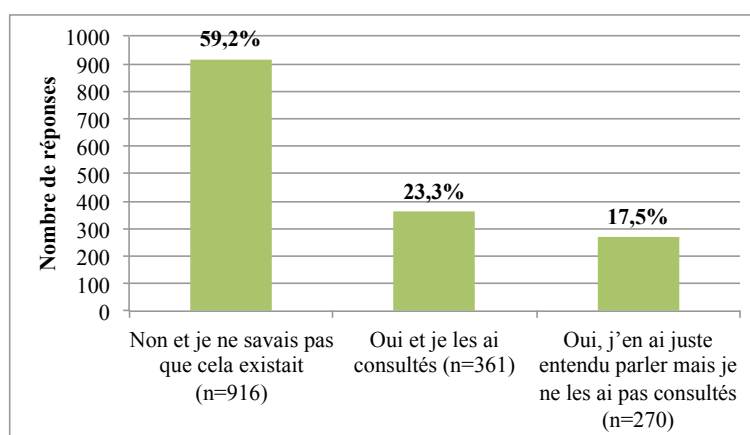
Graphique 11 : Formation aux violences conjugales des sages-femmes de France (n=1547)⁷

Parmi la catégorie « Autre », il est notamment fait référence à l'échange entre collègues formé(e)s, au vécu personnel, à l'expérience professionnelle et aux protocoles de service.

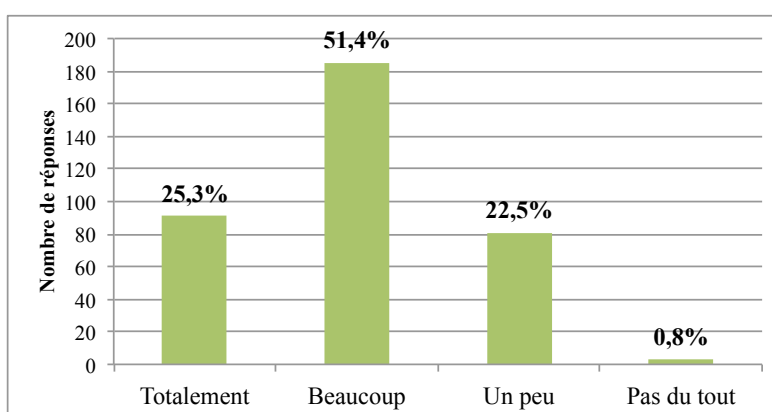
⁷ La somme des pourcentages des différentes formations est supérieure à 100% car cette question était à choix multiples.



Graphique 12 : Formation des sages-femmes aux violences conjugales en fonction du secteur d'activité⁸



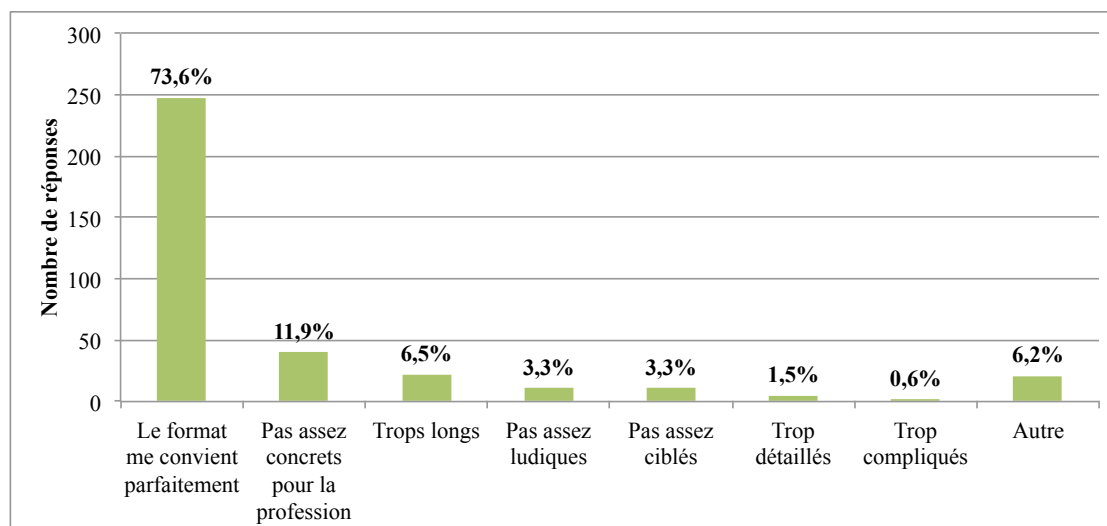
Graphique 13 : Connaissance sur la diffusion des outils de formation de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) (n=1547)



Graphique 14 : Utilité ressentie par les sages-femmes en ce qui concerne les kits de formation de la MIPROF (n=360)⁹

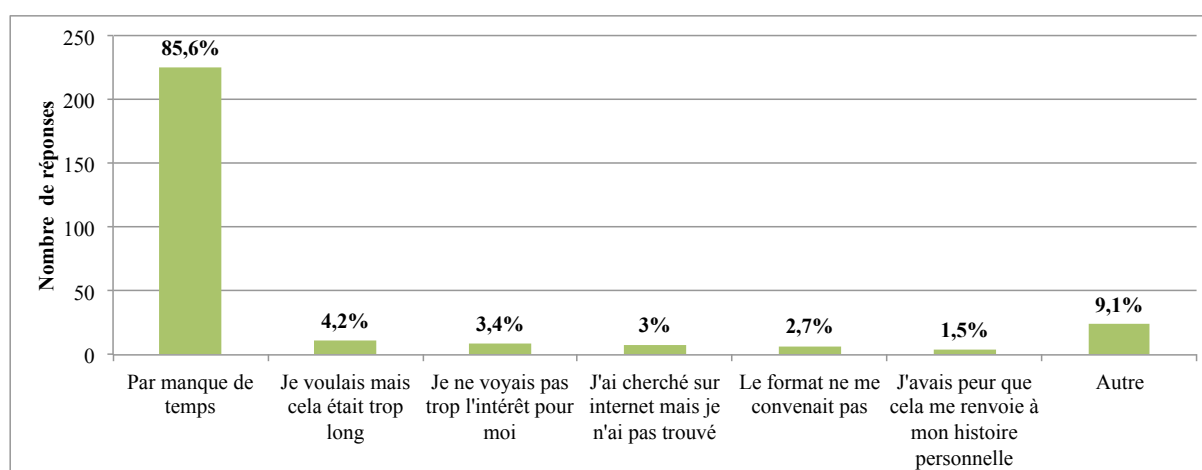
⁸ Pourcentages effectués sur le nombre de sages-femmes par secteur d'activité

⁹ Les sages-femmes ayant répondu à cette question sont celles qui ont eu connaissance des outils de formation MIPROF et qui les ont consultés (dans cette catégorie, 1 sage-femme n'a pas répondu à cette question).



Graphique 15 : Qualification des kits de formation de la MIPROF par les sages-femmes parmi celles qui les ont consultés (n=337)

Parmi la catégorie « Autre », il est à noter que certaines sages-femmes n'ont « visualisé qu'une partie », ne savent pas « comment l'intégrer à leur pratique professionnelle », ont « besoin d'outils pour accompagner et orienter une fois les violences dépistées ». D'autres trouvent les vidéos « pas assez visibles » ou « trop scénarisées ».



Graphique 16 : Raisons pour lesquelles elles ne les ont pas consultés quand elles en ont eu connaissance (n=263)

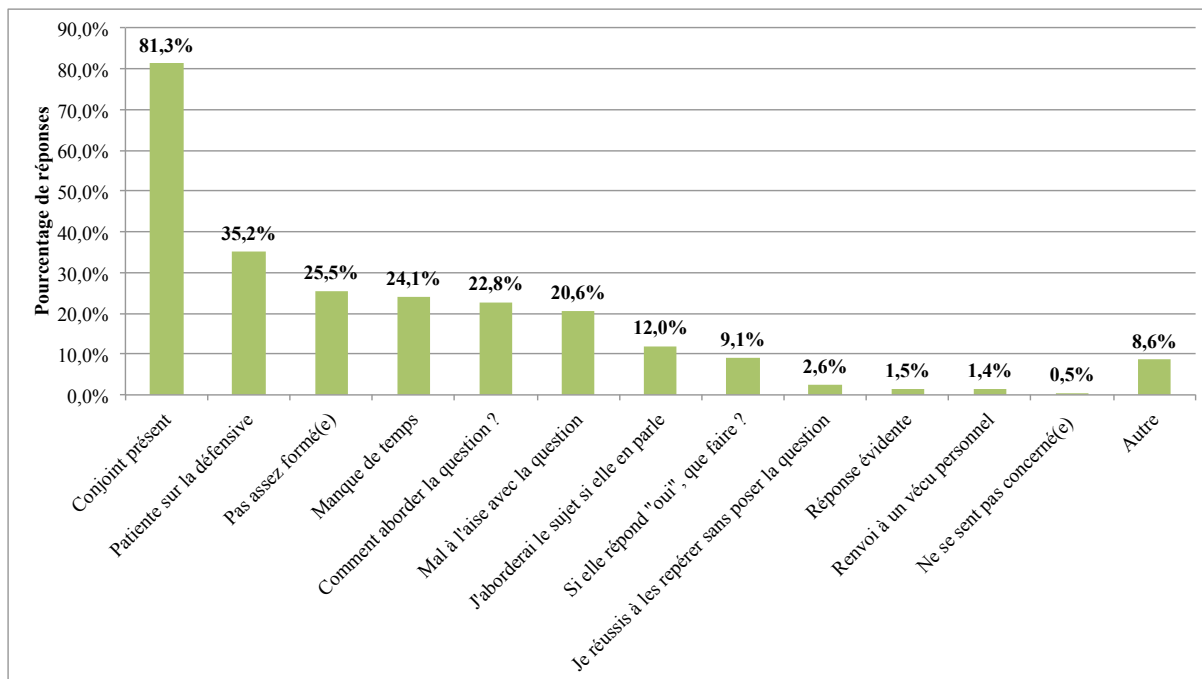
Parmi « Autre », les sages-femmes déclarent notamment qu'elles ont eu d'autres formations (2 réponses), ont oublié (6 réponses), que c'est prévu ou qu'elles ne prennent pas le temps (3 réponses).

3.3.2 Dépistage

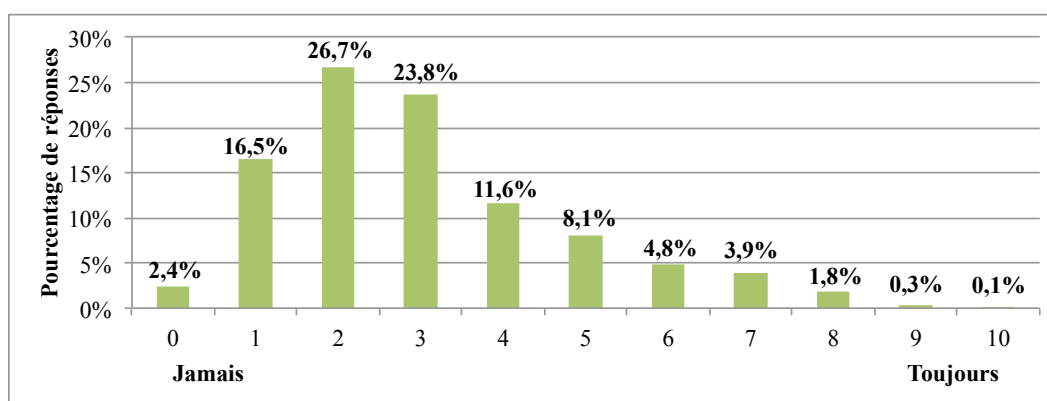
Tableau 4 : Dépistage effectué par les sages-femmes selon différentes situations cliniques (n=1547)¹⁰

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné
Lors d'une consultation de suivi gynécologique (n=1492)	12,7% (189)	20,2% (301)	12,5% (186)	12,9% (193)	41,8% (623)
Lors d'une consultation péri-conceptionnelle (n=1478)	15,4% (228)	15,5% (229)	10,1% (150)	12,4% (183)	46,5% (688)
Lors d'une consultation de suivi de grossesse (n=1510)	9,2% (139)	30,5% (461)	18,8% (284)	24,8% (375)	16,6% (251)
Lors d'un entretien prénatal précoce (n=1501)	8,2% (123)	19,1% (287)	16,9% (253)	23,5% (353)	32,3% (485)
Lors d'une consultation de demande d'IVG (n=1456)	10,1% (147)	13,0% (189)	8,2% (120)	10,2% (148)	58,5% (852)
Lors d'une consultation aux urgences (n=1481)	12,0% (177)	45,0% (667)	9,5% (141)	4,2% (62)	29,3% (434)
Au cours d'une hospitalisation (n=1476)	11,2% (165)	50,0% (738)	8,6% (127)	3,2% (47)	27,0% (399)
Dans le post-partum (durant l'hospitalisation ou à domicile) (n=1500)	21,6% (324)	51,5% (772)	8,7% (131)	3,7% (56)	14,5% (217)
Lors d'une consultation de rééducation périnéale (n=1461)	14,6% (213)	18,2% (266)	7,3% (106)	7,6% (111)	52,4% (765)
Si je vois un hématome ou une lésion corporelle (n=1518)	3,8% (57)	18,5% (281)	28,3% (429)	45,7% (693)	3,8% (58)
Si je trouve la femme triste (n=1523)	9,9% (151)	37,0% (564)	30,9% (470)	20,7% (315)	1,5% (23)
Si la patiente parle peu (n=1523)	14,1% (214)	40,8% (622)	26,7% (406)	16,6% (253)	1,8% (28)

¹⁰ Cette question n'était pas obligatoire, c'est pourquoi le n est variable en fonction des items. Selon leur(s) secteur(s) d'activité, les sages-femmes avaient le choix de la case « non concerné » si l'item ne correspondait pas à leurs pratiques.

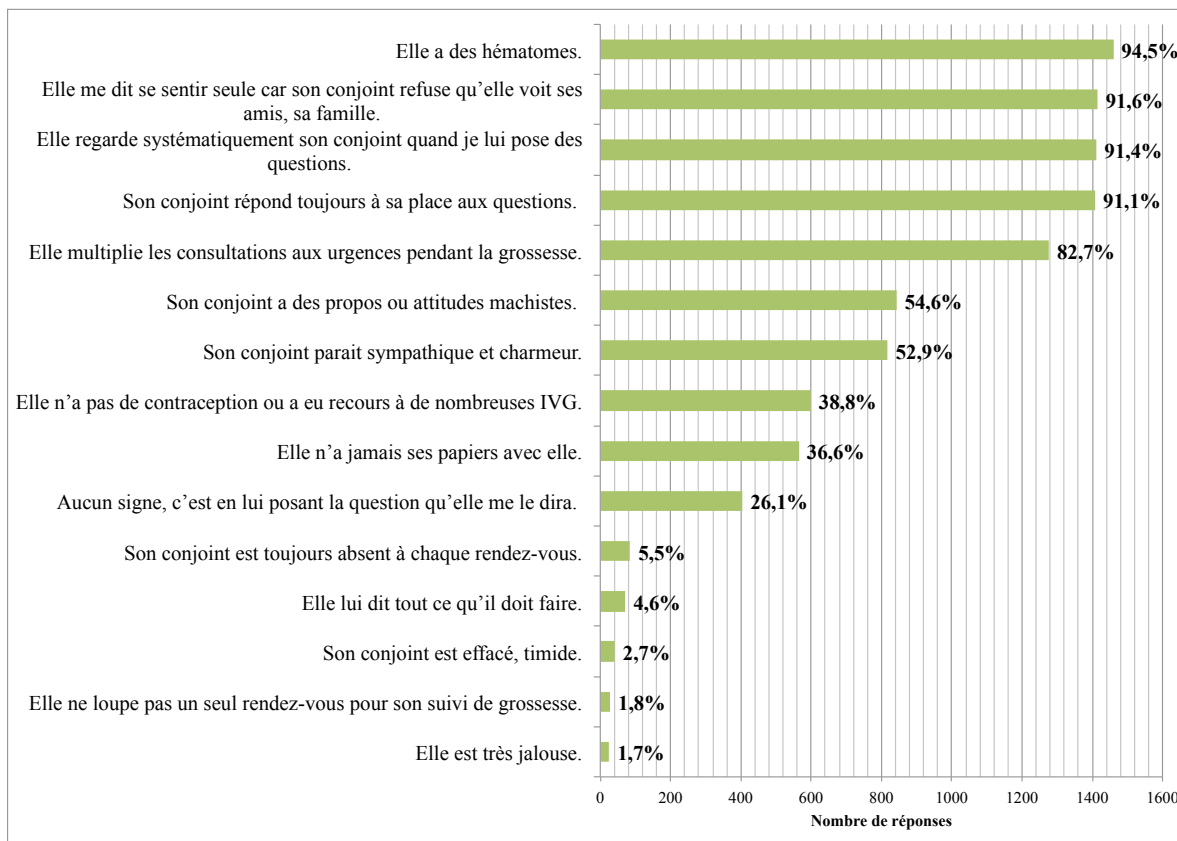


Graphique 17 : Raisons amenant les sages-femmes à ne pas dépister les violences (n=1487)



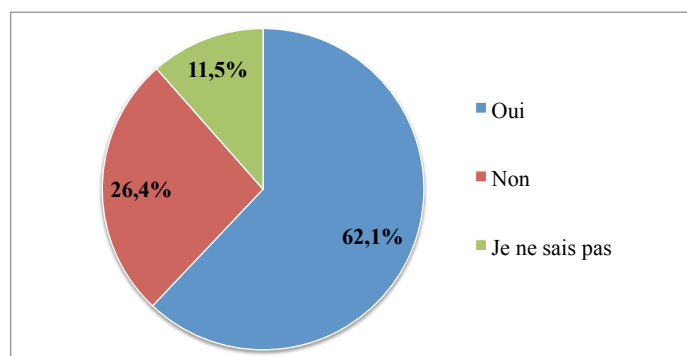
Graphique 18 : « À quelle fréquence êtes-vous confronté(e) à des femmes victimes de violences conjugales ? » (échelle de 0 à 10, 0 correspondant à jamais et 10 correspondant à toujours) (n = 1519)¹¹

¹¹ Indication de lecture : 2,4% des sages-femmes ne sont jamais confrontées à des victimes de violences conjugales.



Graphique 19 : « Quels sont, parmi ces propositions, les signes qui pourraient vous évoquer qu'une patiente est victime de violences conjugales ? » (n=1545)

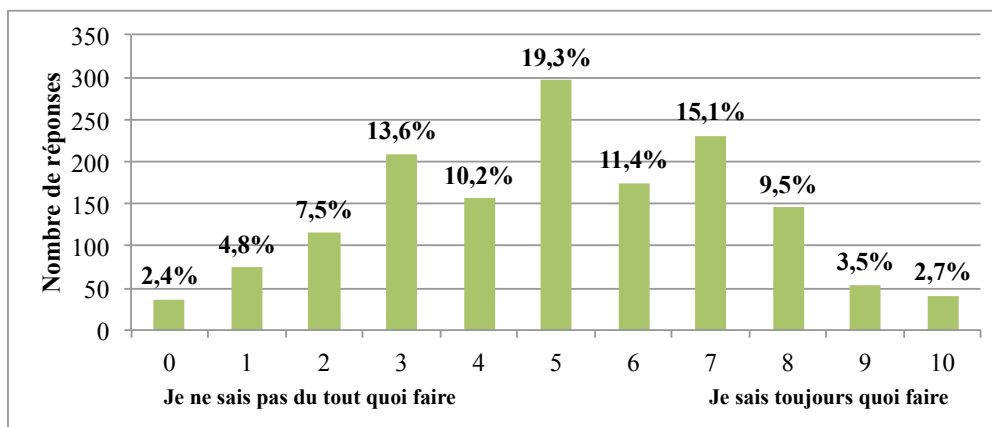
3.3.3 Information



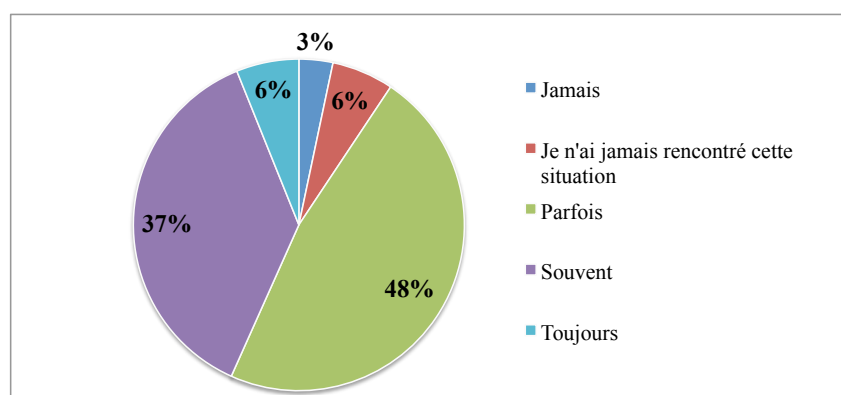
Graphique 20 : Présence de campagnes d'information sur les violences dans les services hospitaliers, dans les salles d'attentes ou en cabinets libéraux (n=1547)

3.4 Prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes

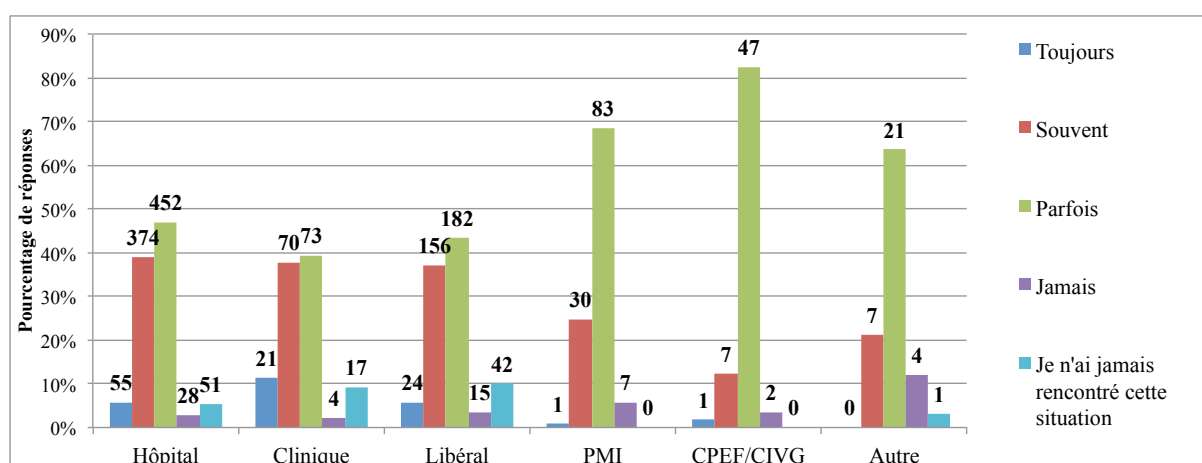
3.4.1 Aptitude de prise en charge



Graphique 21 : « Face à une victime de violences conjugales, savez-vous comment agir ? » (échelle de 0 à 10, 0 = « Je ne sais pas du tout quoi faire », 10 = « Je sais toujours quoi faire ») (n=1531)



Graphique 22 : Vous sentez-vous démuni(e) ou dans l'incapacité d'aider une patiente victime de violences conjugales ? (n=1538)



Graphique 23 : Sentiment d'être démuni(e) face à une patiente victime de violences conjugales en fonction du secteur d'activité (n=1538)¹²

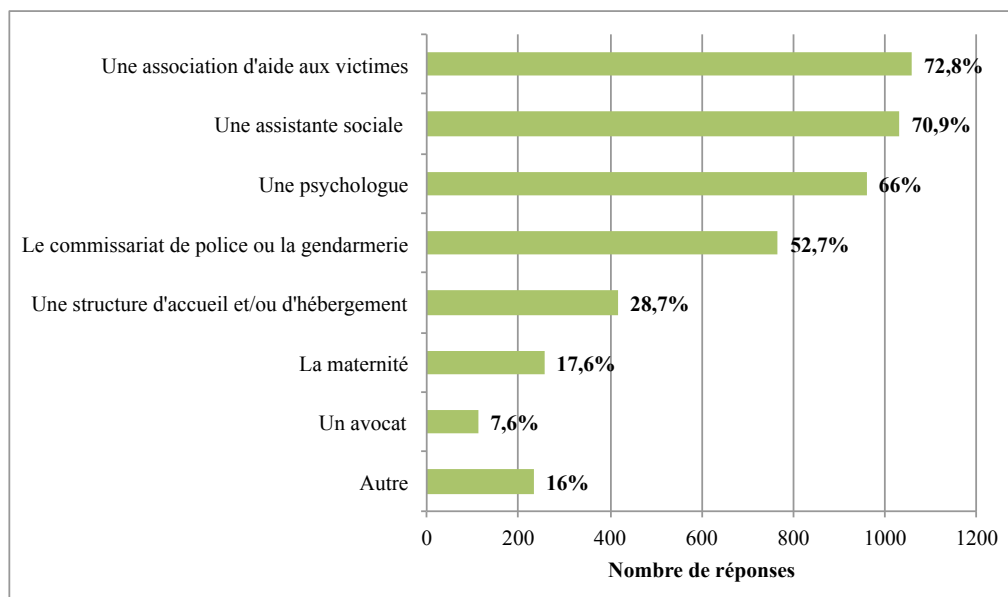
¹² Le tableau permettant d'obtenir ce graphique se trouve en Annexe 2.

3.4.2 Adaptation de la pratique face à une victime de violences conjugales



Graphique 24 : « Face à une femme victime de violences comment adaptez-vous votre pratique ? » (n=1505)

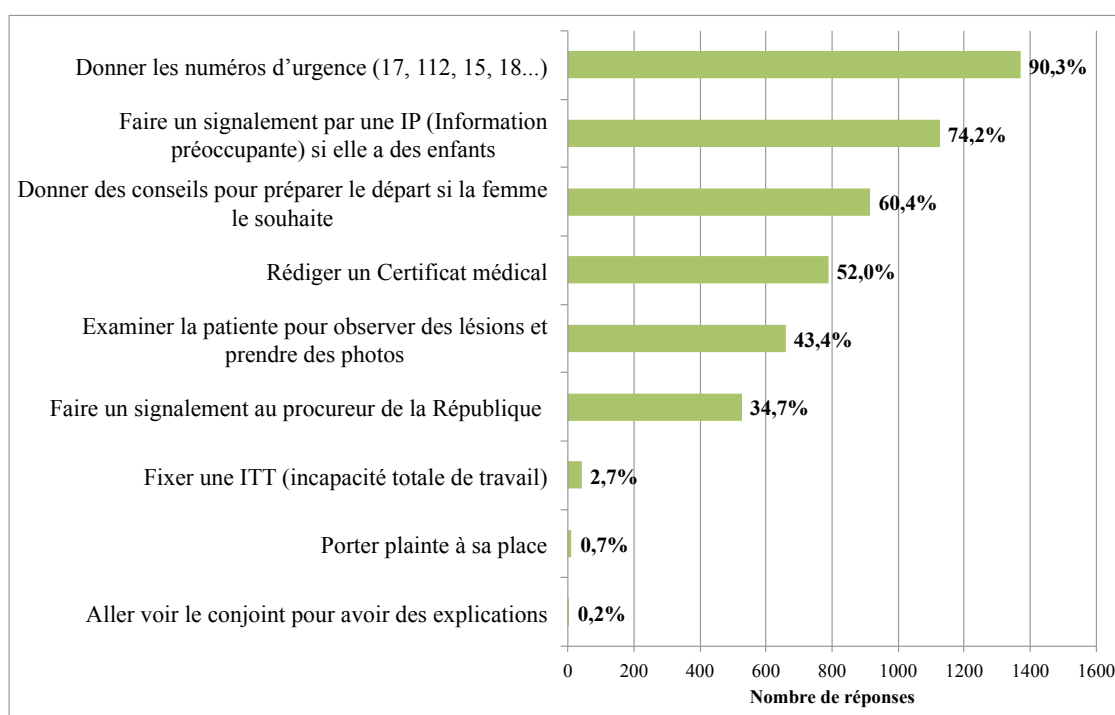
94,1% des sages-femmes réorientent leur patiente vers un autre professionnel ou une structure et 5,9% ne réorientent pas leur patiente.



Graphique 25 : Vers quels professionnels les sages-femmes réorientent-elles leur patiente ? (n=1452)

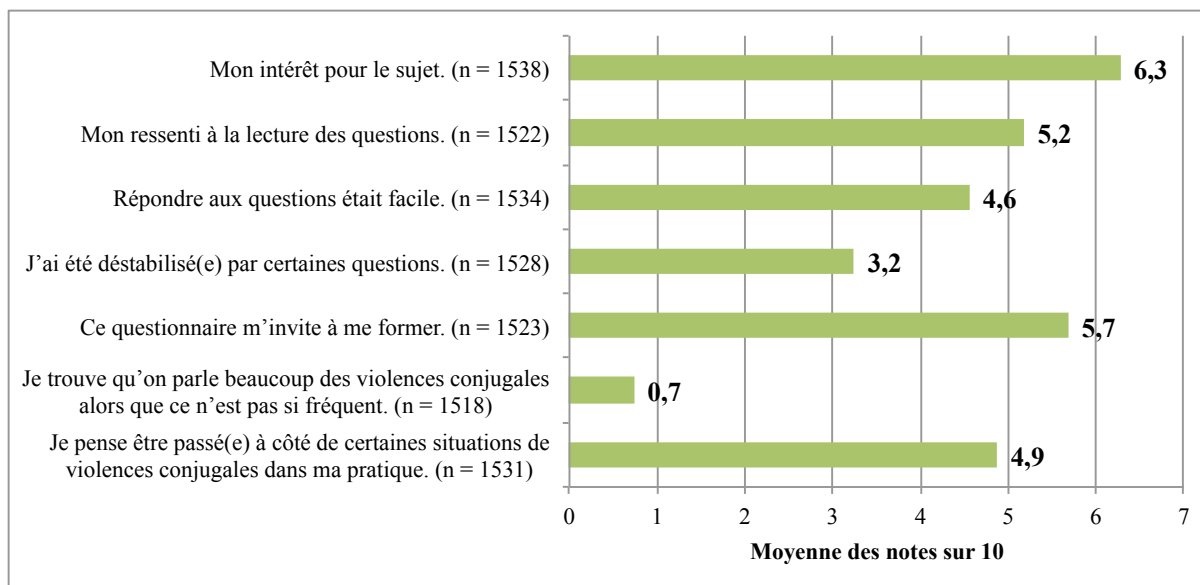
Parmi « Autre » on retrouve la PMI (4,5% des réponses), les Conseillères conjugales et familiales (3% des réponses) mais aussi de façon plus minoritaire la cadre du service, une collègue sage-femme référente et spécialiste des violences faites aux femmes, le médecin généraliste, une Unité Médico-judiciaire.

29,2% des sages-femmes ne savent pas s'il existe dans leur département ou ville d'exercice un lieu d'accueil, d'aide et d'accompagnement pour les femmes victimes de violences conjugales. 68% des sages-femmes savent qu'il en existe au moins un.



Graphique 26 : « Qu'est-il possible ou conseillé de faire en tant que sage-femme ? » (n=1517)

3.4.3 Sentiment des sages-femmes à la suite du questionnaire



Graphique 27 : Sur une échelle de 0 à 10, ressenti des sages-femmes face aux différents items (0 correspondant à « Pas du tout, très insatisfaisant », 10 correspondant à « Tout à fait, très satisfaisant »)

IV – Discussion

4.1 Etude de la population

4.1.1 Répartition de l'échantillon sur le territoire

La population de cette enquête est composée d'un échantillon de 1547 sages-femmes exerçant en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte). La méthode utilisée pour dresser l'état des lieux sur le territoire français ne permet pas de comparer les départements entre eux (pas de randomisation) mais ceci n'était pas l'objectif de cette enquête.

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire exercent à la fois en France métropolitaine et en Outre-mer (**carte 1**). Ceci est intéressant car l'étude a permis de balayer des territoires divers et variés. D'autre part, la carte 1 montre que les réponses sont réparties de manière assez homogène, sans grande zone blanche (départements sans réponse). Cependant, certains départements notamment en région Pays de la Loire ont fortement répondu en comparaison à d'autres départements.

Pour compléter l'analyse de la carte 1, nous avons créé la **carte 2** représentant le nombre de réponses obtenues au questionnaire par rapport au nombre de sages-femmes actives dans le département. Pour cela, nous avons utilisé les données démographiques du CNOSF au 1^{er} janvier 2017 (6).

En effet, cette carte révèle que le taux de réponses est assez hétérogène sur le territoire. Un plus grand nombre de départements sont mis en avant avec un plus fort taux de réponses. Ainsi les départements pour lesquels le taux de réponses est élevé (carte 2) ne sont pas forcément ceux comptabilisant le plus grand nombre de réponses (carte 1). Ceci signifie que même dans les départements avec peu de sages-femmes actives, le taux de réponses est parfois relativement important.

4.1.2 Sexe, âge et année d'obtention du diplôme d'état

Cette enquête compte 97,4% de femmes et 2,6% d'hommes. Ce sont ces mêmes proportions que retrouvait le CNOSF en France au 1^{er} janvier 2017 d'après l'enquête démographique (6).

Notre échantillon comprend un nombre marquant de personnes relativement jeunes (**Graphique 1**). Comme le montre l'enquête de l'ONDPS de 2016¹³ (7), la profession de sage-femme est plutôt jeune avec environ 39% des sages-femmes ayant moins de 35 ans en 2014. Ainsi, la population de cette enquête semble un peu plus jeune : 42% des sages-femmes ont moins de 35 ans dans notre étude. Toutefois, il ne semble pas y avoir une grande

¹³ Enquête ONDPS : « Les sages-femmes en mutation », Mai 2016, page 38, Figure 10

différence, d'autant plus que la profession semble rajeunir avec les années (environ 30% des sages-femmes avaient moins de 35 ans en 2004 d'après l'ONDPS).

Concernant la répartition des sages-femmes suivant l'année d'obtention du diplôme d'état (**Graphique 3**), la majorité soit 62% des sages-femmes sont diplômées depuis moins de 20 ans. Ceci semble correspondre à la répartition de l'âge des répondant(e)s au sein de notre étude et au niveau démographique.

Une minorité de sages-femmes diplômées depuis plus de 39 ans est aussi représentée au sein de l'étude (diplômées entre 1970 et 1980).

4.1.3 Secteurs d'activité

Les sages-femmes ayant participé à l'étude exercent dans divers secteurs d'activité (**Graphique 2**). Une majorité des répondant(e)s exerce en hôpital et en secteur libéral (soit environ 89% de la population) ; le secteur privé représente 12% des sages-femmes ayant répondu. D'autre part, il est à noter la présence de sages-femmes de PMI et de CPEF/CIVG qui, même si elles sont moins nombreuses, ont une place importante dans la santé et la vie de la femme.

En comparaison, le rapport d'activité du CNOSF de 2016 (8), présentait les différents modes d'exercice des sages-femmes. Il faisait référence aux mêmes secteurs d'activité, seul le CPEF/CIVG n'y était pas inclus. Pourtant ce secteur a une place importante dans notre sujet d'étude que sont les violences au sein du couple.

Enfin, la répartition par secteur d'activité de notre étude (en hôpital (62,3%), en libéral (27,3%) et en clinique (12%)) semble se rapprocher de celle présentée dans le rapport d'activité du CNOSF de 2016 (soit 51,3% pour l'hôpital, 27,8% pour le libéral et 14,9% pour le secteur privé) (8). En revanche, le secteur de PMI semble plus élevé dans notre étude (7,8%) que dans le rapport d'activité du CNOSF de 2016 qui comptait 4,8% de sages-femmes travaillant en PMI.

De ce qui précède, il apparaît donc que l'échantillon de notre étude semble relativement bien correspondre à la population générale des sages-femmes. Ceci est important pour signifier la représentativité probable et pour appuyer les propos qui vont suivre.

4.2 Analyse des connaissances des sages-femmes en matière de violences conjugales en France

La très grande majorité des sages-femmes semble avoir de *bonnes* ou de *très bonnes connaissances* (**Tableau 1** : respectivement 61,02% et 32,58%). Ceci signifie qu'elles ont obtenu entre 15 et 21 points aux questions posées. Cependant, ces questions restaient généralistes. Nous avons fait l'hypothèse que les sages-femmes manquaient de connaissances : ces données nous montrent que cette hypothèse n'est pas vérifiée.

Il est intéressant d'une part de mettre en lumière les connaissances qui paraissent solides et celles qui semblent plus fragiles. D'autre part, connaître le profil des sages-femmes ayant des bonnes connaissances et celles ayant de moins bonnes connaissances est primordial afin de cibler au mieux les formations et les actions de sensibilisation à mener.

4.2.1 Les connaissances acquises

De nombreuses connaissances concernant les violences au sein du couple semblent acquises.

Les éléments sur les types de violences sont globalement acquis (**graphique 5**). Les sages-femmes savent que les violences ne sont pas toujours visibles et pas seulement physiques ou verbales ; elles peuvent être aussi psychologiques, sexuelles, économiques etc¹⁴ (3). La cyber-violence est un nouveau type de violences apparu avec l'émergence des réseaux sociaux et ce dès l'adolescence. Selon le kit de formation « Anna » de la MIPROF, les cyber-violences ne laissent « aucune pause à la victime », « elle est en insécurité et sous contrôle 24h/24 et 7j/7 dans toutes les sphères de sa vie »¹⁵ (3).

Par ailleurs, concernant les enfants, il est acquis qu'un enfant témoin de violences au sein du couple est un enfant victime¹⁶ (4). Le Docteur Muriel Salmona¹⁷ énonçait, s'agissant des enfants victimes, qu'ils se construisent « dans un climat de grande insécurité et de terreur » et que « s'ils ne sont pas efficacement protégés et pris en charge, développeront des conséquences psychotraumatiques graves et durables sur leur santé physique et psychique » (5). Elle ajoute qu'ils « auront un risque d'être à nouveau victimes de violences tout au long de leur vie, et un risque également important de présenter des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes et des troubles psychiatriques à l'âge adulte »¹⁸ (5). Il est également signalé que « 40 à 60 % d'hommes violents avec leurs partenaires ont été témoins de violences conjugales dans l'enfance » mais qu'ils présentent aussi un « risque d'être à nouveau victimes de violences tout au long de la vie » (5).

Enfin, il est également acquis que les violences peuvent toucher toutes les femmes de tout milieu social, de tout âge, de toute catégorie socio-professionnelle. Cependant, elles touchent plus fréquemment les femmes que les hommes : 28 hommes décédés en 2018 contre 121 femmes sous les coups de leur conjoint(e) ou ex-conjoint(e)¹⁹ (9).

A la question portant sur les féminicides (**graphique 6**), il est en partie acquis qu'en France une femme meurt environ tous les 3 jours (actuellement le taux s'élève plutôt à une femme tous les 2,5 jours) sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint. En 2019, le nombre

¹⁴ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 9-10

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Convention du conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique dite convention d'Istanbul, mise en vigueur en France le 1^{er} novembre 2014

¹⁷ Muriel Salmona, psychiatre et spécialiste en psychotraumatologie, présidente de l'association « Mémoire traumatique et Victimologie ».

¹⁸ Rossman, 2001

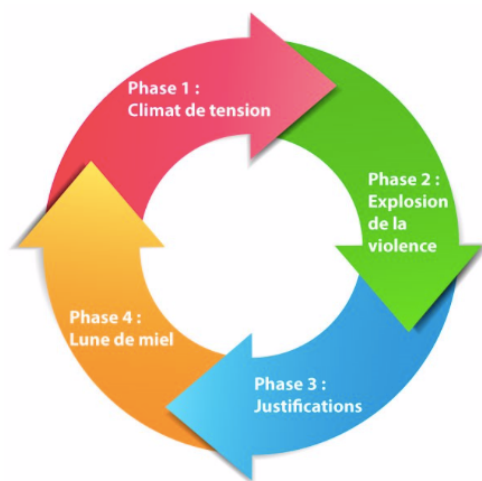
¹⁹ Selon l'étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple sur l'année 2018, établie par la Délégation aux victimes des directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale.

de féminicides est estimé à 149 d'après un collectif féministe bénévole²⁰ recensant les victimes (1). Ces chiffres sont en augmentation (121 femmes décédées sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint en 2018 et 130 en 2017)²¹ (9).

Cependant, environ 20% des sages-femmes ont répondu « toutes les 3 heures », ce qui ferait un nombre conséquent de féminicides par an, soit environ 2920 femmes tuées par an. Nous pouvons donc souligner le fait qu'une partie des répondantes pensent que la violence est très fréquente et très grave.

Selon la loi, les violences conjugales constituent un délit (avec ou sans ITT) ou un crime en cas d'homicide ou de viol notamment. Par ailleurs, le fait que ce crime ou délit soit exercé par le conjoint ou le concubin de la victime constitue une circonstance aggravante²² (10).

Seulement 55% des sages-femmes ont intégré le nombre de phases du cycle des violences (**graphique 7**). Mais 84% ont su définir la phase de lune de miel (**graphique 8**). Ceci est un point important car même sans connaître le nombre de phases du cycle, cette phase est connue. C'est la phase majeure pendant laquelle la victime peut à nouveau basculer et pardonner son agresseur pour qui elle éprouve un amour inconditionnel, avec qui elle a des enfants, l'empêchant alors de se libérer de son emprise. La connaissance de cette phase est donc primordiale pour que le(la) soignant(e) comprenne sa patiente car à ce moment-là, la victime « *est en principe difficilement accessible à un dialogue et à toute aide de la part des intervenant(e)s professionnel(le)s et associatifs* »²⁴ (3).



Le cycle de la violence (11)²³

Il n'est pas aisé de différencier les conflits conjugaux et les violences conjugales. Les conflits sont des disputes entre les deux membres du couple sans peur, déséquilibre ou prise de pouvoir. Dans un conflit, chaque membre est sur le même pied d'égalité et l'objectif est d'exprimer son point de vue, avec une autonomie propre de chaque membre du couple²⁵ (12). Au contraire, les violences conjugales s'inscrivent dans le temps, de manière récurrente avec une notion d'emprise, un rapport de domination de l'un sur l'autre. Ces éléments sont associés à des propos dénigrant la victime, se sentant isolée et enfermée dans un climat de tension et d'insécurité²⁶ (3).

²⁰ Données recensées par un collectif féministe bénévole, les données de la police et de la gendarmerie ne sont pas encore disponibles à ce jour

²¹ Selon l'étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple sur l'année 2018, établie par la Délégation aux victimes des directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale.

²² Loi n°92.683 du Code pénal, 22 juillet 1992

²³ Illustration source : <https://www.sosfemmesvendee.fr/le-cycle-de-la-violence>

²⁴ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 12

²⁵ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 6

²⁶ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 6

Dans notre étude, les sages-femmes ont su pertinemment distinguer l'un et l'autre (**graphique 10**). Elles ont su placer le sentiment de peur et de solitude (92%), le caractère chronique (88%), la notion d'emprise (99%), l'enfermement sur soi (99%) dans les violences conjugales. Puis elles ont su placer le point d'égalité (97%), le désaccord ou l'opposition au sein du couple (97%) et le fait que chacun puisse exprimer son point de vue (99%) dans les conflits.

Les connaissances théoriques sont irremplaçables et indispensables quelle que soit la formation. Elles semblent ici être très bien intégrées. Mais en pratique face à une patiente victime et selon le récit qu'elle peut énoncer, les violences conjugales et les conflits conjugaux s'entremêlent et ne sont pas si simples à distinguer.

4.2.2 Les connaissances à consolider

Malgré les connaissances solides, certains éléments sont encore à approfondir.

Parmi les questions générales, au sein du « Vrai/Faux » (**graphique 5**), la question ayant posé le plus de problèmes est celle du départ de la victime du domicile conjugal. En effet, on considère qu'une femme « *doit quitter 7 fois le domicile avant un départ définitif* »²⁷. Ceci est un élément qui peut complexifier la prise en charge et augmenter l'incompréhension entre la victime et le/la professionnel(le) de santé. Nous observons qu'une majorité des sages-femmes (49,8%) ne savait pas répondre à cette question et seulement 38% ont donné la bonne réponse.

Concernant le cycle des violences conjugales, 45% des sages-femmes ne savent pas de combien de phases il se compose (réponse erronée ou absence de réponse) (**graphique 7**). Il est pourtant primordial de connaître les bases du fonctionnement des violences conjugales afin de donner si besoin une information éclairée à la patiente sur l'évolution en cycle des violences conjugales, en intensité et en fréquence et ainsi comprendre les attitudes de la patiente²⁸ (13). Ces 4 phases ont toutes leurs spécificités, avec un danger plus ou moins important pour la patiente. Le kit Anna de la MIPROF résume très bien, en quelques mots ces différentes étapes et permet de comprendre où se situe la patiente au moment où elle est vue en consultation²⁹ (3).

Le 3919 est le numéro d'écoute national pour les victimes de violences (de tous types de violences, pas seulement pour les violences conjugales). Il est accessible aux victimes, aux proches et aux professionnels³⁰ (14). Parmi les mesures décrites à l'issue du Grenelle contre

²⁷ Données issues de la formation avec l'association solidarité femmes Loire-Atlantique en formation initiale à l'école de sages-femmes de Nantes, 2018-2019

²⁸ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 17.

²⁹ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, pages 11 : 12

³⁰ Dossier de presse « Mardi 3 septembre 2019, une journée pour faire connaître le 3919 », page 13.

les violences conjugales, il est prévu que ce numéro soit accessible 24h/24, 7j/7 dès 2020³¹ (15).

Le 3 septembre 2019 (3.9.19), une campagne de communication a été réalisée afin de diffuser très largement au grand public le 3919 (14). Cette campagne a mobilisé des personnalités publiques qui ont réalisé une vidéo pour promouvoir la diffusion du 3919 (16). Pour tester l'efficacité de cette campagne sur notre échantillon de sages-femmes, nous avons comparé la connaissance du 3919 avant et après le 3.09.19 (**tableau 3**). Les résultats montrent une amélioration significative de la connaissance de ce numéro à partir du 3 septembre 2019 : avant le 3.09, 39,4% des sages-femmes connaissaient le numéro et après le 3.09 59,8% des sages-femmes ont bien répondu. Nous pouvons donc affirmer que cette campagne de communication a été efficace auprès des sages-femmes de notre échantillon. Cet élément montre l'importance des campagnes de communication et devrait inciter le gouvernement à continuer ces démarches.

Par ailleurs, nous remarquons sur l'ensemble de l'échantillon que ce numéro est encore trop peu connu. Moins de la moitié des sages-femmes interrogées (42,6%) ont été capables d'écrire le numéro 3919. C'est pourquoi nous pourrions imaginer, que lorsque des affiches gouvernementales sur les violences sont données en main propre à des professionnel(le)s de santé, il serait utile qu'un lien et une communication orale se créent entre la personne transmettant les affiches et celle les recevant afin de répondre à des questions ou bien rappeler l'existence de ce numéro par exemple.

Divers outils pouvant aider les victimes et les patientes à parler des violences existent mais ne sont pas toujours connus. Le point noir est l'un de ces outils³² (17).

Dans notre étude, 56,1% des sages-femmes déclarent n'avoir jamais entendu parler du point noir. Ce chiffre semble élevé. Nous pouvons imaginer une situation où une patiente souhaite utiliser discrètement ce mode de communication mais que le(la) professionnel(le) en face de celle-ci ne manifeste aucune réaction par méconnaissance. Ceci pourrait mettre la patiente dans une situation d'inconfort si son conjoint est présent et qu'elle souhaite en informer discrètement le(la) professionnel(le). D'autre part, elle pourrait se sentir incomprise et dans un désarroi intense. C'est pourquoi il est primordial de faire connaître ces outils aux professionnel(le)s de santé par des campagnes d'information ou d'autres moyens de communication (formation, documentation professionnelle etc.).

Néanmoins, lorsque nous interrogeons les sages-femmes sur la signification de ce point noir, la réponse est évidente pour 44,2% des sages-femmes n'ayant pourtant pas eu connaissance de son existence (**graphique 9**). Toutefois, parmi les sages-femmes connaissant le point noir,

³¹ Dossier de presse « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, Mesure 5, page 9.

³² « Le principe est simple : avec un point noir dessiné sur la paume de la main (avec un crayon à maquillage par exemple), puis en montrant ce signal à une personne de confiance, on lance un appel à l'aide pour violences et on exprime une difficulté à en parler librement. La personne qui reçoit le message a pour mission d'engager une conversation discrètement, et d'aider la victime à s'orienter vers des professionnels. » Source : www.lepointnoir.com

seulement 87,5% connaissaient sa signification. Il existe donc un point d'amélioration dans la communication.

Le point noir représente un outil de dépistage discret et utile mais encore trop peu connu des professionnel(le)s et donc sous-utilisé. Il pourrait pourtant être une alternative au dépistage lorsque le conjoint est présent en consultation, et qu'il n'y a pas de possibilité de s'affranchir de sa présence (en le faisant sortir par exemple).

En ce qui concerne les conflits au sein du couple (**graphique 10**), une question a semblé poser problème : « *l'objectif est d'avoir raison sur le sujet de discorde* ». 56% des sages-femmes ont placé cet item dans la catégorie des conflits conjugaux et 38% dans la catégorie des violences conjugales. En effet, nous avons considéré que si l'objectif est d'avoir raison, ceci implique que chaque membre du couple est en capacité d'exprimer et de défendre son opinion, traduisant implicitement un rapport d'égalité (12). Pour nous, cet item se plaçait dans la catégorie des conflits conjugaux. Cependant, cette question aurait pu être posée autrement et sûrement de manière plus claire.

4.2.3 Profil des sages-femmes

En comparaison des connaissances et du secteur d'activité (**Tableau 2**), il est important de remarquer que, parmi les professionnel(e)s travaillant en PMI ou en CPEF/CIVG, il semble y avoir une grande proportion de *très bonnes connaissances*. Ces professionnel(le)s ne sont pas du tout classé(e)s dans les *connaissances moyennes* ou le *peu de connaissances*. Il peut être supposé que leur pratique clinique en CPEF/CIVG et en PMI implique d'être formé(e) au thème des violences conjugales car leur prise en charge constitue une partie de leur activité. C'est d'ailleurs vers ces structures que les sages-femmes réorientent parfois les patientes victimes de violences.

Par ailleurs, la majorité des sages-femmes des secteurs hospitaliers, cliniques et libéraux semblent avoir de *bonnes connaissances*. Ces chiffres sont en lien avec les connaissances générales. Finalement, c'est dans les secteurs de structures privées et en secteur libéral qu'il semble y avoir le plus de connaissances moyennes. Un lien doit être nécessairement fait avec la formation.

Ensuite, nous avons voulu étudier s'il existait un lien entre les connaissances et l'année d'obtention du diplôme (**graphique 4**). Il ne semble pas y avoir une influence nette de l'année d'obtention du diplôme sur les connaissances des sages-femmes. Nous pouvons observer qu'il semble exister une très légère augmentation des *très bonnes connaissances* et une diminution des *connaissances moyennes* avec l'année d'obtention du DE. Toutefois, aucun test statistique n'a été réalisé pour l'affirmer. Notre hypothèse de départ déclarant que les jeunes sages-femmes auraient de meilleures connaissances que les sages-femmes plus expérimentées ne semble pas vérifiée.

4.2.4 Formation

Il n'y a pas de connaissances sans formation. Qu'elle soit initiale, continue ou personnelle, elle est essentielle dans tout domaine.

A l'aide du **graphique 11**, nous observons que plus d'un quart des sages-femmes de l'étude (26,6%) n'ont jamais été formées aux violences conjugales ce qui ne les empêche pas d'avoir tout de même des connaissances. Nous pouvons supposer que ces connaissances peuvent être issues de leurs expériences professionnelles par exemple.

La formation initiale semble représenter une trop faible part aujourd'hui (26,2%) mais elle se développe dans les écoles de sages-femmes. A Nantes par exemple, deux enseignantes ont été formées par la MIPROF afin de transmettre leurs connaissances aux étudiantes.

La formation continue (38,7%) représente la part la plus importante. Nous pouvons faire le lien avec l'obligation de développement professionnel continu. De plus en plus de colloques ou de journées professionnelles comprennent des formations sur les violences. Ce point est important à souligner car la sage-femme est au cœur du dépistage. Il y a donc une réelle nécessité de la former. Au sein de la catégorie « *Autre* », il est fait référence à des collègues qui transmettent les informations qu'elles ont reçues. Ceci est essentiel puisque l'on sait que dans les structures qu'elles soient publiques ou privées, les professionnel(le)s ne peuvent pas s'absenter tou(te)s en même temps, donc la formation par les pairs semble être un recours naturel.

D'autre part, il nous a semblé indispensable de faire le lien entre la formation et le secteur d'activité (**graphique 12**). Sans grande surprise, les sages-femmes semblant être les mieux formées en formation continue sont les sages-femmes de PMI (88,4%) et de CPEF/CIVG (82,5%). Ceci est à mettre en lien avec le fait que ce sont aussi celles qui semblent avoir de meilleures connaissances. En effet, plusieurs raisons pourraient expliquer cela. Tout d'abord elles sont plus fréquemment confrontées à des victimes de violences étant donné leur activité. Par ailleurs, elles sont peut-être plus habituées à travailler en réseaux en raison du public accueilli.

Enfin, les secteurs regroupant le plus de sages-femmes semblant ne « *jamais* » avoir été formées sont l'hôpital (26,9%), le secteur libéral (28,6%) et le secteur privé (32,8%).

Pourtant des outils simples d'auto-formation existent. Le MIPROF en collaboration avec des équipes pluridisciplinaires d'expert(e)s et de professionnel(le)s a créé plusieurs kits de formation à destination des professionnel(le)s de santé et notamment un kit à destination des sages-femmes. Ces kits comprennent un court-métrage d'environ 10-15min et des documents d'informations. Les films sont disponibles sur le site internet où l'on peut également y télécharger gratuitement les kits de formation avec les documents d'aide au dépistage et à la prise en charge (18). Néanmoins, ces outils restent méconnus. En effet, d'après le **graphique 13**, 59,2% des sages-femmes n'en ont jamais eu connaissance et parmi celles qui en ont eu connaissance, certaines ne les ont pas consultés (17,5%).

Parmi les sages-femmes ayant consulté ces kits de formation, une utilité forte a été ressentie (**graphique 14**) : 25,3% des sages-femmes ont jugé l'utilité « totale » et 51,4% des sages-femmes ont évalué qu'ils leur avaient « beaucoup » été utiles. Ainsi pour la très grande majorité (73,6%), le format leur convenait parfaitement (**graphique 15**). Il est à noter qu'une certaine proportion de professionnel(le)s les ont trouvés trop peu concrets pour la profession (11,9%).

Enfin, parmi les sages-femmes qui en ont eu connaissance mais qui ne les ont pas consultés, dans la très grande majorité des cas la raison principale (85,6%) était le manque de temps (**graphique 16**). Certaines (4,2%) les ont jugés trop longs. Nous ne pouvons que les encourager à les consulter.

Pour conclure, les sages-femmes disposent de connaissances sur le sujet des violences conjugales. Mais une amélioration est nécessaire dans la formation des sages-femmes. L'introduction de séances d'enseignement aux violences au sein de la formation initiale est essentielle et à encourager. Il existe aujourd'hui des outils fiables, méconnus et qui doivent être utilisés que ce soit en formation initiale ou continue. Cela pourrait les aider dans le dépistage et la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.

Nous pouvons relever l'existence d'un lien entre avoir acquis des connaissances en matière de violences au sein du couple et un meilleur dépistage. L'enquête de validation du questionnaire PREMIS³³, présentée aux journées de la SFMP³⁴ en octobre 2019 à la Baule (19), évoquait ce lien en soulignant le fait que le dépistage était « *non systématique notamment sur les populations vulnérables* » mais « *amélioré par la formation* ». Les connaissances de notre échantillon semblent acquises mais qu'en est-il de la pratique professionnelle en matière de dépistage ?

4.3 Comment le dépistage est-il réalisé ?

Un dépistage systématique des violences est préconisé par la MIPROF³⁵ (3) et la HAS³⁶ (13) : c'est-à-dire que tout(e) professionnel(le) doit poser systématiquement la question à chaque patiente. Ceci est essentiel car une patiente victime ne parlera pas de son mal-être d'elle-même. Poser la question systématiquement permet de ne pas sélectionner les patientes susceptibles d'être victimes, d'être plus à l'aise avec la question si elle devient courante, d'ouvrir le dialogue avec une patiente. Il est important de prendre en considération que même si une patiente répond « non » et qu'elle est victime de violences, cela signifie qu'elle n'est pas prête à en parler mais qu'elle saura le jour venu à qui se référer et à qui faire confiance pour aborder le sujet.

³³ PREMIS : Physician readiness to manage intimate partner violence

³⁴ SFMP : Société française de médecine périnatale

³⁵ MIPROF, Kit de formation sur les violences au sein du couple, Livret Anna, page 25

³⁶ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 12

4.3.1 Fréquence à laquelle les sages-femmes sont confrontées à des patientes victimes de violences conjugales

Pour commencer, nous avons posé la question aux sages-femmes participant à l'étude pour savoir à quelle fréquence elles sont confrontées à des patientes victimes de violences conjugales sur une échelle allant de « *jamais* » à « *toujours* ».

Le **graphique 18** nous révèle que 2,4% des personnes interrogées ne sont jamais confrontées à des victimes. Ceci nous interpelle et nous pouvons imaginer que ces personnes n'abordent le sujet que très rarement voire jamais avec leur patiente.

Par ailleurs, cette analyse est difficile mais sur cette échelle, la majorité des réponses, soit environ 50%, se concentre sur les niveaux 2 et 3 (respectivement 26,7% et 23,8%). Ce curseur se trouve entre le « *jamais* » (curseur 0) et « *la moitié du temps* » (curseur 5).

D'autre part, certaines sages-femmes rencontrent plus fréquemment que d'autres des patientes victimes de violences, soit 19% en rencontrent au moins la moitié du temps (curseur ≥ 5). Cette hétérogénéité peut s'expliquer par le fait que le métier de sage-femme peut s'exercer de multiples façons avec des pratiques très variées. Il paraît ainsi logique que des sages-femmes de PMI au cœur du médico-psycho-social soient beaucoup plus fréquemment en contact avec des patientes victimes de violences que des sages-femmes hospitalières par exemple. Ces réponses semblent donc directement liées au secteur d'activité des personnes interrogées. En France, chaque année, environ 219 000 femmes sont victimes de violences conjugales (physiques et/ou sexuelles) (2). Ce chiffre ne compte pas les violences psychologiques, c'est pourquoi le nombre de femmes victimes de violences au sein du couple est largement sous-estimé.

4.3.2 Le dépistage en pratique

Ensuite, le **tableau 4** résumant diverses situations cliniques auxquelles peuvent être confrontées les sages-femmes rapporte la fréquence de dépistage. Il met en évidence que le dépistage n'est aujourd'hui pas réalisé de manière systématique. Depuis le mois d'octobre 2019, la HAS a émis des recommandations en matière de repérage, d'évaluation et d'action face à une patiente victime de violences conjugales³⁷. Ces recommandations s'adressent à plusieurs types de professionnel(le)s de santé dont les sages-femmes, actrices majeures de la santé de la femme. La HAS préconise qu'il est préférable de poser la question systématiquement aux patientes même en l'absence de signes d'alerte. En effet, un dépistage précoce est primordial, les violences conjugales s'aggravant avec le temps. Elle rappelle également que les violences conjugales concernent tous les âges et tous les milieux sociaux et culturels³⁸ (13). Ces recommandations étant apparues après l'étude, ceci montre les perspectives d'amélioration du dépistage des violences au sein du couple.

³⁷ Recommandations HAS réalisées en Juin 2019 et publiées le 2 octobre 2019

³⁸ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 7

En consultation de suivi gynécologique ou de consultation péri-conceptionnelle, le dépistage semble être réalisé de manière variée mais une part non négligeable de sages-femmes ne pose « *jamais* » la question (respectivement 12,7% et 15,4%).

Lors d'un suivi de grossesse, situation de vulnérabilité pour la femme, nous observons une plus grande part des sages-femmes posant « *parfois* » la question (30,5%). La grossesse est une situation à risque de déclenchement ou d'aggravation des violences conjugales (5). C'est pourquoi un dépistage systématique est d'autant plus important. Il est à noter qu'environ 43% des sages-femmes dépistent « *souvent* » (18,8%) ou « *toujours* » (24,8%) les violences conjugales.

Lors d'un entretien prénatal précoce, les sages-femmes disent dépister « *toujours* » les violences dans 23,5% des cas. Ceci paraît peu en comparaison aux pourcentages de sages-femmes dépistant « *parfois* » (19,1%) et « *souvent* » (16,9%) les violences. En effet, la HAS a émis des recommandations en 2005 sur le déroulement de la préparation à la naissance et à la parentalité avec notamment l'entretien prénatal précoce. Dans ces recommandations, « *un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité* » y est clairement noté avec la notion « *de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales* »³⁹ (20). Cependant, parmi les sages-femmes qui dépistent « *souvent* » voire « *parfois* » les violences, nous pouvons imaginer pour une partie d'entre elles qu'elles auraient suivi la patiente pour sa grossesse et que la question ait été posée au cours des premières consultations de diagnostic ou de déclaration de grossesse. Ce n'est pas le cas pour les 8,2% qui ne posent « *jamais* » la question pendant l'entretien prénatal précoce.

Un plus grand nombre de sages-femmes ne semble pas concerné par la consultation de demande d'IVG. Ceci s'explique par le fait que ces consultations se réalisent pour la très grande majorité en CPEF/CIVG et que notre échantillon comprenait une moins grande proportion de sages-femmes exerçant dans ce secteur d'activité. Néanmoins, parmi les réponses, nous observons qu'il semble y avoir quasiment autant de sages-femmes interrogeant « *toujours* » les patientes que ne les interrogeant « *jamais* » (respectivement 10,2% et 10,1%). De plus, environ 23% des sages-femmes ne posent « *jamais* » ou « *parfois* » la question alors qu'environ 18% posent « *souvent* » ou « *toujours* » la question. Pourtant, « *les violences sont aussi à l'origine d'assez nombreuses demandes d'IVG* » (5), il paraîtrait donc fondamental qu'il y ait une balance des statistiques plus en faveur d'un dépistage systématique.

Lors d'une consultation aux urgences, la question est le plus souvent « *parfois* » posée (45%). Ceci s'explique par le fait que l'on prend en charge la patiente pour le motif pour lequel elle est venue aux urgences. Parfois ce motif peut interpeler directement le(la) professionnel(le) comme une chute ou des coups dans le ventre par exemple. Cette question

³⁹ HAS, Recommandations professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), novembre 2005, page 14

peut être posée si une ouverture de dossier est faite, sinon elle a pu être déjà posée auparavant. Nous pouvons imaginer que l'urgence de la situation ne permette pas toujours de revenir sur ce sujet même si le motif de consultation aux urgences, surtout si ces consultations sont fréquentes, peut alerter. D'autre part, le conjoint est souvent présent avec sa compagne et la charge de travail est aussi très souvent importante. Ces facteurs organisationnels pourraient empêcher certaines sages-femmes d'interroger la patiente. Au cours d'une hospitalisation ou dans le post-partum en suites de couches, nous retrouvons une répartition similaire du dépistage.

Concernant l'item « *Si je vois un hématome ou une lésion corporelle* », la répartition du dépistage paraît surprenante. En effet, seulement 45,7% des sages-femmes posent « toujours » la question contre près de 47% des sages-femmes qui ne posent pas la question systématiquement et 3,8% qui ne posent « jamais » la question. Ceci interroge sérieusement. En d'autres termes, face à une patiente présentant des lésions ou des hématomes, moins d'une sage-femme sur deux pose assurément la question des violences à cette patiente. Pourrions-nous considérer que cela serait une non-assistance à personne en danger de la laisser repartir chez elle sans avoir évoquer le sujet ? Il aurait été intéressant de connaître les raisons pour lesquelles la question n'est pas toujours posée dans cette situation précise. Selon la définition de la non-assistance à personne en danger, il est dit que la personne en danger doit être « *face à un péril grave et imminent* » menaçant « *sa vie ou son intégrité physique* ». Ce péril doit « *être connu des personnes susceptibles d'être accusées de non-assistance à personne en danger* ». D'autre part, ce mécanisme nécessite une « *abstention de porter secours [...] alors qu'on était en mesure de le faire* ». Enfin, il est noté que « *le secret professionnel ne doit être violé que dans les cas où la victime est exposée à un péril grave et imminent* »⁴⁰ (21).

En outre, concernant le secret professionnel et les violences conjugales, parmi les mesures du Grenelle contre les violences conjugales, il est souligné que « *les professionnels de santé pourront lever le secret médical en cas de danger immédiat pour la victime* », cette mesure rend « *possible mais non-obligatoire de déroger au secret médical [...] lorsque l'accord ne peut être obtenu* »⁴¹ (15).

Ce raisonnement doit être nuancé et considéré avec prudence. En effet, il ne pourrait être valable qu'en cas de lésions larges et pas seulement sur un petit hématome. De plus, une fois s'être interrogé avec la patiente sur l'origine de ses lésions, il peut être compliqué de savoir si la raison exposée est plausible ou non. Ensuite, ce raisonnement ne se tient qu'en cas de violences physiques et non de violences psychologiques ou verbales.

Concernant les situations où la femme « *paraît triste* » ou « *parle peu* », nous observons globalement un peu plus de dépistage dans la catégorie « parfois » avec une part

⁴⁰ « Qu'est-ce que la non assistance à personne en danger ? », www.service-public.fr

⁴¹ Dossier de presse, « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, Mesure 6, page 9.

non négligeable de « souvent » et « toujours » (respectivement 30,9% contre 20,7% si la femme semble triste, et 26,7% contre 16,6% si la patiente parle peu).

En conclusion, nous avons fait l'hypothèse que les sages-femmes n'effectuaient pas un dépistage systématique des violences conjugales. Cette hypothèse semble vérifiée.

4.3.3 Pourquoi le dépistage n'est-il pas systématique ?

Nous venons de voir qu'il n'est pas toujours facile de dépister les violences conjugales malgré les recommandations en faveur d'un dépistage systématique. Nous nous sommes donc intéressées aux raisons empêchant les sages-femmes de dépister ces violences (**graphique 17**).

La raison la plus importante pour ne pas dépister les violences conjugales paraît être la présence du conjoint (81,3%). Effectivement, il est nécessaire d'être seule à seule avec la patiente pour lui demander si elle a subi des violences et si elle en subit encore aujourd'hui. Toutefois, il est possible de faire sortir le conjoint de façon systématique lors de l'examen de la patiente pour son intimité et profiter de cet instant avec elle pour aborder le sujet. D'autre part, un conjoint réticent à laisser seule sa conjointe avec un(e) professionnel(le) de santé peut être un signe d'alerte. De quoi aurait-il peur ?

Parmi les raisons arrivant en position ultérieure, on retrouve le fait que « *la patiente soit sur la défensive* » dans 35,2% des cas. En effet, il est important que la question soit courante et intégrée au questionnaire permettant de constituer le dossier médical mais il est tout aussi capital qu'un lien de confiance se crée entre la patiente et le(la) professionnel(le) pour aborder le sujet.

D'autre part, il ressort également de cette question que les sages-femmes ne se sentent « *pas assez formées* » (25,5%), « *ne savent pas comment aborder la question* » (22,8%), se sentent « *mal à l'aise avec le sujet* » (20,6%) ou ne savent pas « *quoi faire si la patiente est effectivement victime de violences conjugales* » (9,1%). En effet, bien que nous ayons vu auparavant que les connaissances des sages-femmes sont relativement bonnes, la formation reste un point primordial pour savoir comment aborder le sujet et comment prendre en charge ces patientes. Pour cela les connaissances ne suffisent pas. Les formations devraient se concentrer sur l'aide au dépistage et à la prise en charge des victimes de violences. C'est d'ailleurs ce qu'aborde le court-métrage intitulé « Anna » réalisé par la MIPROF (22).

En lien aussi avec le dépistage, la HAS dans ses recommandations sur le repérage et l'évaluation des victimes de violences au sein du couple⁴², a rédigé des questions simples servant d'exemples et pouvant être utiles pour avoir une phrase d'accroche lorsqu'il est

⁴² HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Comment repérer – évaluer, Juin 2019, page 1

difficile d'aborder le sujet. On y retrouve par exemple « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* », « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* » (23). Cet outil peut être intéressant à utiliser pour les sages-femmes ne se sentant pas à l'aise avec le sujet.

Un second outil simple d'utilisation et permettant une prise de conscience est le violentomètre⁴³ (présenté en Annexe 3). Cette règlette permet de « *'mesurer' si sa relation amoureuse est basée sur le consentement et ne comporte pas de violences* ». Sur le site internet, il y a possibilité de télécharger la règlette ou bien de la commander (24).

Ensuite, 24,1% sages-femmes expriment un manque de temps leur empêchant parfois de poser la question. Néanmoins, ce qui prend le plus de temps n'est pas le fait de poser la question mais de prendre en charge la patiente si elle est victime de violences. Un temps d'écoute sera alors nécessaire. Le manque de temps est un problème organisationnel important en établissement de santé, en secteur libéral ou à domicile. Cependant dépister les violences et replacer le contexte législatif en disant à la patiente « *je vous crois* » permet de commencer les démarches. Suivant le degré de danger, une prochaine consultation peut être programmée pour discuter des violences et de la prise en charge.

Par ailleurs, 12% attendent que la patiente en parle d'elle-même. Une femme victime n'aborde que très rarement le sujet d'elle-même. C'est en posant la question que le soignant offre à la victime un espace d'écoute et de compréhension. Les victimes se sentent généralement enfermées, pensent que si elles en parlent personne ne les croira. Ceci est donc très peu favorable à un abord spontané du sujet à l'initiative de la patiente.

De plus, certain(e)s participant(e)s à l'étude pensent qu'elles n'ont pas besoin de poser la question car la réponse est évidente (1,5%) ou bien qu'elles réussissent à repérer les victimes sans leur poser la question (2,6%). Cependant, il est bon de rappeler que toute femme peut potentiellement être victime de violences conjugales, il n'y a pas de profil type.

Pour d'autres sages-femmes, la raison est plus personnelle, car poser la question les renvoie à leur propre vécu (1,4%). En effet, dépister les violences n'est pas anodin et peut agir sur le psychisme du soignant(e) qui reçoit le récit de la victime. Ces dernières racontent généralement leur histoire sans filtre, et cela peut dérouter le(la) soignant(e). L'histoire réceptionnée peut être difficile à entendre. Dans cette étude, les sages-femmes dépistant les violences peuvent avoir elles-mêmes été victimes de violences conjugales dans leur vie personnelle. Dans ce cas, la dissociation vie personnelle et vie professionnelle peut être très complexe. C'est pourquoi il serait intéressant de mettre en place des concertations avec un(e) psychologue afin d'analyser les dossiers qui ont pu poser problème psychiquement pour le(la)

⁴³ Conçu fin 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris, l'association En Avant Toute(s) et la Mairie de Paris, Adapté par le Centre Hubertine Auclert, à la demande du Conseil Régional d'Île-de-France.

soignant(e). Ceci a déjà été expérimenté dans certaines structures mais a été supprimé faute de moyens.

Enfin, 0,5% des sages-femmes de l'étude déclarent ne pas se sentir concernées par le problème. Ceci peut s'expliquer par le secteur d'activité où elles exercent (elles peuvent ne pas être en lien avec les patientes), par un manque de formation par exemple.

Pour conclure, il semble y avoir une solution à chaque raison évoquée. Les violences conjugales constituent un problème de Santé Publique majeur pour lequel il est urgent de réagir. Chaque structure devrait prendre en compte ces éléments dans leur organisation.

4.3.4 Quels signes évoquent les violences conjugales ?

Bien qu'il faille considérer que les violences conjugales peuvent toucher toutes les femmes sans signe apparent, certains éléments peuvent cependant nous alerter.

Parmi les questions posées dans le **graphique 19**, les signes arrivant en premier sont effectivement les signes qui peuvent alerter. Ceci signifie que si ces situations surviennent, les sages-femmes seraient capables d'être vigilantes au fait que leur patiente puisse être victime de violences conjugales. Bien évidemment, plus il y a d'éléments d'alerte, plus il y a un fort risque que la patiente soit victime de violences conjugales. Un élément seul n'est pas une preuve mais un signe d'alerte. D'autre part, certains signes comme la présence d'hématomes (94,5% de réponses) doivent alerter de manière plus importante sur la présence de violences au sein du couple.

Par ailleurs, l'item « *aucun signe, c'est en lui posant la question qu'elle me le dira* » arrive en 10^{ème} position avec seulement 26,1% de réponses. Le fait que toute femme puisse être victime n'est peut-être pas totalement intégré par les sages-femmes. Nous rappelons que le dépistage doit être systématique et que les violences conjugales peuvent survenir dans tous les milieux sociaux, pour toutes les femmes, de tout âge.

4.3.5 Campagnes d'information et de communication

Les affiches de lutte contre les violences sont multiples. Elles ont pour objectif de porter des messages d'alerte et peuvent aussi permettre aux victimes de prendre conscience de leur situation. Ces campagnes de communication ou d'information peuvent se trouver en salle d'attente d'un service d'établissement de santé ou d'un cabinet libéral, ou bien dans un service d'hospitalisation d'un établissement de santé.

Nous avons cherché à savoir si les sages-femmes avaient connaissance de l'existence de ces affiches dans l'établissement ou la structure dans laquelle elles exercent (**graphique 20**). Pour 62,1% d'entre elles, elles sont présentes. Plus d'un quart des sages-femmes (26,4%) n'ont pas d'affiches dans leur structure d'activité. Toutefois, 11,5% des sages-femmes ne savent pas dire s'il y en a ou pas.

Les affiches sont sources d'informations. Il est tout de même important que les professionnel(le)s affichant ces campagnes soient formé(e)s pour en comprendre l'impact et savoir s'en saisir.

La HAS déclare qu'il est important de « *montrer son implication : mettre des affiches et des brochures à disposition des patients sans la salle d'attente* »⁴⁴ (13). Ces affiches peuvent être un appui au dépistage. Mais ce n'est pas parce que l'affiche est présente que la patiente abordera le sujet d'elle-même.

En conclusion, le dépistage en théorie devrait être systématique mais nous venons de voir que cela n'est pas si facile en pratique. Plusieurs efforts sont à faire en matière de formation pour se sentir à l'aise avec le sujet et savoir comment dépister. Nous allons à présent étudier ce qu'il en est de la prise en charge des patientes victimes de violences au sein du couple.

4.4 Analyse de la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales

4.4.1 Ressenti des sages-femmes dans leur pratique

Il nous a semblé important, avant toute chose, de s'interroger sur le ressenti des sages-femmes dans la prise en charge face à une patiente victime de violences conjugales.

Tout d'abord le **graphique 21**, interrogeant les sages-femmes sur leur sentiment de « savoir agir » face à une victime de violences, montre des réponses très partagées, réparties en miroir. 38,5% ont donné une note de 0 à 4, 19,3% ont donné la note de 5 et 42,2% ont donné une note comprise entre 6 et 10.

Par ailleurs, nous avons souhaité savoir à quel degré les sages-femmes se sentent démunies ou dans l'incapacité d'aider une patiente victime de violences (**graphique 22**). Nous observons que la majorité des sages-femmes se sentent « souvent » (37%) ou « parfois » (48%) démunies. Plusieurs éléments pourraient expliquer ce sentiment : l'impuissance des soignant(e)s face à une victime qui ne semble pas avoir conscience des violences qu'elle subit, le manque d'expérience et de connaissances pour dépister et prendre en charge les patientes. Tout cela est accentué par le manque de formation, le manque de réseau existant ou connu de proximité pour orienter les patientes, le manque de temps donné pour une consultation, le fonctionnement des violences conjugales (phénomène d'emprise).

Mais alors quel(s) est(sont) le(s) profil(s) de sages-femmes se sentant le plus démunies ? Nous avons fait l'hypothèse que les sages-femmes libérales se sentiraient plus démunies que les sages-femmes travaillant en structure de soin pour lesquelles l'organisation

⁴⁴ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 7

de service et de travail en réseau serait plus facile. Cette hypothèse ne semble pas vérifiée par le **graphique 23**. En effet, il semblerait que c'est en clinique que l'on retrouve la plus grande proportion de sages-femmes se sentant « toujours » démunies (11,4%) et la plus faible proportion de sages-femmes ne se sentant « jamais » démunies (2,2%). Toutefois, il ne semble pas y avoir une grande différence entre les sages-femmes exerçant en Hôpital, en Libéral ou en Clinique.

D'autre part, nous observons que les sages-femmes exerçant en CPEF/CIVG et en PMI, semblent se sentir majoritairement « parfois » démunies (82,5% pour le CPEF/CIVG et 68,6% pour la PMI). Ainsi, la part de sages-femmes se sentant « souvent » démunies dans ces secteurs d'activité semble diminuée (12,3% pour le CPEF/CIVG et 24,8% pour la PMI). Le sentiment d'être démunie ne semble pas disparaître avec la formation ou la connaissance. Pour rappel, les sages-femmes semblant être les mieux formées et semblant avoir le plus de connaissances étaient les sages-femmes de PMI et de CPEF/CIVG.

Parmi les hypothèses posées, la dernière hypothèse suggérant le fait que les sages-femmes rencontrent des difficultés à prendre en charge les patientes victimes de violences conjugales une fois le dépistage réalisé semble effectivement vérifiée. Mais nous observons une variabilité importante au sein de l'échantillon en ce qui concerne la capacité à agir. Le sentiment d'être démunie reste globalement présent à un degré différent peu importe le secteur d'activité.

4.4.2 Adaptation de la pratique

Dans cette étude, nous avons cherché à explorer de quelle manière les sages-femmes adaptaient leur pratique lorsque des violences étaient dépistées (**graphique 24**).

En premier lieu, les sages-femmes ont répondu « *je lui propose d'en parler* » (82,9%) et « *je lui explique que ce n'est pas normal* » (80%). Le kit Elisa réalisé par la MIPROF à destination des sages-femmes, dont le thème est l'abord des violences faites aux femmes, présente « *l'action du/de la professionnel(le) vers la victime face aux stratégies de l'agresseur* »⁴⁵. Il est dit que la « *communication du/de la professionnel(le) doit contrer celle de l'agresseur* ». Ce document décrit les attitudes qu'adopte l'agresseur et l'attitude que doit adopter le(la) professionnel(le) en réponse et pour la contrer (25).

Malgré le manque de temps évoqué parmi les raisons empêchant les sages-femmes de dépister les violences conjugales, nous remarquons qu'elles essayent tout de même de prendre « *plus de temps pour la consultation* » avec une patiente victime de violences (78,4%).

De plus, beaucoup d'informations sont données aux patientes : coordonnées d'associations locales (63,5%), numéros d'appel d'urgence (36,7%), documents d'information (25,5%). Cependant, seulement 52,4% des sages-femmes donnent le numéro du 3919 à leur patiente. Ceci est à mettre en lien avec la connaissance de ce numéro.

⁴⁵ MIPROF, Kit de formation sur les violences faites aux femmes, Livret Elisa, page 33

Il est aussi à noter la formulation de deux items similaires nuancés par leur exemple : « *Je lui explique ce qu'elle **doit** faire ...* » (36,7% de réponses) et « *Je lui explique ce qu'elle **pourrait** faire ...* » (24% de réponses). Un autre item a été intégré dans cette question : « *Je la laisse libre de choisir ses démarches et lui apporte mon soutien* » (43,3% de réponses). En effet, il n'est pas préconisé de dicter à la patiente ce qu'« *elle doit faire* » mais de lui donner des informations et de la guider dans ses choix. Il est donc préférable de lui expliquer ce qu'elle pourrait faire, de la laisser libre de ses choix et lui apporter son soutien. Néanmoins, dans l'observation des données, certaines réponses comprennent paradoxalement à la fois « *je lui explique ce qu'elle doit faire* », « *je lui explique ce qu'elle pourrait faire* » et/ou « *je la laisse libre de ses démarches et lui apporte mon soutien* ». Ceci peut être un signe de l'ambivalence du (de la) soignant(e) voulant à tout prix aider sa patiente en étant conscient(e) que les choix lui appartiennent et de la nécessité de la suivre dans ses démarches.

Enfin, un item doit attirer notre attention. 15,3% des sages-femmes ont répondu « *Je lui dis de prendre rendez-vous avec son médecin traitant pour avoir un certificat médical avant de porter plainte* ». Plusieurs éléments sont incorrects dans cette réponse. Tout d'abord, une femme peut porter plainte sans certificat médical et la police ou la gendarmerie ne doit pas l'exiger. La HAS le rappelle dans ses recommandations : « *dans le cadre d'un dépôt de plainte, l'établissement de ce certificat médical n'est pas un préalable indispensable* »⁴⁶ (13). Ensuite, la sage-femme a la compétence de rédaction d'un certificat médical. Il n'est donc pas nécessaire d'envoyer la patiente vers son médecin traitant. Si la sage-femme ne se sent pas en capacité pour le faire, elle peut réorienter sa patiente vers un(e) professionnel(le) médical(e) (sage-femme, médecin) ayant l'habitude de prendre en charge des victimes de violences (centre d'accueil pour les victimes, conseillère conjugale et familiale formée aux violences, unité médico-judiciaire ...). La rédaction d'un certificat nécessite de prendre le temps pour utiliser les mots de la patiente, écrire au conditionnel ou en utilisant des guillemets. Le CNOSF donne un exemple de certificat médical sur son site internet et rappelle également les règles de prescription (Annexe 4) (26).

Si un certificat médical ne respecte pas les règles imposées de rédaction, il pourra être facilement contré par la défense de l'agresseur en cas de procédure judiciaire et perdre la valeur forte qu'il pourrait avoir d'où l'importance d'une rédaction rigoureuse.

Cette étude nous a aussi permis d'évaluer l'intégration des compétences des sages-femmes en matière de prise en charge des victimes (**graphique 26**). Cette question comportait des propositions favorables et d'autres non favorables.

Parmi les propositions favorables, nous retrouvons la transmission des numéros d'urgence (90,3%), l'information préoccupante (IP) (74,2%), la transmission de conseils pour préparer un éventuel départ (60,4%), la rédaction d'un certificat médical (52%), l'examen de la patiente et la prise de photos des lésions (43,4%) ainsi que le signalement au Procureur de la République (34,7%).

⁴⁶ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 20

Les numéros d'appel d'urgence peuvent être rappelés à la patiente suivant l'évaluation de sa mise en danger. Il peut aussi lui être conseillé de trouver un code rapide à envoyer par SMS à son entourage pour les avertir d'un danger. En outre, une application sur téléphone mobile existe « *App-Elles* » et à pour objectif « *d'alerter et de contacter rapidement ses ami(e)s, ses proches, les secours [...]* ». Une localisation de la victime en temps réel, une écoute de la situation ainsi que l'enregistrement de ces écoutes y sont intégrés (27).

La transmission de conseils pour préparer le départ peut être une bonne suggestion si la patiente le souhaite. Le kit Elisa de la MIPROF a constitué une série de conseils à donner⁴⁷ (présenté en Annexe 5) (25).

L'examen de la patiente doit être décrit dans le certificat médical. Trop peu de sages-femmes savent qu'elles ont la compétence pour la rédaction d'un certificat médical. Par ailleurs, prendre des photos des lésions est important pour constituer des preuves.

La sage-femme peut déroger au secret médical via le signalement ou l'IP. « *Le signalement est une dérogation légale au secret professionnel qui consiste, pour un médecin ou tout autre professionnel de santé, à porter à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, et qui lui permettent de présumer l'existence de violences physiques, sexuelles ou psychiques.*⁴⁸ [...] La loi prévoit que le praticien doit recueillir l'accord de la victime pour porter les faits à la connaissance du Procureur de la République Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est mineure ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique⁴⁹. Dès lors que des enfants sont présents dans le foyer, chaque situation doit faire se poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ)⁵⁰ »⁵¹ (13). La procédure à suivre est résumée en Annexe 6 issue des recommandations de la HAS.

Parmi les propositions non favorables, nous notons le fait de fixer une ITT (2,7%), porter plainte à la place de la patiente (0,7%), aller voir le conjoint pour avoir des explications (0,2%).

Le fait de fixer une ITT ne relève pas de la compétence d'une sage-femme. Seul un médecin ou un chirurgien dentiste peut le faire. Une ITT permet la qualification juridique du fait et peut faire passer le fait du délit au crime. Cependant, cela ne doit pas empêcher la rédaction d'un certificat médical. Une ITT pourra être fixée ultérieurement⁵² (13).

Le fait de porter plainte relève du choix de la patiente. Il est important d'intégrer que si la patiente porte plainte, le conjoint peut être convoqué au commissariat pour être auditionné.

⁴⁷ MIPROF, Kit de formation sur les violences faites aux femmes, Livret Elisa, Annexe 1

⁴⁸ Article 226-14 du Code pénal

⁴⁹ *ibid.*

⁵⁰ *ibid.*

⁵¹ HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 22

⁵² HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019, page 21

Elle peut faire le choix de déposer une main courante qui théoriquement n'entraîne pas de suite auprès du conjoint mais peut se révéler utile en cas de procédure ultérieure. Cependant, une circulaire récente de mai 2019 dispose qu'en cas de plainte, de main courante ou de renseignement judiciaire, une information au Procureur de la République doit être donnée, lequel décidera d'engager une procédure ou non (28). D'autre part, parmi les mesures du Grenelle, il en est une qui vise à « *faciliter la prise de plainte pour les victimes de violences conjugales dans l'incapacité de se déplacer notamment lorsqu'elles sont hospitalisées* »⁵³ (15). Cette mesure est en cours de mise en œuvre. Par ailleurs, sur le site du ministère, il existe une plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes en ligne, gratuite, sans obligation de déclarer l'identité de l'agresseur et disponible 24h/24 et 7j/7. L'objectif de cette plateforme est d'engager un dialogue avec un policier ou un gendarme spécialement formé, d'informer des droits, d'accompagner les victimes vers la plainte et les orienter vers une prise en charge sociale ou psychologique. Elle peut être utilisée par une victime ou un tiers (famille, entourage)⁵⁴ (14) (29).

Enfin, aller voir le conjoint pour réclamer des explications ne semble pas être une bonne idée. Cela est d'une part une prise de risque pour le(la) professionnel(le) entrant dans ces démarches. D'autre part cette action est inutile, ne fera pas avancer les choses, mettra en colère l'agresseur et en danger la victime.

4.4.3 Orientation de la patiente

L'élément essentiel dans la prise en charge d'une patiente victime de violences conjugales est de ne pas rester seul(e). Le travail en réseau est fondamental. Il y a nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire pour traiter les dimensions psychologique, sociale, somatique, juridique etc. C'est pourquoi nous avons interrogé les sages-femmes sur l'orientation ou non de leur patiente vers d'autres professionnel(le)s.

La grande majorité des sages-femmes soit 94,1% réoriente leur patiente vers un(e) professionnel(le) ou une structure. Ceci est un point important et signifie que les sages-femmes ont su se créer un réseau pour la prise en charge. Certaines structures rédigent des protocoles de prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Cela permet d'orienter la patiente de manière optimale vers des acteurs formés et de créer un environnement rassurant pour les professionnel(le)s se sentant peu à l'aise avec le sujet car ils/elles sauront quoi faire et par conséquent n'auront plus de craintes à dépister les violences.

Par la suite, nous nous sommes intéressées aux types de professionnels vers lesquels les sages-femmes réorientent leur patiente (**graphique 25**). Les trois acteurs principaux qui en ressortent sont les associations d'aide aux victimes (72,8%), les assistantes sociales (70,9%) et les psychologues (66%). Ensuite, une part non négligeable de sages-femmes oriente vers le

⁵³ Dossier de presse « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, « en cours de mise en œuvre », page 7

⁵⁴ Dossier de presse « Mardi 3 septembre 2019, une journée pour faire connaître le 3919 », page 14

commissariat ou la gendarmerie (52,7%) ou vers une structure d'accueil et/ou d'hébergement (28,7%). De façon plus minoritaire, elles orientent vers la maternité (17,6%) ou un avocat (7,6%). Parmi les propositions libres, des sages-femmes ont ajouté la PMI (4,5%) et les Conseillères conjugales et familiales (3%). Ces solutions ne faisaient pas partie des propositions mais cela aurait effectivement dû être le cas.

Dans certains réseaux de périnatalité, le travail en réseau est facilité par la création d'un annuaire regroupant les différents acteurs associatifs, sociaux, médicaux et les centres d'accueil et d'hébergement pouvant aider à la prise en charge des victimes. C'est notamment le cas du Réseau de santé en périnatalité d'Auvergne (RSPA) (30). C'est un outil précieux pour les professionnel(le)s, simple d'accès et d'utilisation. Cette idée pourrait être élargie à tous les réseaux de périnatalité de France afin d'aider les professionnel(le)s sur les solutions envisageables au niveau local. Il est important de souligner le fait que ce type d'annuaire doit être régulièrement mis à jour.

En outre, *« les travaux du Grenelle ont mis en avant la nécessité de mieux orienter les victimes vers une prise en charge adaptée à leurs besoins et à la dangerosité de la situation »*⁵⁵. Pour cela, *« un outil d'évaluation de la gravité et de la dangerosité des situations de violences conjugales destiné à l'ensemble des professionnels sera conçu, pour mieux repérer les signes d'alerte et savoir vers qui orienter »* et *« une cartographie des professionnels et structures engagées dans la prévention et la prise en charge des victimes de violences conjugales sera construite, pour assurer une prise en charge globale et rapide des victimes »* (15). Ces outils sont en cours d'élaboration.

Ainsi, nous avons souhaité évaluer si les sages-femmes connaissaient ou non l'existence d'un lieu d'accueil, d'aide et d'accompagnement pour les femmes victimes de violences conjugales dans leur département d'exercice.

Nous remarquons qu'une part importante de sages-femmes (29,2%) n'a pas connaissance de l'existence d'un tel centre près de leur lieu d'exercice. C'est pourquoi, un annuaire au niveau local serait intéressant à exploiter. Ceci permettrait de mettre en place un suivi immédiat pour ne pas perdre de vue ces patientes, de trouver un(e) professionnel(le) de santé de confiance qui saura créer une alliance thérapeutique avec la patiente pour l'aider au mieux.

A Nantes, le centre Citad'elles, lieu d'accompagnement pour les femmes victimes de violences et leurs enfants, a ouvert le 25 novembre 2019. Il est gratuit et accessible 24h/24 et 7j/7. Ce centre dispose d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, travailleuses sociales, infirmières, juristes, éducatrice spécialisée, psychiatre et sage-femme). Ses missions sont le soutien, l'information et l'évaluation des besoins des femmes pour les aider dans leur parcours de sortie des violences et dans leur reconstruction. Des activités pour reprendre confiance en soi sont proposées (art-thérapie et groupes de parole). De plus, trois logements à

⁵⁵ Dossier de presse « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, Mesure 7, page 9

proximité peuvent être proposés de façon temporaire et selon les besoins pour les femmes et leurs enfants (31).

Enfin, le gouvernement prévoit le financement de 1 000 hébergements supplémentaires en France à partir de 2020⁵⁶ (15). Ceci est un début intéressant mais des efforts sont à poursuivre.

4.4.4 Réflexions amenées par le questionnaire

En dernière analyse, nous avons souhaité évaluer le ressenti des sages-femmes à la suite de ce questionnaire (**graphique 27**). Elles devaient répondre sur la base d'une échelle de 0 à 10.

Nous notons que globalement il y avait un intérêt pour le sujet à hauteur d'une moyenne de 6,3. Ceci est intéressant et montre que les sages-femmes de l'étude paraissent globalement engagées sur le sujet.

De plus, l'item « *ce questionnaire m'invite à me former* » avec une moyenne de 5,7 sur 10 montre une prise de conscience de la part des sages-femmes participant à l'étude. Au fur et à mesure des questions, elles se sont rendues compte qu'elles auraient besoin de formation.

Enfin, le dernier item « *Je pense être passé(e) à côté de certaines situations de violences conjugales dans ma pratique* » révèle une note de 4,9, entre le « *Pas du tout* » et le « *Tout à fait* ». Ce point révèle également une prise de conscience et amène une volonté de progression dans le dépistage des violences conjugales.

4.5 Biais et limites de l'étude

Il nous a paru intéressant d'exposer les quelques biais interférant dans notre étude.

Tout d'abord, dans le recrutement de la population, il y a un biais de sélection. En effet tous les conseils départementaux n'ayant pas transmis le questionnaire, toutes les sages-femmes ne l'ont alors pas reçu. Ceci était indépendant de notre volonté.

D'autre part, il existe un biais d'intéressement au sujet. Nous pouvons imaginer qu'une sage-femme recevant le mail pour répondre au questionnaire prendra plus facilement le temps si le sujet traité est pour elle important. Cependant, ce biais peut être nuancé car nous avons pu constater dans la dernière question que l'intérêt pour le sujet avait une moyenne de 6,3 assez éloignée de 10.

Enfin, pour certaines questions notamment en lien avec le graphique 10 (dernier item), le graphique 18, et le graphique 26 ont pu émettre un doute dans le sens de la question posée. Ce biais de confusion est présent malgré les relectures multiples du questionnaire par divers personnes. Par ailleurs, ce questionnaire n'a pas pu être testé sur un panel de sages-femmes avant l'envoi.

⁵⁶ Dossier de presse « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, en cours de mise en œuvre, page 6

V – Conclusion

Les sages-femmes semblent impliquées dans la lutte contre les violences conjugales, problème de Santé publique majeur. Elles ont à cœur de s'investir et ont de bonnes connaissances en la matière. Cependant, malgré les connaissances acquises, des points sont à améliorer en matière de formation pour aider les sages-femmes à mieux dépister les violences, les aider à se sentir plus à l'aise avec le sujet et moins démunies face à la prise en charge d'une victime.

De nombreux outils de formation, d'aide au dépistage ou à la prise en charge existent et sont à valoriser. Ils sont encore trop méconnus (outils de formation MIPROF, point noir, 3919, certificats médicaux etc.).

Le dépistage systématique est actuellement recommandé (13). Nous avons mis en évidence des difficultés à dépister les violences conjugales pour chaque patiente. Toutefois, nous avons aussi imaginé des solutions pour y faire face.

En terme de prise en charge, les sages-femmes semblent travailler en réseau. Ceci est fondamental dans le cadre des violences conjugales. La bienveillance, l'écoute, l'information et l'orientation sont des éléments fondamentaux pour une prise en charge adéquate. Ainsi, c'est grâce à la formation que la prise en charge des patientes victimes de violences par les sages-femmes deviendra plus aisée.

Concrètement, face à une victime de violences conjugales, nous pouvons suggérer notamment certains outils de prise en charge :

- L'écoute, la bienveillance, le rappel de la loi, afin d'exprimer à la victime qu'elle est crue, qu'elle n'est pas seule et que ce qu'elle vit n'est pas normal.
- Evaluer le niveau de gravité et de dangerosité pour elle et ses enfants dans une démarche de protection (rappel des numéros d'urgence, hospitalisation, scénario de protection, centre d'hébergement d'urgence, signalement auprès du Procureur de la République, Information préoccupante...).
- Informer la patiente de ses droits (dépôt de plainte, main courante, renseignement judiciaire, viol au sein du couple...)
- Proposer à la victime la rédaction d'un certificat médical attestant des violences qu'elle subit. Le certificat médical peut être conservé par le(la) professionnel(le) et à disposition de la patiente quand elle le souhaitera, ou bien un exemplaire peut lui être délivré immédiatement.
- Laisser la patiente libre de ses démarches et la soutenir dans ses choix.
- Lui fournir des ressources d'aide : 3919, coordonnées d'associations locales, groupes de paroles, documents d'informations.
- Orienter la patiente vers un suivi social, psychologique et juridique.

Il est important de considérer que chaque situation de violences au sein du couple est différente. Suivant le niveau de danger, les actions à mener dans la prise en charge ne seront pas les mêmes.

Les mesures annoncées par le Grenelle contre les violences conjugales ainsi que les recommandations de la HAS de 2019 sont des pistes importantes donnant des perspectives d'évolution.

Cependant des efforts restent à faire pour travailler en amont de la survenue des violences au sein de l'éducation et des représentations sociétales. C'est-à-dire favoriser dès le plus jeune âge le respect, l'égalité entre les femmes et les hommes, le consentement, la non-violence etc. Ces points peuvent être abordés au cours des trois séances annuelles d'éducation à la vie affective et sexuelle, théoriquement obligatoires dès l'école primaire⁵⁷ (32).

Dans une perspective d'action auprès des jeunes, le Gouvernement souhaite mettre en place un « *module obligatoire sur la prévention des violences conjugales dans le cadre du service national universel* »⁵⁸ (15).

Il est important de ne pas oublier les enfants témoins et victimes des violences au sein du couple. Leur prise en charge est fondamentale afin de limiter les effets d'une mémoire traumatique et d'éviter qu'ils ne deviennent par la suite victimes ou acteurs de violences.

Enfin, la prise en charge des auteurs de violences semble incontournable. Si aucun suivi n'est réalisé, la probabilité que l'agresseur ait à nouveau recours à la violence avec la même conjointe ou une autre partenaire est extrêmement élevée.

Cet état des lieux des connaissances, du dépistage et de la prise en charge des violences au sein du couple nous a permis d'avoir un regard global de la situation en France par les sages-femmes. Il pourrait permettre de travailler ultérieurement sur les disparités territoriales. Ces dernières sont nombreuses en termes d'accès à des structures d'aide pour les victimes de violences.

⁵⁷ Article L312-16 du Code de l'éducation

⁵⁸ Dossier de presse « Clôture du Grenelle contre les violences conjugales », 25 novembre 2019, Mesure 4, page 8

Bibliographie

1. CNEWS. 149 féminicides recensés en 2019. Publié le 2 janvier 2020. Disponible sur : <https://www.cnews.fr/france/2020-01-02/149-feminicides-recenses-en-2019-913730>
2. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et la lutte contre les discriminations. Chiffres clés : Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. 2019 [Consulté le 1 janvier 2020] disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
3. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna ». Novembre 2018.
4. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 12 avril 2011, entrée en vigueur en France le 1 novembre 2014. Document disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Convention_d_Istanbul.pdf
5. Association Mémoire traumatique et Victimologie, Dr Murielle Salmona. Violences : Violences conjugales. Août 2010 [Consulté le 2 janvier 2020] disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
6. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Etre sage-femme : Données démographiques de la profession. 2017 [Consulté le 27 décembre 2019] disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
7. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation. Mai 2016 ; 239 pages. Document disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
8. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Rapport d'activité. 2016 ; 31 : 4. Document disponible sur : <https://fr.calameo.com/read/0051269176387d4a21080?page=3>
9. Délégation aux victimes, représentants des directions générales de la police et de la gendarmerie nationales. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2018 ; 30. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>
10. Loi n°92.683, du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, JORF n°169 du 23 juillet 1992
11. Association SOS Femmes Vendée. Le cycle de la violence, Illustration. [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.sosfemmesvendee.fr/le-cycle-de-la-violence>

12. Association SOS Femmes Vendée. Différence entre conflit de couple et violence conjugale. [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.sosfemmesvendee.fr/difference-entre-conflit-de-couple-et-violence-conjugale>
13. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ; Juin 2019. Document disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
14. Gouvernement de la République Française. Dossier de presse – Mardi 3 septembre 2019, Une journée pour faire connaître le 3919 ; 3 septembre 2019.
15. Gouvernement de la République Française. Dossier de presse – Clôture du Grenelle contre les violences conjugales ; 25 novembre 2019. Document disponible sur : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf
16. Gouvernement de la République Française. Vidéo – Stop aux féminicides, le 3919 vous écoute et vous oriente ; 3 septembre 2019. Disponible sur : <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
17. Le point noir – Contre les violences faites aux femmes, pour aider les victimes sous emprise à parler. [Consulté le 21 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.lepointnoir.com>
18. Gouvernement de la République Française. Télécharger les outils de formation sur les violences faites aux femmes. [Consulté le 3 janvier 2019] Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>
19. Debost-Legrand A, Vendittelli F, Guiguet-Auclair C. Adaptation transculturelle et validation du questionnaire PREMIS (Physician Readiness To Manage Intimate Partner Violence) – Présentation aux journées de la Société Française de Médecine Périnatale le 18 octobre 2019 à La Baule. [Consulté le 28 décembre 2019] Disponible sur : http://www.audipog.org/pdf/seminaires/seminaire_2019_2/pres02.pdf
20. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles – Préparation à la naissance et à la parentalité ; Novembre 2005 ; 51 : 14. Document disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
21. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Qu'est-ce que la non-assistance à personne en danger ?. Avril 2018. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34551>
22. Gouvernement de la République Française. Outils de formation : violences au sein du couple et les violences sexuelles. [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html>

23. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Comment Repérer - Evaluer ; Juin 2019. Document disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
24. Centre Hubertine Auclert. Outil de prévention des violences : le violentomètre. 2019 [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
25. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Elisa ». Novembre 2018.
26. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Etre sage-femme – Protection des femmes et des nouveau-nés victimes de violences. [Consulté le 31 décembre 2019] disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/protection-des-femmes-et-des-nouveau-nes-victimes-de-violences/>
27. Association Resonantes. L'application solidaire des femmes et des filles victimes de violences. 2015 [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.app-elles.fr>
28. Circulaire n° CRIM/2019-II/El-09.05.2019 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales et à la protection des victimes. 9 mai 2019.
29. Gouvernement de la République Française. Signalement des violences sexuelles et sexistes. 2 septembre 2019 [Consulté le 31 décembre 2019] Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Infos-pratiques/Signalement-des-violences-sexuelles-et-sexistes>
30. Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne. Annuaire. [Consulté le 31 décembre 2019]. Disponible sur : <https://www.auvergne-perinat.org/annuaire/>
31. Citad'elles. Agir ensemble contre les violences faites aux femmes – Rencontres, ateliers, spectacles. 2019 [Consulté le 2 janvier 2019] Document disponible sur : <https://www.associationepsylon.com/ateliers-citadelles>
32. Article L312-16 du Code de l'éducation issu de la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. [Consulté le 2 janvier 2019] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Quelques sources consultées mais non citées :

33. BOSSER C, La peur de l'homme violent est-elle un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par le médecin généraliste ?. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Nantes ; 2018.

34. DELAGE P. Violences conjugales : du combat féministe à la cause publique. Edition Science Po-Les presses, 2017. Thèse pour le Doctorat de sociologie. Université de Paris ; 2014.
35. Département de médecine générale de Clermont-Ferrand. Aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale. Disponible sur : <http://www.decliviolence.fr>
36. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E et al. – INVS. Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. 29 janvier 2016 [Consulté le 7 juin 2019].
37. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains. Rapport d'activité. 2013-2017. Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf
38. SHAHVERDI T. Traumatisme abdominal après 22 semaines d'aménorrhées : prise en charge et complications. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme. Université de Nantes ; 2012
39. VALADE I, Violences conjugales : Quel dépistage en maternité ?. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme. Université de Nantes ; 2006

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour la réalisation de l'enquête

Annexe 2 : Tableau ayant permis d'établir le graphique 22

Annexe 3 : Le violentomètre

Annexe 4 : Modèle de certificat médical proposé par le CNOSF

Annexe 5 : Les conseils pour préparer le départ

Annexe 6 : Procédure en cas de signalement (recommandations HAS)

Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour la réalisation de l'enquête

Questionnaire : voir pages suivantes

Les réponses cochées dans la partie « Connaissances sur les violences conjugales » (questions 6, 7, 8, 9, 10, 12 et 13) ainsi que dans la question 22 correspondent aux réponses qui étaient attendues.

Questionnaire sur la connaissance, le repérage et la prise en charge des violences conjugales chez les sages-femmes

Bonjour, je m'appelle Alice et je suis étudiante en Master 1 à l'école de sages-femmes de Nantes. J'effectue actuellement mon mémoire de fin d'études sur le thème des violences conjugales. Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire destiné à toutes les sages-femmes en exercice. Il a pour objectif d'effectuer un état des lieux des connaissances, du dépistage et de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales afin d'identifier les éventuels problèmes. Il n'est en aucun cas réalisé pour émettre des jugements de valeur et est complètement anonyme. C'est pourquoi il est fondamental que vos réponses soient les plus nombreuses et conformes possible à vos pratiques ou pensées sans aide d'outil quel qu'il soit. Il ne prend que quelques minutes. Je vous remercie infiniment du temps que vous accorderez à ce questionnaire.

Alice Poirot, étudiante sage-femme

***Obligatoire**

Passez à la question 1.

Données générales

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 18 et 24 ans inclus
- ☐ Entre 25 et 34 ans inclus
- ☐ Entre 35 et 44 ans inclus
- ☐ Entre 45 et 54 ans inclus
- ☐ 55 ans et plus

3. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état de sage-femme ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1965
- ☐ 1966
- ☐ 1967
- ☐ 1968
- ☐ 1969
- ☐ 1970
- ☐ 1971
- ☐ 1972

Liste déroulante allant de 1965 à 2019

- ☐ 1973
- ☐ 1974
- ☐ 1975
- ☐ 1976
- ☐ 1977
- ☐ 1978
- ☐ 1979
- ☐ 1980
- ☐ 1981
- ☐ 1982
- ☐ 1983
- ☐ 1984
- ☐ 1985
- ☐ 1986
- ☐ 1987
- ☐ 1988
- ☐ 1989
- ☐ 1990
- ☐ 1991
- ☐ 1992
- ☐ 1993
- ☐ 1994
- ☐ 1995
- ☐ 1996
- ☐ 1997
- ☐ 1998
- ☐ 1999
- ☐ 2000
- ☐ 2001
- ☐ 2002
- ☐ 2003
- ☐ 2004
- ☐ 2005
- ☐ 2006
- ☐ 2007
- ☐ 2008
- ☐ 2009
- ☐ 2010
- ☐ 2011
- ☐ 2012

- ☐ 2013
- ☐ 2014
- ☐ 2015
- ☐ 2016
- ☐ 2017
- ☐ 2018
- ☐ 2019

4. **Quel est le code postal de la ville où vous exercez ? ***

5. **Quel a été votre (vos) secteur(s) de travail dans la dernière année ? (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Hôpital
- ☐ Clinique
- ☐ Libéral
- ☐ PMI
- ☐ CPEF/CIVG
- ☐ Autre :

Passez à la question 6.

Connaissances sur les violences conjugales

6. Répondez à ces propositions par "Vrai", "Faux" ou "Je ne sais pas" *

Une seule réponse possible par ligne.

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Les femmes sont plus victimes de violences conjugales que les hommes.	☒	☐	☐
Les violences sont toujours visibles.	☐	☒	☐
Les violences conjugales peuvent toucher toutes les femmes.	☒	☐	☐
Il existe seulement 2 types de violences : physiques ou verbales	☐	☒	☐
En général, l'arrivée d'un enfant dans la famille apaise les violences conjugales.	☐	☒	☐
Un enfant qui assiste à une scène de violences est considéré comme une victime.	☒	☐	☐
On dit classiquement qu'une femme victime doit partir 7 fois du domicile avant un départ définitif.	☒	☐	☐
La cyber-violence concerne tout type de violences exercées via les téléphones portables, les messageries, les forums, les réseaux sociaux, les sites de partage de photographies, etc...	☒	☐	☐

7. Une femme meurt tou.te.s les ... sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 3 heures
- ☒ 3 jours
- ☐ 3 semaines
- ☐ Je ne sais pas

8. Dans une relation conjugale marquée par la violence, un cycle se répète plus ou moins régulièrement : de combien d'étapes est-il composé ?

Une seule réponse possible.

- ☐ 3
- ☒ 4
- ☐ 5
- ☐ 6

9. Parmi ces étapes, l'étape dite de « lune de miel » est l'étape :

Une seule réponse possible.

- ☐ Pendant laquelle le conjoint veut à tout prix un enfant
- ☐ Pendant laquelle la femme est le plus susceptible de partir du foyer
- ☒ Pendant laquelle le conjoint promet de changer
- ☐ Pendant laquelle le conjoint culpabilise

10. Quel est selon vous le numéro d'écoute national pour les femmes victimes de violences ?

3919

11. Avez-vous déjà entendu parler du "point noir" ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

12. Que signifie-t-il à votre avis ?

Une seule réponse possible.

- ☐ « Je soutiens les femmes victimes de violences »
☐ « Je peux agir pour aider les femmes victimes de violences »
☒ « Je suis victime de violences, j'ai besoin d'aide, et il est difficile pour moi d'en parler librement »
☐ « Je suis victime de violences mais je ne veux pas en parler »

13. Il est important mais pas toujours évident de faire la différence entre les violences conjugales et les conflits conjugaux. Quels éléments seraient, selon vous, plus en faveur de l'un ou de l'autre (ces éléments sont à prendre dans un contexte et non isolément) ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Violences conjugales	Conflits conjugaux	Je ne sais pas
Sentiment de peur et de solitude.	☒	☐	☐
S'inscrit dans le temps, caractère chronique.	☒	☐	☐
Les deux membres du couple sont sur le même pied d'égalité.	☐	☒	☐
Notion d'emprise, de domination.	☒	☐	☐
Un sujet amène à un désaccord, une opposition au sein du couple.	☐	☒	☐
Chaque membre du couple exprime son point de vue.	☐	☒	☐
Effets visibles sur l'un des membres avec enfermement sur soi, affaiblissement.	☒	☐	☐
L'objectif est d'avoir raison sur le sujet de discorde.	☐	☒	☐

14. **Avez-vous été formé(e) au fonctionnement des violences conjugales ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Jamais
- ☐ Oui en formation initiale, pendant mes études à l'école de sages-femmes
- ☐ Oui en formation continue, au cours d'un DU de spécialisation, de formations, de colloques, de congrès etc...
- ☐ Oui par documentation personnelle (magazines, internet, livres, articles etc...)
- ☐ Autre : _____

15. **Avez-vous déjà eu connaissance des kits de formation ou vidéos développés par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) comme le kit « Anna », le kit « Elisa » etc...) ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui et je les ai consultés
- ☐ Oui, j'en ai juste entendu parler mais je ne les ai pas consultés *Passez à la question 18.*
- ☐ Non et je ne savais pas que cela existait *Passez à la question 19.*

Section sans titre

16. **Si vous les avez consultés, vous ont-ils été utiles ?**

Une seule réponse possible.

- ☐ Totalement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Un peu
- ☐ Pas du tout

17. **Vous diriez qu'ils sont ? (plusieurs réponses possibles)**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Trop longs
- ☐ Trop compliqués
- ☐ Trop détaillés
- ☐ Pas assez ciblés
- ☐ Pas assez ludiques
- ☐ Pas assez concrets pour la profession
- ☐ Le format me convient parfaitement
- ☐ Autre : _____

Passez à la question 19.

Section sans titre

18. Pour quelle(s) raison(s) ne les avez-vous pas consultés ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Par manque de temps
- ☐ Je ne voyais pas trop l'intérêt pour moi
- ☐ J'avais peur que cela me renvoie à mon histoire personnelle
- ☐ Je voulais mais cela était trop long
- ☐ J'ai cherché sur internet mais je n'ai pas trouvé
- ☐ Le format ne me convenait pas
- ☐ Autre : _____

Passez à la question 19.

Dépistage des violences conjugales

19. Posez-vous la question des violences subies à vos patientes ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné
Lors d'une consultation de suivi gynécologique	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'une consultation péri-conceptionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'une consultation de suivi de grossesse	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'un entretien prénatal précoce	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'une consultation de demande d'IVG	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'une consultation aux urgences	☐	☐	☐	☐	☐
Au cours d'une hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐
Dans le post-partum (durant l'hospitalisation ou à domicile)	☐	☐	☐	☐	☐
Lors d'une consultation de rééducation périnéale	☐	☐	☐	☐	☐
Si je vois un hématome ou une lésion corporelle	☐	☐	☐	☐	☐
Si je trouve la femme triste	☐	☐	☐	☐	☐
Si la patiente parle peu	☐	☐	☐	☐	☐

20. Pour quelle(s) raison(s) n'aborderiez-vous pas toujours la question ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas assez de temps pendant la consultation
- ☐ Son conjoint est présent et je veux lui poser la question seule à seule
- ☐ Je ne suis pas à l'aise avec la question
- ☐ Je ne me sens pas concerné(e)
- ☐ La réponse est évidente, je n'ai donc pas besoin de poser la question à chaque patiente
- ☐ J'arrive à repérer les femmes victimes de violences conjugales sans leur poser la question
- ☐ J'aborderai le sujet si elle m'en parle d'elle-même
- ☐ Je sens que quelque chose ne va pas mais elle est trop sur la défensive pour m'en parler
- ☐ Si elle me répond « oui », je ne sais pas quoi faire
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e)
- ☐ J'ai connu ça dans mon entourage, cela me renvoie trop à mon vécu personnel
- ☐ Je ne sais pas comment aborder la question
- ☐ Autre : _____

21. **A quelle fréquence êtes-vous confronté(e) à des femmes victimes de violences conjugales ?**



Une seule réponse possible.

[illegible]

22. **Quel(s) est (sont), parmi ces propositions, le(s) signe(s) qui pourrai(en)t vous faire penser qu'une femme est victime de violences conjugales ?**

Plusieurs réponses possibles.

- ☒ Son conjoint répond toujours à sa place aux questions.
- ☐ Son conjoint est effacé, timide.
- ☒ Son conjoint paraît sympathique et charmeur.
- ☒ Son conjoint a des propos ou attitudes machistes.
- ☐ Son conjoint est toujours absent à chaque rendez-vous.
- ☒ Elle regarde systématiquement son conjoint quand je lui pose des questions.
- ☐ Elle est très jalouse.
- ☐ Elle ne loupe pas un seul rendez-vous pour son suivi de grossesse.
- ☒ Elle n'a jamais ses papiers avec elle.
- ☒ Elle n'a pas de contraception ou a eu recours à de nombreuses IVG.
- ☒ Elle multiplie les consultations aux urgences pendant la grossesse.
- ☒ Elle a des hématomes.
- ☐ Elle lui dit tout ce qu'il doit faire.
- ☒ Elle me dit se sentir seule car son conjoint refuse qu'elle voit ses amis, sa famille.
- ☒ Aucun signe, c'est en lui posant la question qu'elle me le dira.

23. **Citez des facteurs de risques d'être victime de violences conjugales qui vous viendraient à l'esprit.**

24. **Dans votre cabinet ou salle d'attente ou dans le service hospitalier de la structure dans laquelle vous exercez, y-a-t-il des affiches ou campagnes d'informations sur les violences faites aux femmes ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Passez à la question 25.

Prise en charge des violences conjugales

25. Si vous détectez une situation de violences conjugales, savez-vous comment agir ?



Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non, jamais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oui, toujours

26. A quel degré vous sentez-vous démuni(e) ou dans l'incapacité d'aider une patiente victime de violences conjugales ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais
- ☐ Je n'ai jamais rencontré cette situation

27. Face à une femme victime de violences conjugales, habituellement comment adaptez-vous votre pratique professionnelle ? (Les réponses doivent tenir compte de votre pratique actuelle et non de ce que vous pensez qu'il devrait être fait) (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Je lui propose d'en parler
- ☐ Je lui explique que ce qu'elle subit n'est pas normal
- ☐ Je prends plus de temps pour la consultation
- ☐ Je lui donne les coordonnées d'associations locales
- ☐ Je lui donne le numéro d'écoute national pour les victimes
- ☐ Je lui donne les numéros d'appel d'urgence (pompiers, police, samu...)
- ☐ Je lui donne des documents d'informations
- ☐ Je lui demande s'il est violent envers les enfants
- ☐ Je lui explique ce qu'elle doit faire (porter plainte, quitter le domicile immédiatement ...)
- ☐ Je lui explique ce qu'elle pourrait faire pour préparer un éventuel départ (compte en banque, documents administratifs...)
- ☐ Je la laisse libre de choisir ses démarches et lui apporte mon soutien
- ☐ Je lui dis de prendre RDV avec son médecin traitant pour avoir un certificat médical avant de porter plainte
- ☐ Je pense qu'il y a des propositions erronées mais je ne sais pas lesquelles
- ☐ Autre : _____

28. **Expression libre, propositions pour faciliter votre prise en charge professionnelle**

29. **Orientez-vous votre patiente vers un professionnel ou une structure autre que vous ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passez à la question 31.*

Section sans titre

30. **Si oui, vers quel(s) professionnel(s) ou structure(s) pourriez-vous réorienter votre patiente ?**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Un(e) psychologue
- ☐ Un(e) Assistant(e) social(e)
- ☐ Une Association d'aide aux victimes
- ☐ Une Structure d'hébergement
- ☐ La maternité
- ☐ Le commissariat de police
- ☐ Un avocat
- ☐ Autre : _____

Section sans titre

31. **Existe-t-il dans votre département ou ville d'exercice un lieu d'accueil, d'aide, d'accompagnement pour les victimes de violences conjugales ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

32. Qu'est-il possible ou conseillé de faire en tant que sage-femme ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Rédiger un Certificat médical
- ☐ Examiner la patiente pour observer des lésions et prendre des photos
- ☐ Fixer des ITT (incapacités totales de travail)
- ☐ Donner des conseils pour préparer le départ si la femme le souhaite
- ☐ Donner les numéros d'urgence (17, 112, 15, 18...)
- ☐ Porter plainte à sa place
- ☐ Faire un signalement par une IP (Information préoccupante) si elle a des enfants
- ☐ Aller voir le conjoint pour avoir des explications
- ☐ Faire un signalement au procureur de la République.

Pour finir...

33. Sur une échelle de 0 à 10 quelle note mettriez-vous aux critères suivants ?

Pas du tout, très insatisfaisant
ou pas du tout à l'aise

Tout à fait, très satisfaisant
ou très à l'aise



Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mon intérêt pour le sujet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mon ressenti à la lecture des questions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Répondre aux questions était facile.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été destabilisé(e) par certaines questions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ce questionnaire m'invite à me former.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je trouve qu'on parle beaucoup des violences conjugales alors que ce n'est pas si fréquent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense être passé(e) à côté de certaines situations de violences conjugales dans ma pratique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Commentaires libres sur le sujet

Merci de votre participation !

Annexe 2 : Tableau ayant permis d'établir le graphique 22

Tableau 5 : Sentiment d'être démuni(e) face à une victime en fonction du secteur d'activité (n=1538)

	Hôpital	Clinique	Libéral	PMI	CPEF/ CIVG	Autre
Toujours	5,7% (55)	11,4% (21)	5,7% (24)	0,8% (1)	1,8% (1)	0% (0)
Souvent	39% (374)	37,8% (70)	37,2% (156)	24,8% (30)	12,3% (7)	21,2% (7)
Parfois	47,1% (452)	39,5% (73)	43,4% (182)	68,6% (83)	82,5% (47)	63,6% (21)
Jamais	2,9% (28)	2,2% (4)	3,6% (15)	5,8% (7)	3,5% (2)	12,1% (4)
Je n'ai jamais rencontré cette situation	5,3% (51)	9,2% (17)	10% (42)	0% (0)	0% (0)	3% (1)
Total	960	185	419	121	57	33

Annexe 3 : Le violentomètre

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.

BESOIN D'AIDE ?
Le Tochat de
En avant toute(s)

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE 3919*
*Appel anonyme et gratuit.

Centre Hubertine Auclert
* Île-de-France

EN AVANT TOUTES(S)

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

VILLE DE PARIS

PROFITE	VIGILANCE, DIS STOP !	PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE
Ta relation est saine quand il...	Il y a de la violence quand il...	Tu es en danger quand il...
1 Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts	6 Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose	17 T'humilie et te traite de folle quand tu lui fais des reproches
2 Accepte tes amies, amis et ta famille	7 Rabaisse tes opinions et tes projets	18 "Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît
3 A confiance en toi	8 Se moque de toi en public	19 Menace de se suicider à cause de toi
4 Est content quand tu te sens épanouie	9 Est jaloux et possessif en permanence	20 Menace de diffuser des photos intimes de toi
5 S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble	10 Te manipule	21 Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe
	11 Contrôle tes sorties, habits, maquillage	22 Te touche les parties intimes sans ton consentement
	12 Fouille tes textos, mails, applis	23 T'oblige à avoir des relations sexuelles
	13 Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes	24 Te menace avec une arme
	14 T'isole de ta famille et de tes proches	
	15 T'oblige à regarder des films pornos	

« À la demande du Conseil Régional d'Île-de-France, le Centre Hubertine Auclert a adapté cet outil de sensibilisation conçu fin 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris, l'association En Avant Toute(s) et la Mairie de Paris. L'objectif ? Sensibiliser les jeunes femmes aux violences conjugales à travers une diffusion massive de l'outil lors d'événements (comme Solidays) et dans les lycées franciliens. »

Source : www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre

Annexe 4 : Modèle de certificat médical proposé par le CNOSF

_Comment constater les faits dans le certificat ?

La sage-femme est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être **parfaitement objectif** :

- L'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits. La sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits.

- Il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux.

- Il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales.

- La sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« *madame X dit avoir été victime de...* »)

Il ne faut pas employer des mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit de propos tenus par la patiente, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets.

En pratique, la sage-femme est tenue de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat. Elle doit consigner avec précision ses constatations et ne peut présenter comme fait certain des agressions sur la seule foi de déclarations. Elle doit décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, ...

_Les règles d'utilisation du certificat

1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques

2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)

3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre

4 - Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « me déclare se nommer... »)

5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente

6 - Après avoir nécessairement procéder à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés

7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets toutes déclarations faites par la patiente

8 - Ne pas violer le secret professionnel

9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une personne mineure ou d'une majeur protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers

10 - Conserver une copie du certificat établi

Modèle de certificat médical sur demande de la patiente

L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité professionnelle de la sage-femme

*Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une personne majeure protégée, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits). **Un double doit être conservé par la sage-femme signataire***

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

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

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

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

domiciliée à _____,

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

en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____(Nom, Prénom)_____.

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

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

Elle présente à l'examen clinique :

- Sur le plan physique _____

Depuis, elle dit « se plaindre de _____ ».

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

Signature (et cachet) d'authentification

➔ Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

Annexe 5 : Les conseils pour préparer le départ

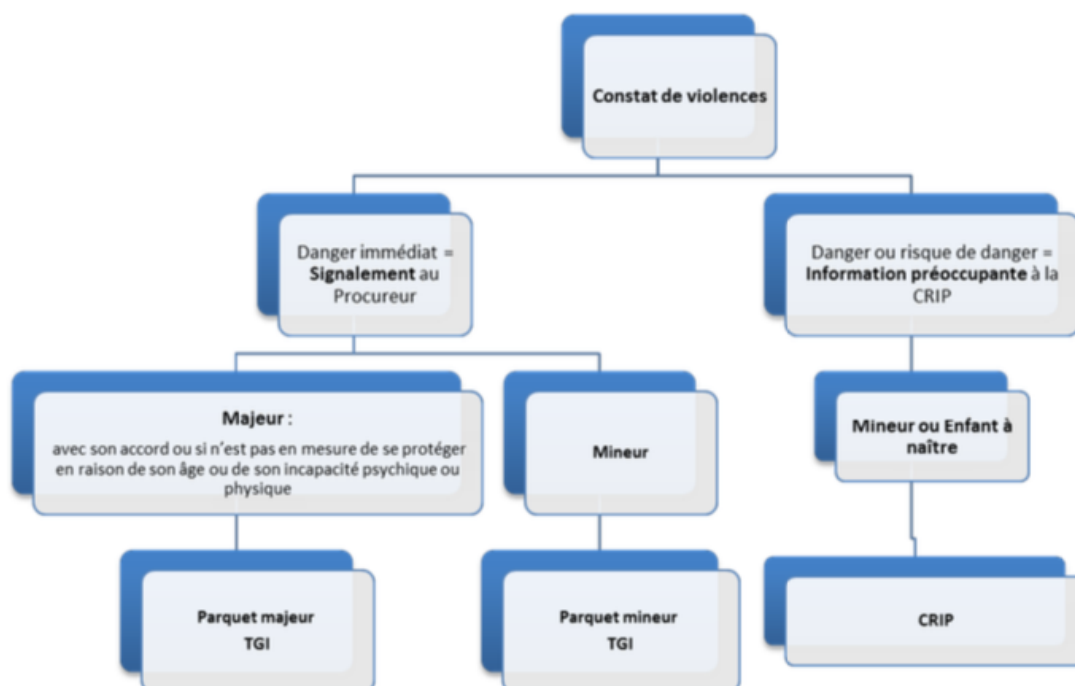
LES CONSEILS PRATIQUES POUR PREPARER LA SEPARATION LE SCENARIO DE PROTECTION

Si la femme n'est pas prête à se séparer de l'agresseur, vous pouvez lui donner **des conseils simples** qui lui permettront de préparer sa séparation et faire face à une situation de crise. Ces stratégies qu'elle mettra en place lui permettront de prendre **des mesures de protection pour elle-même et éventuellement ses enfants** :

- **Identifier des personnes pouvant lui venir en aide en cas d'urgence ;**
- **Enregistrer dans son portable et apprendre par cœur les numéros de téléphone importants** (service de police, SAMU, permanences téléphoniques de services d'aide aux victimes) ;
- **Informers les enfants sur la conduite à tenir (aller chez les voisins, téléphoner au 17, 18, 114¹...)** ;
- **Scanner et enregistrer dans une boîte mail connue uniquement de la femme ou déposer en lieu sûr** (chez son avocat, des proches ou des associations) **certain documents** (papier d'identité, carte de Sécurité sociale, bulletins de salaires, diplômes, documents bancaires, titres personnels de propriété...), ainsi que les éléments de preuve qui constituent son dossier (certificats médicaux, récépissé de dépôt de plainte et/ou main courante, décisions judiciaires...) ;
- **Ouvrir un compte bancaire personnel à son nom de naissance** avec une adresse différente de celle de l'agresseur.

¹ Le 114 est le numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18).
[Pour en savoir plus](http://www.urgence114.fr) consultez le site www.urgence114.fr

Annexe 6 : Procédure en cas de signalement (recommandations HAS)



Source : HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Juin 2019.

Résumé

En France, une femme meurt tous les 2,5 jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint. Les violences conjugales constituent un problème de Santé publique majeur. La sage-femme, au cœur de la vie de la femme a une place fondamentale dans le dépistage et la prise en charge des violences au sein du couple.

Le Gouvernement à travers le Grenelle contre les violences conjugales a montré son implication pour améliorer la prise en charge des victimes.

La HAS a émis des recommandations destinées aux professionnel(le)s de santé afin de les aider dans le repérage et la prise en charge des patientes victimes de violences.

L'enjeu de ce mémoire est d'évaluer les connaissances des sages-femmes en matière de violences conjugales et de montrer à quelles difficultés elles doivent faire face dans le dépistage et la prise en charge des patientes victimes.

Pour cela nous avons réalisé une étude descriptive transversale auprès des sages-femmes de tous secteurs d'activité confondus en France métropolitaine et en Outre-mer.

Il en ressort que des progrès sont à faire en matière de formation, de dépistage et de prise en charge pour aider les sages-femmes face à leurs patientes victimes.

Mots clés : violences conjugales, sage-femme, Grenelle contre les violences conjugales, HAS, MIPROF, formation, connaissances, dépistage, prise en charge, victime.