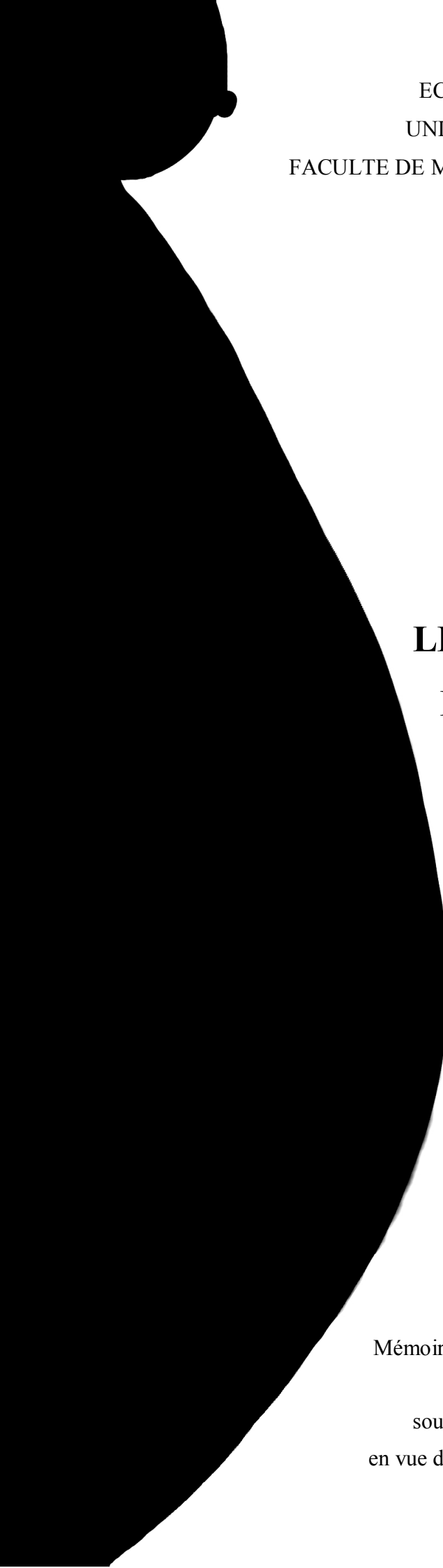




ECOLE DE SAGES-FEMMES
UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE- RANGUEIL

**LES SAGES-FEMMES
FACE AUX
VIOLENCES CONJUGALES
PENDANT
LA GROSSESSE**

Mémoire présenté et soutenu par Noémie ROUSSEAU
née le 11 mars 1984
sous la direction du Docteur Agnès THOMAS
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme
Année Universitaire 2007-2008

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE- RANGUEIL

**LES SAGES-FEMMES
FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES
PENDANT LA GROSSESSE**

Mémoire présenté et soutenu par Noémie ROUSSEAU née le 11 mars 1984
sous la direction du Docteur Agnès THOMAS
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme
Année Universitaire 2007-2008

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire qui clôt cinq années d'études de sage-femme n'aurait pas été possible sans l'aide de certaines personnes que je tiens à remercier très sincèrement ici :

Merci tout particulièrement au Docteur Agnès THOMAS, ma directrice de mémoire, pour le temps qu'elle a consacré à mon travail et les connaissances qu'elle a partagé avec moi durant cette année.

Je remercie également Madame Anna-Rita CASCIONE, cadre sage-femme à l'école de Toulouse, pour ses conseils utiles, sa disponibilité et ses encouragements.

Je tiens aussi à remercier toutes celles et ceux qui m'ont soutenue et entourée durant ces 5 années d'études :

Je souhaite remercier les professionnels qui ont su me former et me faire aimer le métier de sage-femme.

Merci à Sarah, Marie et Romain pour leur aide et leur soutien durant la première année de médecine.

Je remercie Anne, Camille, Lorène, Marion la brune, Marion la blonde et Marjorie, merci à vous les filles pour tous ces fous rires, ces soirées décompressions, ces week-end détente... Merci pour votre soutien et vos encouragements !

Mes remerciements vont aussi à Béa et ses enfants, à Valérie, à Domi et toute la famille Roche, à Philippe, Anne-Marie et leurs enfants, à Jean-Luc et sa famille... Merci à tous de m'avoir chaleureusement accueillie chez vous lors de mes stages.

Un immense merci à mes parents, ma sœur et mes frères pour leur patience, leur aide dans mes choix et leur soutien. Merci à vous de m'entourer comme vous le faites et de m'avoir remotivée quand le besoin s'en faisait sentir.

Enfin, plus que des remerciements pour celui qui a été à mes côtés durant ces années d'études pas toujours faciles, qui a supporté mes sautes d'humeur et a su me réconforter quand il le fallait. Merci Clément pour ton soutien, ta bonne humeur et plus généralement, de me rendre heureuse.

« Ce qui n'est pas exprimé reste dans le cœur et peut le faire éclater. »

William Shakespeare

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE	4
INTRODUCTION	4
1. QU'EST-CE QUE LA VIOLENCE CONJUGALE?	5
1.1. DEFINITION	5
1.2. LES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES	5
1.2.1 LA VIOLENCE VERBALE.....	6
1.2.2 LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE	6
1.2.3 LA VIOLENCE PHYSIQUE.....	7
1.2.4 LA VIOLENCE SEXUELLE.....	7
1.2.5 LA VIOLENCE ECONOMIQUE ET MATERIELLE	8
1.3. LE CYCLE DE LA VIOLENCE	8
1.4. QUELQUES CHIFFRES SIGNIFICATIFS.....	9
1.5. QUI SONT LES HOMMES VIOLENTS ?	10
1.6. QUE DIT LA LOI ?	12
2. CONSEQUENCES DE LA VIOLENCE CONJUGALE	13
2.1 LA FEMME VICTIME DE VIOLENCES	13
2.1.1 LES CONSEQUENCES PHYSIQUES.....	14
2.1.2 LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES.....	15
2.1.3 LES CONSEQUENCES SOCIALES	16
2.2 GROSSESSE CHEZ LES FEMMES VIOLENTEES : GROSSESSE A RISQUE	16
2.3 LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM : PERIODES CLES DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT.....	17
3. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE : ROLE DU PERSONNEL MEDICAL	18
3.1 DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES.....	19
3.1.1 DEPISTAGE SUR SIGNES D'APPEL	19
3.1.2 DEPISTAGE SYSTEMATIQUE	20
3.2 CONDUITE A TENIR.....	20
3.2.1 PRISE EN CHARGE	20
3.2.2 LE CERTIFICAT MEDICAL.....	21
3.2.3 LE SIGNALEMENT	22
3.3 INFORMATION ET ORIENTATION DE LA PATIENTE	23
3.4 LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE.....	25
DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE.....	26
1. MATERIEL ET METHODE.....	26
1.1 BUT DE L'ETUDE.....	26
1.2 METHODOLOGIE	26
1.2.1 LA POPULATION.....	26
1.2.2 L'ENQUETE.....	27
1.2.3 L'ANALYSE	27
2. RESULTATS	28
2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION OBTENUE.....	28
2.2 REPRESENTATION DES VIOLENCES DE COUPLE PENDANT LA GROSSESSE POUR LES SAGES-FEMMES.....	29
2.3 LEURS CONNAISSANCES SUR LES VIOLENCES	30
2.3.1 A PROPOS DES OUTILS DE DEPISTAGE	30
2.3.2 A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ORIENTATION DES VICTIMES	30

2.3.3 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES.....	31
2.4 LA PRATIQUE ET LES OBSERVATIONS DES SAGES-FEMMES FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES	32
2.4.1 LES SAGES-FEMMES ONT-ELLES ETE CONFRONTEES A DES CAS DE VIOLENCE CONJUGALE ?	32
2.4.2 A PROPOS DU DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LES SAGES-FEMMES.....	32
2.5 LE VECU ET LE RESSENTI DES SAGES-FEMMES PAR RAPPORT AUX VIOLENCES CONJUGALES	34
2.5.1 LEURS DIFFICULTES POUR ABORDER LE SUJET DES VIOLENCES AVEC LA PATIENTE.....	34
2.5.2 LES DIFFICULTES EVOQUEES LORS DE LA PRISE EN CHARGE OU L'ORIENTATION DES PATIENTES.....	34
2.5.3 LES IMPRESSIONS DE LEUR CONNAISSANCE DU SUJET.....	34
2.5.4 LE RESSENTI DES SAGES-FEMMES SUR LE SUJET.....	35
2.6 LES BESOINS ET LES ATTENTES DES SAGES-FEMMES	35
2.6.1 LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE NECESSAIRE ?	35
2.6.2 ATTENTE D'UNE FORMATION.....	36
2.6.3 SUGGESTIONS DES SAGES-FEMMES POUR DES OUTILS DE DEPISTAGE OU D'ORIENTATION	36

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION 37

1. JUSTIFICATION DE LA METHODE DE RECHERCHE.....	37
1.1 SES POINTS FAIBLES.....	37
1.2 SES POINTS FORTS	37
2. DEVENIR DE L'HYPOTHESE.....	37
3. L'ETAT ACTUEL DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES.....	38
3.1 LES SAGES-FEMMES ET LE PHENOMENE DES VIOLENCES DE COUPLE PENDANT LA GROSSESSE.....	38
3.2 LES SAGES-FEMMES ET LE DEPISTAGE DES VIOLENCES.....	38
3.3 LA PRISE EN CHARGE ET L'ORIENTATION DES FEMMES VICTIMES PAR LES SAGES-FEMMES.....	39
4. CE QU'IL CONVIENDRAIT DE FAIRE	40
4.1 POUR LE DEPISTAGE.....	40
4.1.1 FAUT-IL ESSAYER DE METTRE EN PLACE UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE A TOUTES LES FEMMES ENCEINTES ?.....	40
4.1.2 COMMENT FAIRE CE DEPISTAGE ?	41
4.1.3 A QUEL MOMENT ?	41
4.2 POUR LA PRISE EN CHARGE IMMEDIATE	42
4.3 POUR L'ORIENTATION.....	43
4.4 POUR AMELIORER LES CONNAISSANCES ET LA FORMATION DES SAGE-FEMMES.....	44
5. PERSPECTIVES	45
5.1 LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES.....	45
5.2 SENSIBILISATION DU PUBLIC.....	46
5.3 OUTILS POUR LES SAGES-FEMMES.....	46
CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail

CPP : Code de Procédure Pénale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

SF : Sage-Femme

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

MPE : Mission de Protection de l'Enfance

APIAF : Association pour la Promotion d'Initiative Autonome des Femmes

SAVIF : Stop A la Violence Intra-Familiale

CIDFF : Centre d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles

HAS : Haute Autorité de Santé

PACS : PActe Civil de Solidarité

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

INTRODUCTION

Longtemps perçue comme une affaire privée qui ne relève que de l'intime, la violence à l'encontre des femmes est aujourd'hui considérée comme un problème majeur lié aux droits de la personne humaine. Actuellement, on estime, qu'en France, au moins une femme sur 10 est victime de violences conjugales¹ et que, tous les trois jours, une femme meurt sous les coups de son partenaire². Ces chiffres semblent effroyables. Cependant, ce sujet, malgré sa médiatisation de plus en plus importante aujourd'hui, reste tabou dans notre société, donc difficile à évaluer réellement.

Il paraît impensable que l'on puisse exercer une violence physique à l'encontre d'une femme enceinte. Outre la souffrance maternelle physique et morale, cette situation ne peut qu'entraîner de graves répercussions sur le développement futur de l'enfant.

En tant que futur professionnel de santé, j'ai décidé de me préoccuper de ce véritable problème de santé publique. Pour différentes raisons, j'ai très peu été confrontée à ce phénomène alors que de nombreuses publications scientifiques considèrent la grossesse comme une période à risque (décrite comme un facteur déclenchant ou aggravant les violences)^{3, 4, 5}. Selon l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), 3 à 8 % des femmes enceintes seraient victimes de violences de couples¹, 11 % dans une étude suédoise et jusqu'à 20 % si on inclut les menaces et les violences non physiques⁶. Compte tenu de ces observations, ma directrice de mémoire et moi, souhaitons aborder ce thème avec les sages-femmes en exercice. Nous voulions savoir si elles dépistent et orientent de façon efficace les femmes victimes de violences lors de leur grossesse et du post-partum. Il nous paraissait également essentiel d'évaluer leurs connaissances, les difficultés rencontrées dans leur pratique, leurs réactions et sentiments sur ce thème. Nous avons défini comme hypothèses de départ, que les sages-femmes ont des connaissances limitées sur le dépistage et la prise en charge des femmes violentées et qu'elles ne semblent pas disposer de suffisamment d'outils pour dépister et prendre en charge ces victimes. Une enquête descriptive et qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs auprès de 20 sages-femmes a été réalisée.

Ce mémoire se décompose en trois parties : dans un premier temps les violences conjugales dans le contexte actuel, puis la description de notre enquête et ses résultats, et enfin l'analyse et la discussion de ces résultats.

1. QU'EST-CE QUE LA VIOLENCE CONJUGALE?

1.1. DEFINITION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reprenant les termes adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes :

*Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée*⁷.

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel, dans une relation de couple ou d'ex-couple, un partenaire exerce des comportements agressifs et violents à l'encontre de l'autre afin de le contrôler et de le dominer.

Nous parlerons ici de femmes victimes de violences et d'hommes violents, ce qui est la situation la plus fréquente, tout en sachant que la situation inverse existe (5 à 8% des consultations de violences de couples en unité médico-judiciaire)^{8, 9, 10}.

1.2. LES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES

La violence conjugale recouvre de nombreux actes et comportements qui représentent pour l'homme un moyen de garder sa partenaire sous son autorité, son contrôle. Il utilise la violence pour rester dans une position de toute puissance. Elle s'exerce sous diverses formes. Progressivement et avec le temps, elle devient plus fréquente et change de forme.

Ce n'est pas parce qu'aujourd'hui on retient une définition élargie de la violence qu'il faut la confondre avec la situation de conflit qui existe dans tous les couples. Le conflit intègre un espace de négociations et de compromis. Ces derniers n'existent pas dans la violence.

Les violences physiques sont les plus perceptibles pour l'entourage et le personnel soignant mais souvent, bien avant la violence physique, il y a les violences verbales, psychologiques, sexuelles et économiques. Ces dernières sont plus difficiles à repérer mais entraînent aussi de graves conséquences sur la santé physique et mentale de la victime^{3,4,11, 12,13,14}.

1.2.1 LA VIOLENCE VERBALE

Elle s'associe aux autres formes de violence. Elle est souvent permanente. Certains hommes vont élever le ton pour intimider leur compagne, d'autres, au contraire, vont prendre un ton particulier, dont la victime va reconnaître aussitôt la tonalité dangereuse. D'autres garderont leur timbre habituel, mais abreuveront leur compagne de sarcasmes, d'injures et de menaces^{5,6}. Le plus souvent, ces violences peuvent constituer une violence psychologique.

1.2.2 LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Elle est une atteinte à l'intégrité psychique de l'autre de façon durable du fait du caractère répété ou graves des injures, brimades et menaces. Cette violence est plus subtile et difficile à dépister car la victime n'en a parfois pas conscience elle-même. L'homme s'attaque à l'identité de sa partenaire en critiquant régulièrement ce qu'elle est (propos méprisants, culpabilisants...). Il la traite avec indifférence, se met en colère si elle adresse la parole à d'autres hommes ou est en retard de quelques minutes. Il l'accuse fréquemment de lui être infidèle, contrôle sa vie et son accès au système de santé... Tout peut porter à critique : son physique, sa manière de s'habiller, la façon d'éduquer les enfants, de cuisiner, de faire le ménage, les fréquentations (famille, amis...). L'auteur peut l'ignorer pendant plusieurs jours, l'isoler de ses proches, contrôler ses sorties, ses fréquentations, l'humilier en public... Progressivement, la victime perd confiance en elle-même et en ses capacités. Une véritable perte de l'estime de soi peut s'installer. La victime adopte alors des attitudes d'évictions (arrêt des fréquentations, des activités, arrêt du travail) jusqu'à un repliement sur elle-même.

Cette violence conduit dans un certains nombre de cas aux conduites addictives (alcool, stupéfiants, psychotropes...), à la dépression voire au suicide. Parfois, le conjoint utilise la grossesse comme une arme. Il peut refuser d'avoir des rapports sexuels prétextant que le corps de sa femme enceinte ne lui paraît pas attirant. Il prétend que l'enfant n'est pas de lui et refuse d'assurer un soutien au cours de la grossesse et de l'accouchement. Aux yeux des soignants, il peut au contraire être très présent. Tout ceci conduit à l'anéantissement progressif des désirs et de la volonté de la femme qui doit céder la place aux exigences de l'homme possessif^{5,6,7,8}.

1.2.3 LA VIOLENCE PHYSIQUE

Elle constitue une atteinte à l'intégrité corporelle des victimes et à leur liberté de mouvement. Contrairement à une idée répandue elle n'est pas toujours présente dans les situations de violence conjugale (surtout précocement dépistées). Elle est favorisée par la résistance à la violence psychologique et par la prise d'autonomie (fréquentations, activités personnelles...). L'auteur passe alors à la brutalité, à la contrainte physique ou aux coups. C'est la forme de violence la plus identifiable pour l'entourage ou les professionnels puisqu'elle peut laisser des traces visibles. Certaines lésions peuvent laisser des séquelles irréversibles et mettre des femmes en danger de mort.

Pendant la grossesse, est également assimilé à ce type de violence, le fait d'obliger la femme à travailler au-delà de son endurance et le refus de l'accès aux soins (traitements antalgiques, suivi de grossesse...). Des coups dans le ventre (dans l'intention d'arrêter la grossesse) sont fréquemment rapportés.

Dans la plupart des cas, il s'agit de coups portés à main nue mais l'agresseur en vient parfois à utiliser des objets qui deviennent des armes (couteau, ceinture...). Il ne s'arrête pas toujours quand sa victime perd connaissance^{3, 5, 6, 7, 8}.

1.2.4 LA VIOLENCE SEXUELLE

Jusqu'à la loi du 23 décembre 1980 (article 222-22 du nouveau Code Pénal), le viol entre conjoints n'existait pas aux yeux de la loi. Le devoir conjugal faisait partie de ce qu'un homme pouvait attendre du mariage et la femme devait se plier aux exigences de son mari. Ce sentiment de devoir conjugal reste ancré dans les croyances d'aujourd'hui. Ce type de violence reste donc le plus difficile à reconnaître et à exprimer par les femmes. Elles doivent pour cela lever le tabou des violences et de la sexualité.

L'OMS définit en 2002 la maltraitance sexuelle comme :

Une exploitation sexuelle qui s'appuie sur la notion de l'abus et de ses modalités : abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, abus avec violence, attitudes malsaines, modalités de type passif relevant d'une action de protection et d'un climat incestueux et de type actif impliquant attouchement et prostitution^{15, 16}.

D'après une étude, sur les victimes de violences de conjugales interrogées, 41% étaient victimes de violences sexuelles. Cette violence comprend les suggestions ou menaces, les mises en scène déplaisantes, le harcèlement sexuel, les activités sexuelles dégradantes ou dangereuses. Parfois même la vie sexuelle du couple est initiée par un viol¹⁷. Ces situations

peuvent aboutir à un état de stress post traumatique grave¹⁸ mais aussi à des grossesses non désirées et à des interruptions volontaires de grossesses à répétition¹⁴.

1.2.5 LA VIOLENCE ECONOMIQUE ET MATERIELLE

Elle est exercée différemment selon les milieux et peut prendre diverses formes : empêcher l'autre de travailler, opérer un contrôle strict des dépenses, voire ne laisser aucune ressource pour les choses de la vie quotidienne. A l'inverse, la femme active est dépossédée de ses revenus, le conjoint confisque le salaire, fait peser sur elle tous les frais, accumule les dettes en son nom et va jusqu'à jouer les allocations de la famille. Dans certains cas, cette violence vise à déposséder la victime de toute autonomie financière. La violence matérielle consiste pour l'auteur à confisquer voire détruire les effets personnels de la victime (téléphone portable, papiers d'identité, vêtements...) ^{3, 5, 6, 7, 8}.

1.3. LE CYCLE DE LA VIOLENCE

Des observations, surtout menées en Amérique du Nord, ont montré que l'usage de la violence dans le couple n'est pas constant. On peut le représenter comme un cycle se déroulant en plusieurs temps : montée en puissance progressive de la violence qui s'exacerbe jusqu'à une crise aiguë, à laquelle succède une phase de regrets/pardons, appelée « lune de miel » et souvent idyllique, puis une période variable de rémission, jusqu'à la reprise du cycle. Le cycle se répète indéfiniment et si sa durée est variable, elle dépasse rarement un an. Avec le temps, la durée des phases se raccourcit et la période de pardon disparaît.

A ce cycle se rajoute : la spirale de la violence, c'est-à-dire l'accroissement progressif des violences tant en fréquence qu'en brutalité (agressions verbales à psychologiques puis physiques et enfin sexuelles). Cette spirale évolue plus ou moins vite en fonction des couples et peut s'arrêter à un « étage » sans jamais aller plus loin. Plus le cycle se répète, plus l'emprise de l'auteur sur la victime est forte. Parfois, le passage à un niveau supérieur de violence peut déclencher chez les victimes la prise de conscience et favoriser la séparation (seuil de tolérance ou confrontation à la mort sont souvent cités à posteriori par les victimes)⁴,

^{11,19}.

1.4. QUELQUES CHIFFRES SIGNIFICATIFS

Au cours des 15 dernières années, beaucoup d'études sur la fréquence des violences conjugales faites aux femmes ont été publiées dans le monde : globalement entre 10 et 52 % des femmes ayant vécu en couple ont connu des violences conjugales²⁰.

Selon un rapport de l'OMS en 1995, les femmes victimes de violences de couple perdent une à quatre années d'espérance de vie et ces violences sont à l'origine d'un doublement des dépenses annuelles de santé chez ces femmes²¹.

D'après le rapport Marissal, pour l'année 2004, en France, le coût global direct (pour la violence conjugale seule) est estimé à plus d'un milliard d'euros. Reparti de la façon suivante : 1/5^{ième} pour les soins de santé, 1/3 pour le coût lié au handicap, aux décès évitables et aux traumatismes divers et le reste aux conséquences sociales de la violence²².

L'ENVEFF est la première enquête nationale d'envergure en France.

Elle a permis d'établir que :

- une femme sur dix est victime de violences conjugales et cela dans tous les milieux, y compris les milieux socialement et financièrement favorisés,
- sur la totalité des meurtres de femmes, un sur deux est commis par le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime¹.

Actuellement, 60% des interventions des cars de Police-secours à Paris la nuit concernent les violences conjugales¹³. En Haute-Garonne, la violence de couple est responsable de 150 interventions de gendarmerie tous les trois jours. A Toulouse, dans les quartiers défavorisés, on observe une augmentation des dépôts de plaintes dues aux violences conjugales de 30 à 100%²³.

Dans les études sur les décès, la violence conjugale est de plus en plus identifiée : pour une étude effectuée en 2003/2004, c'est une femme qui meurt tous les quatre jours des suites de violences conjugales²⁴ ; pour une autre en 2006, c'est une femme tous les 3 jours² ; et enfin une dernière étude annonce une femme tous les 2 jours²⁵. Les différences de résultats des études montrent bien l'ampleur et la difficulté d'évaluation de ce phénomène.

La violence conjugale est un véritable problème de santé publique¹⁵. Selon une étude menée en 2005-2006, il est estimé à 330 000 le nombre de personnes en France touchées par la violence²⁶.

Il faut noter que les femmes des minorités raciales, ethnoculturelles, linguistiques ou

en situations défavorisées sont particulièrement vulnérables aux violences conjugales. Le numéro vert "Violences Conjugales Femmes Info Service" ainsi que depuis peu le « 3919 » sont les seules sources de statistiques permettant d'évaluer la violence domestique au sein de la population immigrée en France. En 1999, plus de 20% des femmes qui ont appelé ce numéro étaient d'origine étrangère (8,4% Maghreb et 3,9% Afrique Noire). Le nombre de femmes maghrébines est particulièrement élevé si on le rapporte à la présence maghrébine en France (1,2% de la population). Beaucoup viennent d'Algérie, du Maroc et de Tunisie et dans la tradition musulmane ainsi que dans les statuts de ces trois pays, les inégalités de sexe sont plus marquées. L'idéologie patriarcale très forte peut favoriser la violence. De plus, le manque de connaissance de la langue française ne favorise pas la rupture de l'isolement et le recours aux institutions^{14, 27}.

Pour la femme enceinte, alors qu'il paraît impensable que l'on puisse exercer une violence physique ou autre à son encontre, beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que la grossesse représente un facteur déclenchant ou aggravant de la violence conjugale^{3, 4, 5, 14}. Une étude britannique révèle que les femmes enceintes ont un risque 2 fois plus élevé que les autres de subir ces violences²⁸.

Une étude canadienne a examiné l'incidence des abus physiques pendant la grossesse : 6,6% des femmes interrogées ont rapporté en avoir été victimes durant leur grossesse et 11% avant celle-ci²⁹. Une étude ultérieure a révélé que 95 % des femmes violentées pendant les trois premiers mois de leur grossesse l'ont aussi été dans les trois mois suivant l'accouchement, chez ces femmes, la violence a augmenté après la naissance de l'enfant³⁰.

En France, le rapport Henrion estime que 3 à 8% des femmes enceintes subissent des violences³.

A Toulouse, la consultation de prévention de la violence de l'hôpital Rangueil retrouve, à posteriori, 30,3% de violences physiques pendant la grossesse chez les femmes victimes de violence dans le couple³¹.

1.5. QUI SONT LES HOMMES VIOLENTS ?

L'homme violent dans son couple n'a pas de profil type.

D'après le Dr Welzer-Lang, il s'agit le plus souvent d'hommes « ordinaires » (mis à part leur attitude violente). Ils ne présenteraient aucun autre problème sur le plan personnel,

social ou professionnel. Ces hommes donnent une image tout à fait respectable à leur entourage³². Ils exercent le plus souvent leur violence dans la sphère intime³³.

Cependant, les études faites sur le sujet de la violence conjugale font ressortir certaines données :

- Une prévalence de profils psychopathologiques avec une proportion non négligeable d'impulsifs, d'agressifs, de psychopathes et de pervers narcissiques. Parmi les auteurs, nombreux auraient été victimes de violence dans l'enfance (maltraitance, abus sexuels). Le rapport Coutanceau fait ressortir trois profils psychopathologiques d'hommes violents : le premier profil est celui d'un sujet immature, parfois dans le spectre de la normale, où la composante de domination masculine sur les femmes peut être présente. Le second, celui d'un sujet mal structuré avec des fragilités diverses : instabilité, agressivité, aspect dysharmonique du caractère, problématique de jalousie ou de peur de la perte. Enfin un troisième profil de personnalité particulièrement problématique avec un égocentrisme très marqué et une dimension paranoïaque et mégalomaniacale³⁴.

- Des caractéristiques sociales favorisantes :

- les événements de vie comme une perte d'emploi, une séparation, un divorce, la grossesse, la naissance d'un enfant, un deuil³³...
- les migrants, qui arrivent de pays où les coutumes sont différentes et où les femmes ne bénéficient pas du même statut que dans les pays européens²⁷.
- les hommes de milieux défavorisés en situation de précarité représenteraient une part importante même s'il est admis que tous les milieux socio-économiques sont concernés. En effet, les hommes autoritaires, investis de fonctions de commandement, ayant des responsabilités, les cadres, les professionnels de santé...représenteraient une part non négligeable des hommes violents³.

- Enfin d'autres facteurs favorisants comme les conduites addictives et notamment l'alcool, les médicaments, drogues et autres favorisent le passage à l'acte (diminution de l'autocritique, exagération du sentiment de pouvoir)^{24, 33}.

1.6. QUE DIT LA LOI ?

Sur le plan judiciaire, nous avons pu observer l'accroissement des sanctions pénales au cours des quinze dernières années. La notion de violence conjugale n'a été juridiquement reconnue en France qu'à partir de 1994 avec l'entrée en vigueur du nouveau Code Pénal. A cette date, la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne (article 222-13 du Code Pénal). Les coups et blessures volontaires sur conjoint deviennent un délit c'est-à-dire que quelle que soit la durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme, il s'agit d'un délit jugé au Tribunal Correctionnel. Les peines pour un délit peuvent aller de 6 mois à 5 ans d'emprisonnement accompagnés de 7 500 à 75 000 euros d'amende (annexe I).

En 2005, dans le cadre de la loi sur la récidive (loi n°2005-1549), l'auteur des violences peut être mis en détention dès sa condamnation à l'audience. Enfin le 4 avril 2006, la sanction des coups et blessures volontaires sur ex-conjoint ou ex-concubin est introduite dans le Code Pénal (article 132-80). En effet, les violences exercées sur la partenaire qui est « passée à autre chose » représenteraient presque 1/3 des situations de violence de couple³⁵.

S'il y a torture, mutilation, viol ou homicide, l'infraction devient un crime jugé en Cour d'Assises. Les peines pour un crime peuvent aller de 7 ans d'emprisonnement accompagnés 100 000 euros d'amende jusqu'à la réclusion à perpétuité. Les peines encourues par les agresseurs dépendent des violences commises, des lésions médicalement constatées sur la victime et de la durée d'ITT évaluée d'après les préjudices subis (annexe I).

Il existe d'autres réponses pénales possibles en dehors de la prison (inscrites dans le Code de Procédure Pénale (CPP) et le Code Pénal) :

- l'enquête sociale rapide (article 41 du CPP) : elle est à visée d'orientation pénale, elle permet de recueillir des éléments sur la situation sociale de la personne dans les domaines de l'emploi, de la santé, du logement, de la vie familiale... Elle vise également à émettre toute proposition propre à favoriser l'insertion de la personne.
- le rappel à la loi (article 41-1 alinéa 1 du CPP) : il permet l'intériorisation des normes et des règles de vie collective chez celui qui, bien souvent, n'a pas fait ce travail du fait d'insuffisances voire de carences familiales, sociales ou éducatives.
- La médiation pénale (article 41-1 alinéa 5 du CPP) : elle permet de rétablir le dialogue dans un couple, elle a pour objectif de responsabiliser les personnes en conflit, restaurer un apaisement individuel. Cette méthode est discutée du fait qu'elle met sur un même niveau des personnes de profils psychologiques différents. En effet, une étude a montré que cette

médiation était souvent refusée (surtout par la femme victime) et que les médiations acceptées étaient dans des couples où la violence conjugale avait entraîné moins de 8 jours d'ITT. Cette étude montre aussi des récurrences de violences après cette médiation³⁶.

- l'éviction de l'auteur du domicile (article 41-1 alinéa 6 du CPP).
- le contrôle judiciaire socio-éducatif (article 137 et suivants du CPP) : décidé par le Juge d'Instruction, c'est une mesure alternative à l'incarcération provisoire.
- l'ajournement avec mise à l'épreuve (article 132-63 du Code Pénal).
- le sursis avec mise à l'épreuve (article 734 du CPP, article 132-44 à 132-46 du Code Pénal).
- le suivi socio-judiciaire (article 763-1 du CPP, article 131-36-1 à 131-36-8 du Code Pénal) : c'est une peine qui comporte pour le condamné l'obligation de se soumettre à des mesures d'assistance et de surveillance destinées à prévenir la récidive^{36, 37, 38, 39}.

2. CONSEQUENCES DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Les violences dans une relation antérieure ou dans une relation actuelle peuvent affecter la santé physique et psychique des femmes et de leurs enfants. Il ne faut pas sous-estimer le caractère très destructeur qu'un climat de violence exerce à long terme sur la femme, qu'elle que soit la gravité des signes cliniques apparents. Il n'y a pas de corrélation entre les faits, les lésions, et les conséquences sur la santé globale de la femme. Ces expériences négatives peuvent également jouer un rôle dans le dénouement de la grossesse, du travail et de l'accouchement¹⁴.

2.1 LA FEMME VICTIME DE VIOLENCES

Il n'y a pas de profil type de femme maltraitée, ni de réaction type. Les résultats de l'ENVEFF montrent que, quelque soit leur milieu social, les femmes sont concernées par les différents types de violence au sein du couple. Les plus jeunes (20-24 ans) sont environ deux fois plus concernées que leurs aînées. Même si les chômeuses et les femmes allocataires du Revenu Minimum d'Insertion en sont plus souvent victimes que celles qui exercent une activité professionnelle, les violences conjugales touchent tous les milieux¹.

D'une façon générale, la violence de couple trouve son origine dans les rapports inégalitaires qui existent entre les femmes et les hommes.

Cependant, on constate que les femmes qui endurent des violences de couple ont plus souvent vécu des violences ou des carences dans l'enfance, tout comme l'auteur des

violences³¹.

2.1.1 LES CONSEQUENCES PHYSIQUES

De nombreuses études se rejoignent sur le fait que la violence conjugale est responsable d'une proportion importante de blessures amenant les femmes à consulter aux urgences ou en médecine de ville. Les femmes victimes de violences présentent des lésions traumatiques diverses. Elles sont souvent multiples, d'âges différents et de natures très variées. Erosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulations. Les principales lésions retrouvées sont les lésions ophtalmiques (hémorragie conjonctivale, décollement de rétine...), otologiques (perforation tympanique) et les fractures ne sont pas rares (dents, os propres du nez, clavicule...). La localisation de ces lésions siège le plus souvent au visage, au crâne, au cou, aux extrémités et au dos. L'abdomen est plus particulièrement à étudier chez les femmes enceintes. Toutes ces lésions peuvent être dissimulées par des vêtements et la victime est parfois réticente à être examinée.

En cas de violence sexuelle, on retrouvera des douleurs pelviennes chroniques inexpliquées, des infections génitales et urinaires à répétition ainsi que des lésions périnéales.

Les violences peuvent être à l'origine de troubles chroniques comme une fatigue intense, des douleurs musculaires limitant l'activité, des troubles du sommeil et des impotences fonctionnelles plus ou moins importantes.

Les pathologies chroniques nécessitant un traitement continu et un suivi régulier sont susceptibles d'être initiées, déséquilibrées ou aggravées par les violences, que ce soit des affections pulmonaires (asthme, bronchites chroniques, insuffisance respiratoire...), des affections cardiaques (angine de poitrine, insuffisance cardiaque...) ou des troubles métaboliques (diabète...)⁴⁰.

Il peut être difficile, voire impossible pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son état de santé physique ou psychique ou parce que le conjoint contrôle ses faits et gestes et l'en empêche^{3, 4, 12}.

Trop souvent les violences conjugales aboutissent à des traumatismes ou à des décès (par suicide ou homicide) de la femme victime. C'est une des causes principales de mortalité des femmes. D'après l'étude nationale des décès au sein du couple en 2006, une femme meurt tous les trois jours des suites de violences conjugales².

2.1.2 LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leur agresseur peut produire différentes formes de troubles :

- Une négation de la violence : la femme refuse d'admettre qu'il y a un problème et considère les scènes de violences comme des accidents.
- Une culpabilité et un sentiment de honte : elle cherche à comprendre pourquoi elle est victime de ces violences, en quoi elle est responsable, ce qu'elle a fait pour mériter ça. Souvent, elle se sent coupable de la situation.

Ces troubles entraînent :

- une perte de confiance, une auto-dévalorisation ;
- une mésestime de soi : elle se perçoit comme incapable en tant que personne, épouse, mère, dans son activité professionnelle... ;
- une perte d'identité : à l'extrême, elle se trouve dépossédée de ses capacités à exprimer une volonté ou un désir, à penser à elle-même ;

Les victimes peuvent présenter :

- des troubles psychologiques plus graves : stress chronique, état d'anxiété, de panique ou manifestations phobiques, c'est-à-dire des réponses normales à une situation permanente de terreur ; et parfois un syndrome post-traumatique commun à toutes les personnes ayant subi un traumatisme grave : cauchemars, « flash-back », réactions émotionnelles violentes à la moindre stimulation ou événement « gâchette », stratégie d'évitement des lieux rappelant le traumatisme jusqu'à des troubles dissociatifs (dépersonnalisation)⁴¹.
- des troubles psychiatriques : névrose traumatique... ;
- des troubles psychosomatiques : problèmes digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer ;
- des troubles somatiques : au niveau gynécologique (3 fois plus fréquents que dans la population générale) : douleurs pelviennes chroniques inexplicables, troubles de la sexualité (dyspareunies, vaginisme, anorgasmie), troubles des règles (dysménorrhées...) ; des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veilles ou réveils nocturnes, cauchemars ; des troubles de l'alimentation : anorexie ou boulimie ; des troubles cognitifs : difficultés de concentration et d'attention, perte de mémoire ;

Les risques sur la santé à prévenir sont principalement :

- les dépressions, qui sont présentes chez plus de 50% des victimes,

- les tentatives de suicide : on estime que les victimes de violences conjugales font 5 fois plus de tentatives de suicide que la population générale⁴².
- les conduites addictives : ces victimes abusent fréquemment de substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues, médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques) qui provoquent un effet délétère sur leur santé physique et psychique^{3, 11, 13}.

2.1.3 LES CONSEQUENCES SOCIALES

Le conjoint exerce souvent un contrôle au niveau social afin d'avoir plus de pouvoir sur sa victime. La femme est confinée au foyer et finit par être privée peu à peu de toute relation extérieure. D'autre part, lorsqu'elle est en contact avec d'autres personnes (collègues de travail par exemple), il lui est très difficile d'aborder le sujet des violences conjugales qui s'érige comme un mur entre elle et les autres. Ainsi, elle se retrouve doublement isolée socialement. Une détérioration de la qualité des relations qu'elle entretient avec ses enfants peut apparaître³.

En 2006, à Toulouse, des études montrent que 2/3 des violences se passent devant les enfants^{9, 10}. Parmi les enfants exposés, les études révèlent qu'ils sont victimes de mauvais traitements allant de l'agression verbale et psychologique à l'agression physique et sexuelle. Ces enfants vivent avec le secret de cette violence. Ils savent que la violence est présente dans leur famille, mais ils sont incapables de prendre position clairement. Les conséquences de ces émotions contradictoires se manifestent par l'isolement social, une certaine paralysie des sentiments et la perte des interactions. Ces enfants vivent dans la crainte et la terreur. Ils présentent différents problèmes de développement notamment la faible estime de soi, la dépression, la timidité, mais aussi l'agressivité, l'hyperactivité, la délinquance, etc. Ils ont également une vision dégradée de la famille notamment sur le rôle de la femme et de l'homme dans le couple⁴³.

2.2 GROSSESSE CHEZ LES FEMMES VIOLENTEES : GROSSESSE A RISQUE

Beaucoup d'auteurs considèrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant les violences conjugales^{3, 4, 5, 14}. Ainsi la fréquence de ces violences au cours de la grossesse varie de 3,9 à 8,3 %⁴⁴. Les violences pendant la grossesse sont encore plus graves car elles retentissent à la fois sur la mère et sur le fœtus. Plusieurs explications ont été avancées afin de comprendre comment ces violences font courir à la grossesse un risque

supérieur à la moyenne :

- La grossesse peut ne pas être désirée. Elle peut être la conséquence d'un viol conjugal, avoir été désirée par le couple pendant une période d'accalmie ou être la conséquence de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception. Elle aboutit alors à des interruptions volontaires de grossesse, à des déclarations tardives et à de mauvais suivis de grossesse.

- Les abus physiques, sexuels ou affectifs peuvent entraîner indirectement une issue défavorable de la grossesse car ils s'associent souvent à un tabagisme, parfois à l'usage d'alcool ou de drogues, à une malnutrition, à une anémie maternelle, à des infections urinaires. Toutes ces conditions retentissent sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant.

- La tension nerveuse, l'anxiété, la crainte et les troubles dépressifs occasionnés par les violences peuvent entraîner des perturbations hormonales et être à l'origine de complications obstétricales.

- Enfin les violences physiques en elles-mêmes, par un effet mécanique direct, peuvent avoir de graves conséquences sur la grossesse.

Tous ces facteurs font que la violence est liée à un risque accru d'avortement spontané, de menace d'accouchement prématuré, d'hypertension artérielle, de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré, de décollement placentaire, d'hémorragie foeto-maternelle voire de rupture utérine et jusqu'à la mort maternelle ou la mort fœtale in utero.

Pour l'enfant à naître, les conséquences peuvent être dramatiques allant du retard de croissance intra-utérin à la mort fœtale. Les lésions fœtales restent rares car le fœtus est protégé par le liquide amniotique, cependant des fractures des membres ainsi que des plaies par armes blanches ont été recensées^{3, 4, 14}.

2.3 LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM : PERIODES CLES DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Les femmes peuvent se préoccuper de la sécurité de leur(s) enfant(s) de façon accrue pendant la grossesse. Lorsqu'elles réalisent que leur enfant peut être en danger, elles vont demander de l'aide et se préoccuper de sa garde en cas de séparation. Mais les femmes sont ambivalentes à couper les liens entre le père et l'enfant. Ce n'est qu'au fil des événements

violents et quand la menace de violence pour l'enfant est plus claire ou plus imminente que l'importance du père se modifie. De plus, dans certains cas, elles craignent de se voir retirer leur(s) enfant(s)⁴⁵.

Les violences pendant la grossesse peuvent entraîner de la prématurité et des hypotrophies or, la lutte contre la prématurité et les petits poids de naissance constituent un enjeu majeur de santé publique d'après le Haut Comité de Santé Publique. Celui-ci considère que les difficultés conjugales pendant la grossesse sont un facteur de vulnérabilité qui peut entraîner un dysfonctionnement somatique ou émotionnel pouvant perturber la mise en place des liens avec l'enfant à la naissance. Donc la période de la grossesse et de la naissance sont des moments privilégiés pour la prévention des troubles de l'attachement. La surveillance de la grossesse et de la naissance permet le dépistage d'éventuels signes d'alarme de maltraitance (dont les violences). La « transparence psychique » de la grossesse permet une mobilisation rapide des émotions, et les professionnels peuvent redonner la confiance et la sécurité qui peuvent manquer⁴⁶.

Dans le post-partum peuvent apparaître des carences en soins de l'enfant, un allaitement déficient ou des douleurs abdominales et pelviennes persistantes. Le risque de dépression du post-partum est plus élevé^{4, 14}. Le professeur Henrion estime que 4,1 % des femmes sont victimes de violences dans l'année qui suit la naissance. Il existe également un risque important de violences de la part du père sur les enfants tout au long de leur croissance^{3, 14}.

3. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE : ROLE DU PERSONNEL MEDICAL

Les professionnels de la santé assurent le dépistage régulier de divers problèmes de santé chez les femmes enceintes. Malheureusement, la grande majorité des cas de violence n'est pas détectée. Selon une étude canadienne, seulement 2,8 % des femmes ayant été victimes de violence pendant leur grossesse en ont parlé à leurs soignants²⁹. Une femme sur quatre parle spontanément de ce qu'elle subit et lorsqu'elle le fait, c'est prioritairement auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé⁴⁷. Leur rôle est donc primordial dans le parcours difficile que devront faire ces victimes pour évoluer d'un comportement de soumission à une reprise de l'autonomie affective, sociale et financière. Le contact avec des

professionnels lors de la grossesse peut être l'une des seules occasions pour elles d'obtenir de l'aide³.

3.1 DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES

Avant d'aborder le sujet, il est important d'établir une relation de confiance avec la patiente et de l'assurer de la confidentialité de l'entretien. Le sujet ne doit jamais être abordé en présence du conjoint ou d'enfants en âge de parler. Les professionnels de santé doivent être disponibles, savoir engager le dialogue et poser des questions simples, ce qui va donner confiance à la patiente et lui donner l'opportunité de raconter son histoire³.

3.1.1 DEPISTAGE SUR SIGNES D'APPEL

Le dépistage peut être « facile » devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives, d'autant plus qu'elles sont d'âges différents. Il est parfois beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation (troubles digestifs, lombalgies chroniques, troubles gynécologiques, douleurs pelviennes ou dyspareunie) ou troubles psychiques variés ou pour une consultation de grossesse de routine. L'intervenant peut interroger lors de la consultation pour des symptômes suspects. Par exemple : « Pourquoi dormez-vous mal ? ».

Dans d'autres cas, c'est le comportement de la femme et/ou de l'homme lors de la consultation qui éveille l'attention. Ainsi certains signes comportementaux sont à dépister :

- consultations médicales fréquentes et répétitives ou absence de suivi ;
- retards, oublis répétés de rendez-vous ou départs précipités de la consultation ;
- anxiété, attitude déprimée ou triste ;
- incohérence dans le récit des faits, refus d'expliquer l'origine de ses blessures ou symptômes, délai entre l'accident et la demande de soin ;
- non suivi du traitement ;
- existence de conduites addictives ou troubles psychiques ;
- les patientes visiblement sous l'emprise de leur conjoint ; une femme qui, par exemple, regarde son conjoint avant de parler, qui sursaute à la moindre stimulation, qui se sent obligée de répondre aux sollicitations téléphoniques de son conjoint ;
- le conjoint trop prévenant, répondant à la place de sa compagne ou au contraire violent verbalement, critiquant les actes de sa partenaire.

Dans ces situations, il faut créer un espace de parole (faire sortir le partenaire lors de l'examen clinique afin de faciliter le questionnement). Il faut ensuite s'adapter à la personnalité de la femme et à la situation rencontrée pour orienter l'entretien^{4, 13, 19}.

3.1.2 DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

Face à la forte prévalence des violences conjugales dans la population générale, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* préconise (depuis 1995) un dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes et ce dès le début de leur grossesse⁴⁸. L'établissement du dossier médical semble le moment le plus favorable pour aborder ces situations. L'outil le plus important pour déterminer si une femme est victime de violence consiste à le lui demander lors d'une consultation où elle est seule. Il existe d'autres outils de dépistage de la violence : les outils SAFE, ALPHA^{4, 14}... (annexe II) Une expérience de Searle a démontré qu'une question simple et directe, que l'on pose de façon routinière et sans porter de jugement alors qu'on se renseigne sur les antécédents sociaux peut accroître considérablement le nombre de cas décelés⁴⁹.

3.2 CONDUITE A TENIR

3.2.1 PRISE EN CHARGE

Pendant la grossesse, si la femme consulte suite à des violences conjugales, il faudra rechercher une pathologie de la grossesse. Des complications lors des grossesses précédentes et la possibilité d'utiliser librement un moyen contraceptif est exploré. On recherchera toutes les formes de violences en effectuant un examen clinique maternel ainsi qu'un bilan lésionnel complet, en recherchant les symptômes cliniques et antécédents médicaux liés à la violence, en prescrivant si besoin des examens complémentaires (radiographie, examens spécialisés, oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique), en réalisant un examen gynécologique avec pose de spéculum afin de rechercher une hémorragie, des lésions vaginales...

On vérifiera l'état de santé du fœtus par un monitoring continu du cœur fœtal si le terme de la grossesse le permet ainsi qu'une tocométrie externe (la durée de l'enregistrement recommandée est de 30 minutes). On réalisera une échographie abdominale pour apprécier la vitalité fœtale et rechercher un décollement placentaire et on fera un test de Kleihauer afin de dépister une éventuelle hémorragie fœto-maternelle.

Si la femme est de rhésus négatif, il est recommandé de lui administrer une dose préventive d'immunoglobulines anti-D. Tout doit être consigné dans le dossier médical et il faut si possible faire des photographies (avec consentement de la patiente) ou un schéma corporel des lésions⁵⁰.

La prise en charge sera ensuite adaptée au cas par cas suivant les pathologies dépistées. Les soins consisteront à traiter les lésions constatées mais également le retentissement psychologique (insomnie, anxiété, état dépressif...). A chaque consultation, il faudra essayer d'évaluer la sécurité de la victime et le médecin pourra décider de l'hospitalisation immédiate de la victime s'il juge que la situation le nécessite.

Au cours du travail et de l'accouchement, les gestes effectués lors des différents examens doivent être expliqués. Il faudra redoubler de précautions, toujours demander son accord à la patiente avant de réaliser un acte médical. En effet, pour que le soin ne soit pas vécu comme une nouvelle agression, il faut que la patiente se sente respectée comme sujet et dans la mesure du possible maîtresse de ses actes.

Dans le post-partum, les soignants devront se montrer particulièrement attentifs à l'établissement du lien mère-enfant. C'est aussi le moment de réévaluer avec elle le comportement de son compagnon par rapport à elle et à son enfant. La sortie précoce de la maternité n'est pas souhaitable. Il faut favoriser un lien avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile) à la sortie de la maternité.

3.2.2 LE CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin ou la sage-femme doit rédiger un certificat médical (annexe III) à la demande de la patiente ou d'un officier de police judiciaire dans son champ de compétences (annexe IV). Il énonce l'identification du professionnel et de la femme, la date et l'heure de l'examen, le terme de la grossesse. Il comporte les dires et les doléances de la victime. Le professionnel doit faire la description exhaustive des lésions en respectant les termes médicaux appropriés (un schéma peut-être utile), la liste des soins et examens complémentaires prescrits et effectués ainsi que les conséquences fonctionnelles des blessures. Ces dernières sont traduites en ITT au sens pénal du terme. Cette durée, évaluée en jours, concerne la durée pendant laquelle la personne ne peut faire les activités usuelles de la vie quotidienne. Le professionnel émet des réserves quant à un éventuel retentissement psychique ou physique ultérieur, il doit toujours mentionner « l'ITT est de X jours sous

réserve de complications ultérieures ». Tout professionnel pourra ainsi affiner la détermination de l'ITT lors d'une prochaine consultation.

Le certificat médical est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée. Il détermine en partie l'opportunité des poursuites et l'importance des peines encourues par l'agresseur. Si la femme ne l'utilise pas immédiatement, il constitue un élément de preuve. Aucun professionnel ne doit omettre de préserver des traces des violences ainsi.

Dans tous les cas : - pour ne pas risquer de voir sa responsabilité engagée, le professionnel ne doit pas prendre parti dans le certificat, doit employer la formule « Selon les dires de Mme X... » et rester descriptif;

- ne pas mentionner directement le nom de l'agresseur, le mentionner par une « personne connue » ou « inconnue » ou « conjoint » ou « voisin », par sa qualité ;

- ne pas refuser de donner un certificat descriptif ;

- penser à établir un arrêt de travail pour l'employeur si nécessaire (sur un certificat annexe)^{41, 51, 52}.

3.2.3 LE SIGNALEMENT

Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire compétente en vue d'une mesure de protection administrative ou judiciaire⁵³. En ce qui concerne la permission ou l'obligation de signaler, il est important de préciser que les professionnels de santé ne sont pas redevables d'une obligation de signalement (il s'agit toujours d'une dérogation) mais de protection. L'article 226-14 du Code Pénal (annexe IV) prévoit les dérogations au principe absolu de secret professionnel concernant les violences et maltraitements faites aux personnes « vulnérables ». La vulnérabilité au sens juridique du terme concerne : les mineurs, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes qui ne peuvent se protéger du fait d'une déficience physique ou psychique. En ce qui concerne les violences conjugales, la femme majeure victime de violences ne présentant pas de critère de vulnérabilité sus cités ne fait pas partie de la catégorie des personnes vulnérables. Si l'état de grossesse n'est pas mentionné au sein de l'article 226-14 du Code Pénal, cet élément est néanmoins présent dans plusieurs articles du Code Pénal (222-3). Il permet donc de considérer la femme enceinte comme une personne vulnérable et son consentement en vue d'un signalement n'est pas

requis. Le signalement demeure là encore une possibilité et non une obligation pour le professionnel.

Le signalement peut se faire à trois niveaux :

- à un niveau médical auprès des Conseils de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes.
- au niveau administratif aux Unités Territoriales d'Action Médico-sociale, au médecin de PMI, au président de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), au Conseil Général... Ces derniers évaluent l'état de danger et des besoins de la famille. Dans le cas où il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse l'intervention des services sociaux, le président du Conseil Général pourra décider d'aviser le Procureur de la République.
- au Procureur de la République directement lorsqu'il y a urgence à agir, lors de faits graves ou d'une dangerosité évidente pour la femme.

Cependant la situation est délicate car le professionnel est toujours partagé entre son devoir de protection et les impératifs du secret professionnel. A l'article 223-6 du Code Pénal correspondent les articles 15 et 16 du Code de Déontologie des sages-femmes sur l'obligation de porter secours et à l'article 226-13 du Code Pénal correspond l'article 3 du Code de Déontologie prévoyant de sévères sanctions pour violation du secret professionnel. Dans tous les cas, ce sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doivent dicter au personnel médical sa décision. Il ne s'agit pas de se retrancher derrière le Code de Déontologie lorsque la vie ou la santé d'une personne est en danger.

Le cas de conscience ne se pose réellement que si la femme refuse obstinément tout soutien et toute solution alors qu'elle paraît en danger^{3, 25, 38}.

3.3 INFORMATION ET ORIENTATION DE LA PATIENTE

En vérité, l'efficacité ne passe pas forcément par le droit, si des aspects de protection sont nécessaires, donner des informations et bien orienter la patiente sont des missions essentielles du professionnel de santé. Il est conseillé à celui-ci d'établir un réseau de partenariat et d'adopter une démarche pluridisciplinaire avec des personnes compétentes avec qui il est habitué à travailler.

S'il n'y a pas un danger pour la patiente, il s'agit de lui conseiller de porter plainte auprès de la police ou de la gendarmerie. Un procès verbal sera alors dressé et transmis au Procureur de la République (aujourd'hui ce n'est encore que rarement que ces plaintes enclenchent cette action judiciaire). C'est ensuite au Parquet qu'il appartient d'entamer les

poursuites éventuelles. Le dépôt de plainte implique la convocation et l'audition de l'auteur des violences par les policiers ou les gendarmes et peut entraîner des poursuites judiciaires pénales. Il n'y aura condamnation qu'après enquête faisant preuve des faits reprochés. Il s'agit généralement d'une enquête de voisinage. Après un classement sans suite, la victime peut se constituer partie civile auprès du Doyen des Juges d'Instruction.

Si la plainte est retirée, elle sera classée dans les archives et pourra être utilisée dans le cadre d'une procédure ultérieure. En réalité, ce dépôt de plainte est peu fréquent tant la victime se sent menacée et connaît des obstacles psychologiques dans l'accomplissement de cette démarche.

Il faut savoir que la femme peut déclarer les faits, aux mêmes endroits, sur le registre de main courante où ils seront consignés et pourront lui être utiles en cas de procédure judiciaire ultérieure. En l'absence de plainte par la suite, la déclaration restera sans suite. Cette procédure n'est parfois plus permise, les victimes sont sollicitées à porter plainte.

Il faut expliquer à la patiente que la violence est un phénomène de grande ampleur et lui nommer ses droits, citer la loi. Si la femme souhaite quitter son domicile, il convient de lui confirmer son droit de partir avec ses enfants et l'intérêt de signaler son départ ainsi que les violences subies au commissariat de police ou à la gendarmerie. Dans l'impossibilité de quitter le logement ou l'absence de désir de le faire, il faut rappeler des éléments de protection élémentaires. Le praticien doit essayer avec la patiente d'établir un plan de sécurité en fonction de la situation, de ses priorités et de ses choix (préparer un plan de fuite, savoir où se réfugier, emporter les documents importants et les éléments de preuves).

Il faut encourager les victimes à se tourner vers les associations spécialisées dans l'aide aux victimes ou à la *Délégation Départementale* ou *Régionale aux Droits des Femmes* en leur donnant des numéros de téléphones ou une adresse précise. Ces associations jouent un rôle très important d'information, d'orientation mais aussi d'accompagnement.

Le praticien peut également les orienter vers une consultation de prévention de la violence ou un service de médecine légale qui les prendront en charge et leur donneront les conseils nécessaires sur les démarches à entreprendre.

Enfin lors d'une grossesse, un relais avec les services de PMI doit toujours être proposé. Il permettra d'assurer un suivi pendant la grossesse, un accompagnement au cours du post-partum ainsi qu'une évaluation du contexte de vie de la famille et notamment des enfants^{3, 14, 37, 41}.

3.4 LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE

Tous les professionnels de santé sont concernés par ce problème de santé publique. Mais trois catégories de praticiens sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violence : les médecins généralistes en libéral, les urgentistes dans les hôpitaux, et les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Ce dépistage a lieu soit à l'occasion d'une consultation, soit lors de la grossesse qui est par excellence, le moment où toutes les femmes consultent à de nombreuses reprises médecins et sages-femmes dans un climat de confiance. De plus, il est reconnu dans de nombreuses études que la grossesse est un facteur déclenchant et aggravant de la violence conjugale. Majoritairement, si les femmes n'ont pas eu de contact avec des travailleurs sociaux et/ou n'ont aucun suivi médical habituel, il est rare qu'elles n'aient rencontré aucun professionnel de santé au moment de leur maternité^{3, 37}.

En 2000, 85% des femmes secourues par l'association SOS femme (Seine Saint-Denis), avaient déjà un ou plusieurs enfants¹⁹. D'après l'étude de la consultation de prévention violence de Toulouse-Rangueil de 2007, 30,3% des femmes victimes rapportaient que les violences étaient déjà présentes pendant leurs grossesses³⁵. C'est parce que la violence conjugale isole la femme qui en est victime que le rôle des professionnels de santé et en particulier des sages-femmes est primordial. Parce que les sages-femmes rencontrent toutes les femmes enceintes et les nouvelles mères, elles sont en première ligne pour repérer des situations de violence⁵. C'est ce qui nous a décidées à mener notre enquête auprès d'elles.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 BUT DE L'ETUDE

Les objectifs de cette enquête qui s'est déroulée de début septembre 2007 à fin novembre 2007 étaient d'étudier les représentations sur la violence et de savoir si les sages-femmes dépistaient et orientaient de façon efficace les femmes victimes de violences lors de leur grossesse et du post-partum ? Nous souhaitions évaluer les connaissances, les difficultés rencontrées dans leur pratique, les réactions et les sentiments des sages-femmes sur ce thème.

1.2 METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une enquête prospective et qualitative par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes.

1.2.1 LA POPULATION

Notre intention était d'effectuer cette étude auprès de sages-femmes effectuant des consultations pré- et post-natales. Nous avons donc inclus dans l'échantillon : les sages-femmes libérales de Haute-Garonne, les sages-femmes de PMI de Midi-Pyrénées, ainsi que les sages-femmes du service de consultations et des urgences en gynécologie-obstétrique de l'hôpital Paule de Viguier. Nous avons exclu toutes les sages-femmes qui travaillaient en service de suites de couches, de grossesses pathologiques, aux échographies ou en salle d'accouchement.

Ces critères d'inclusion et d'exclusion ont été décidés d'après plusieurs éléments. D'une part grâce à des recommandations canadiennes qui précisent que le moment de l'hospitalisation n'est pas le meilleur moment pour un dépistage des violences conjugales⁴. Et d'autre part, effectuant une enquête qualitative et non quantitative, nous trouvions plus pertinent d'interroger plusieurs sages-femmes de chaque mode d'exercice inclu dans l'enquête. Le choix d'interroger les sages-femmes de l'hôpital et non de cliniques privées était d'interroger des professionnels qui voient en consultations des patientes venant de tous les milieux socio-économiques. Pour les sages-femmes libérales, elles ont été choisies par tirage au sort dans le département de la Haute-Garonne pour avoir des professionnels qui voient en consultations des patients des milieux ruraux et urbains. Enfin pour les sages-femmes travaillant en PMI, au moment de l'enquête, il n'y avait pas de sages-femmes de

PMI en Haute-Garonne, nous avons donc élargi notre tirage au sort à toute la région Midi-Pyrénées.

1.2.2 L'ENQUETE

Nous souhaitions effectuer 20 entretiens. Après avoir demandé l'autorisation aux cadres des services concernés, nous espérions en faire 5 auprès des sages-femmes du service de consultations et d'hospitalisation de jour et 5 auprès des sages-femmes du service des urgences en gynécologie-obstétrique de la maternité Paule de Viguier. Nous voulions en réaliser 5 auprès de sages-femmes libérales tirées au sort sur l'ensemble des sages-femmes du département de Haute-Garonne et enfin 5 auprès de sages-femmes travaillant en PMI tirées au sort sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées.

La participation des sages-femmes était basée sur le volontariat, avec respect de l'anonymat lors de la retranscription des données. Elles ont été rencontrées individuellement sur leur lieu de travail en fonction de leur disponibilité ou contactées par téléphone. Pour faciliter échange et dialogue et avec leur accord, ces entretiens ont tous été enregistrés sur un dictaphone et ont permis ainsi une retranscription fidèle.

La trame des entretiens comprenait des questions ouvertes et fermées.

La grille d'entretien était élaborée en six parties :

- recueil des informations permettant de décrire la population rencontrée ;
- la représentation du phénomène de violences conjugales pour la sage-femme ;
- le dépistage de ces violences ;
- la prise en charge et l'orientation des femmes victimes ;
- la formation en général des sages-femmes sur le thème des violences conjugales pendant la grossesse ;
- enfin, la dernière question laissait la place à toutes leurs remarques, interrogations ou commentaires sur ce sujet.

Trois entretiens exploratoires ont été réalisés (fin août 2007) afin d'élaborer la trame définitive des entretiens d'enquête (annexe V). Ils ont débuté le 10 septembre 2007 pour se terminer le 30 novembre 2007.

Chaque entretien a duré de 15 à 20 minutes.

1.2.3 L'ANALYSE

En premier lieu, les entretiens ont tous été retranscrits sur ordinateur.

Pour l'analyse, nous avons dégagé cinq grands thèmes :

- La représentation des violences conjugales pendant la grossesse pour les sages-femmes ;
- les connaissances des sages-femmes sur ce sujet ;
- leurs pratiques et leurs observations ;
- le vécu par rapport à ces violences ;
- les besoins et les attentes des sages-femmes.

Ces cinq thèmes sont divisés en sous-thèmes.

1. RESULTATS

2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION OBTENUE

Vingt sages-femmes ont accepté de participer à notre étude.

Après avoir obtenu les autorisations auprès des cadres de santé concernés de Paule de Viguier, il a pu être réalisé :

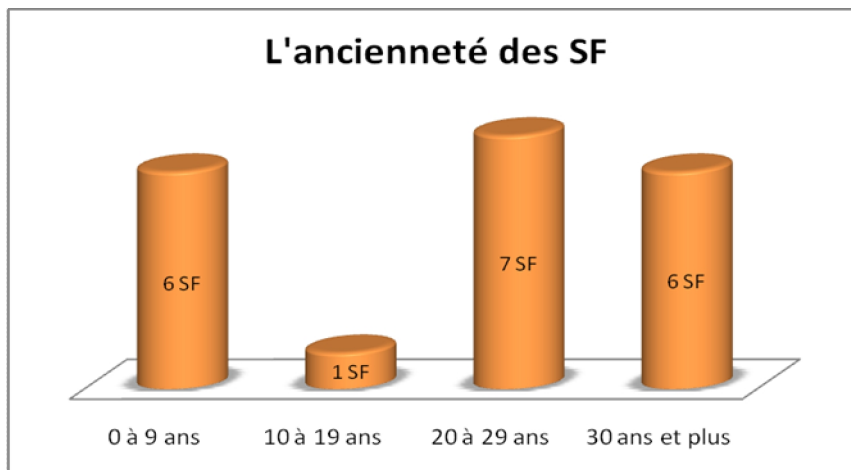
- 5 entretiens auprès des sages-femmes du service de consultations et d'hospitalisation de jour
- 3 entretiens auprès des sages-femmes du service des urgences en gynécologie-obstétrique
- et suivant les conseils d'une cadre de santé, 2 entretiens auprès des sages-femmes de surveillance à domicile.

Cinq sages-femmes libérales de Haute-Garonne et 5 sages-femmes travaillant en PMI en Midi-Pyrénées ont accepté de répondre à l'enquête.

Trois sages-femmes ont refusé d'y participer, 1 (au service d'hospitalisation de jour) par manque de temps et deux (en libéral et en PMI) sans raison précise évoquée.

Les sages-femmes interrogées sont toutes des femmes. Leur ancienneté varie de 2,5 ans à 38 ans.

Graphique n°1



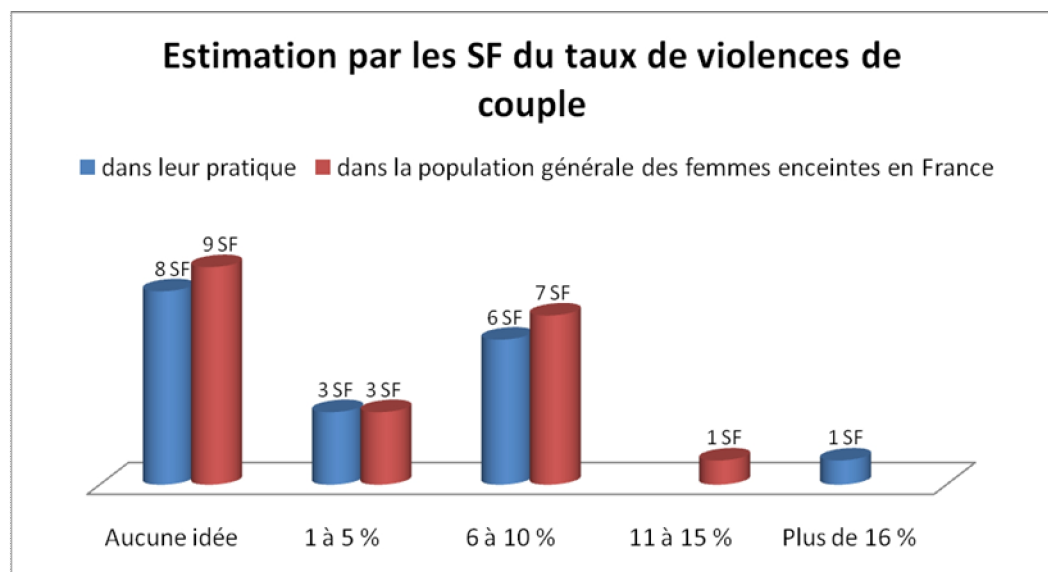
n (nombre de sages-femmes) = 20

Huit sages-femmes estiment que la population à laquelle elles sont confrontées est urbaine, les 12 autres estiment entrer en contact avec une population mixte (urbaine et rurale).

2.2 REPRESENTATION DES VIOLENCES DE COUPLE PENDANT LA GROSSESSE POUR LES SAGES-FEMMES

A quel pourcentage les sages-femmes estiment-elles les victimes de violences conjugales dans leur pratique ainsi que dans la population générale des femmes enceintes ?

Graphique n°2



2.3 LEURS CONNAISSANCES SUR LES VIOLENCES

2.3.1 A PROPOS DES OUTILS DE DEPISTAGE

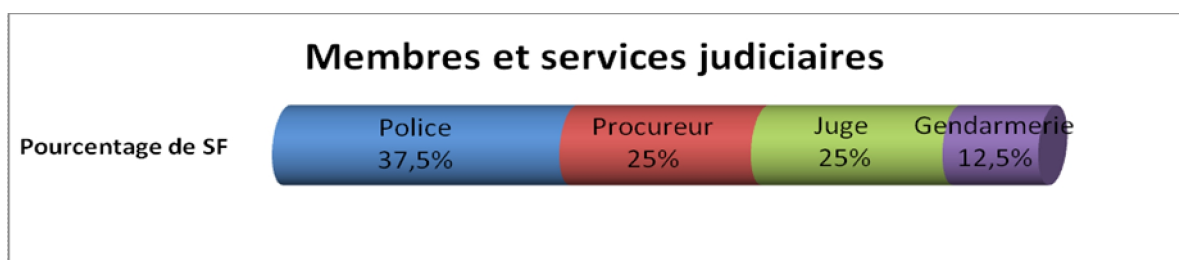
Dix-huit sages-femmes ne connaissent pas ces outils, 1 en a entendu parler mais ne les connaît pas vraiment et une précise qu'elle les a eu « sous les yeux ».

2.3.2 A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ORIENTATION DES VICTIMES

- A qui pensent les sages-femmes lorsqu'on parle de signalement ?

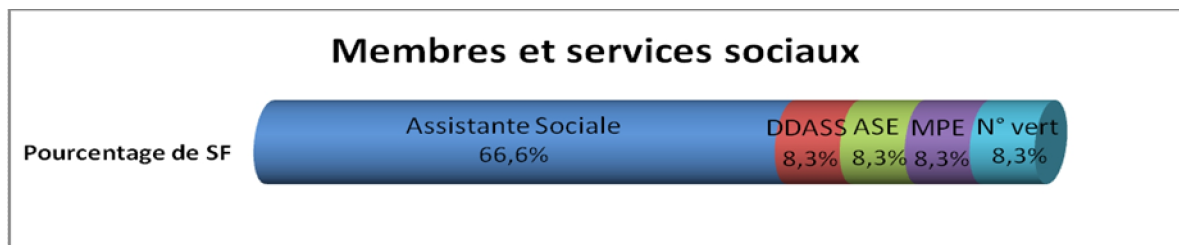
Seize sages-femmes ont cité un membre ou un service judiciaire :

Graphique n°3 (n = 16)



Douze ont cité un membre ou un service social :

Graphique n°4 (n = 12)



La PMI a été citée par 5 sages-femmes pour un signalement. Une a cité la puéricultrice et une autre le service de médecine légale.

Deux ont cité des services administratifs : le Conseil Général et le «*Cadre de service*».

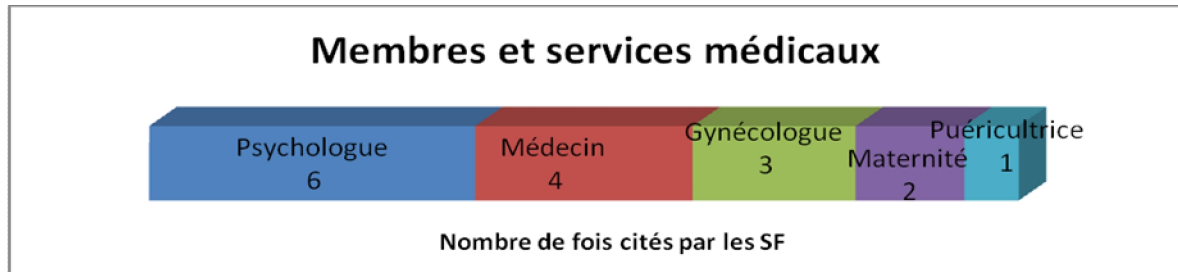
Une a cité le «*réseau global*».

-En ce qui concerne la prise en charge pour aider ces victimes :

Les assistantes sociales ont été citées par 12 sages-femmes.

Il y a également 12 sages-femmes qui ont pensé à 16 membres ou services médicaux différents :

Graphique n°5



Cinq ont cité la PMI. Sept sages-femmes ont pensé aux services du Conseil Régional. La moitié des sages-femmes ont parlé des associations d'aide aux victimes comme l'« *APIAF* » (Association pour la Promotion d'Initiative Autonome des Femmes), « *SAVIF* » (Stop A la Violence Intra-Familiale), le « *CIDFF 31* » (Centre d'information et de Documentation des Femmes et des Familles) ou encore « *SOS Femmes battues* ». Quatre ont pensé aux lieux d'hébergements comme « *un foyer* », « *la maison des femmes* », ou « *les appartements du CIDFF 31* ».

Cinq ont parlé de donner des conseils elles-mêmes aux victimes comme « *proposer à la femme d'aller porter plainte* », une autre leur explique « *la démarche de faire une main courante* », « *quels papiers et affaires préparer si elles veulent partir* », « *donner des numéros aux patientes où elles peuvent appeler* »...

Quatre expriment le besoin d'un « *réseau* » et 1 sage-femme pense qu'« *il faut voir si sur le plan familial, elles ne peuvent pas être entourées différemment* ».

2.3.3 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Seize sages-femmes disent n'avoir jamais eu de formation sur le thème de la violence conjugale contrairement à 2 qui ont déjà eu une formation sur ce sujet et 2 autres qui ont eu plusieurs formations. Une des formations citée est intitulée « *violences conjugales et grossesse* » faite par le Centre National de Formation de la Fonction Publique Territoriale et faite sur deux jours. Les 3 autres sages-femmes ayant déjà fait une ou plusieurs formations n'ont pu me préciser ni l'intitulé ni qui avait effectué la formation.

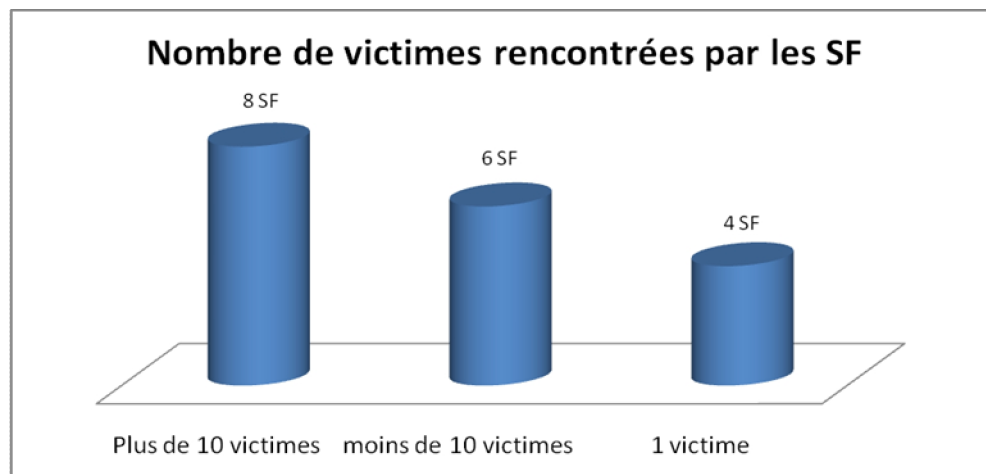
Les 4 sages-femmes ayant déjà eu au moins une formation sont des sages-femmes exerçant en PMI.

2.4 LA PRATIQUE ET LES OBSERVATIONS DES SAGES-FEMMES FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES

2.4.1 LES SAGES-FEMMES ONT-ELLES ETE CONFRONTEES A DES CAS DE VIOLENCE CONJUGALE ?

Dix-huit sages-femmes sur les 20 interrogées ont déjà été confrontées à des situations de violence conjugale.

Graphique n°6



Pour 14 sages-femmes les cas ont été rencontrés pendant la grossesse, 2 dans le post-partum et 2 sages-femmes ont rencontré des cas pendant la grossesse et pendant le post-partum.

2.4.2 A PROPOS DU DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LES SAGES-FEMMES

-Les sages-femmes font-elles un dépistage en systématique ?

Dix-sept sur 20 ne font pas de dépistage systématique contrairement à 3 qui le font. Celles-ci posent une question à chaque patiente sur ce sujet.

Pourquoi les sages-femmes ne font pas de dépistage systématique des violences :
Sur les 17 sages-femmes qui ne le font pas en systématique, 7 disent que c'est parce qu'elles n'ont pas « *le réflexe de le faire pour toutes les patientes* », ne savent pas pourquoi elles ne le font pas ou ne savent pas vraiment « *comment ou quelle question poser* ». Cinq sages-femmes évoquent la violence conjugale comme « *un sujet tabou* ». Trois pensent que s'il n'y a aucun signe, elles estiment alors « *que tout va bien* ». Deux sages-femmes disent que les patientes ne répondront pas à cette question « *même s'il y a quelque chose* ». Et 1 évoque « *le manque de temps* ».

-Les sages-femmes font-elles ce dépistage sur des signes d'appel ?

Dix-neuf sages-femmes font le dépistage sur signes d'appel. 1 sage-femme a répondu non car elle le « *fait en systématique* ».

Quels sont les signes d'appel de violence conjugale qui entraînent un dépistage pour les sages-femmes ?

Douze sages-femmes parlent de signes physiques et cliniques comme « *des traces de coups* », « *des ecchymoses* », « *un mal de ventre* », « *une fatigue* » mais aussi « *des nausées et vomissements* », « *une menace d'accouchement prématuré* »...

Quinze sages-femmes évoquent des signes comportementaux des patientes comme « *une tristesse* », « *un repli sur elle-même* », de la pudeur ou de la peur au moment de l'examen clinique, un mauvais suivi de la grossesse, des motifs de consultation répétés, détournés... Quatre sages-femmes parlent du comportement des compagnons comme « *quand le mari arrive complètement saoul avec des propos injurieux* », « *un changement d'attitude des patientes quand le mari arrive près d'elles* »...

Six sages-femmes parlent d'autres types de signes d'appel d'ordre plutôt social : précarité, chômage ou milieux défavorisés, de certaines origines ethniques...

-Les sages-femmes pensent-elles qu'il existe un moment privilégié pendant la grossesse ou le post-partum pour faire ce dépistage ?

Neuf sages-femmes pensent qu'il n'y a aucun moment privilégié et que le dépistage peut se faire à tout moment de la grossesse ou du post-partum et 4 précisent que « *le plus tôt dans la grossesse est le mieux* ».

La notion de confiance semble importante pour 8 sages-femmes : « *C'est avec la confiance en la personne qu'elle voit en consultation qu'elle va pouvoir dire ce qu'elle a au fond du cœur* ».

L'entretien du 4^{ième} mois est cité par 7 sages-femmes comme le moment privilégié pour ce dépistage. Deux pensent qu'il faut impérativement être seul avec la patiente pour pouvoir dépister efficacement ces violences. Et 2 pensent que le post-partum est un bon moment pour dépister ces violences.

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles pensaient que ce dépistage devait être répété pour être efficace. Quinze pensent que « *oui* » ce dépistage demande d'être répété (de façon systématique ou sur signes d'appel) au cours de la grossesse et du post-partum et 5 pensent que s'il est fait « *une fois, ça suffit* ».

-Les victimes prises en charge ou orientées par les sages-femmes :

Quinze des sages-femmes ont déjà orienté ou participé à la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales. Les 5 autres sages-femmes n'en ont jamais pris en charge ou orienté ;

-Aucune des 20 sages-femmes n'a déjà rédigé de certificat médical décrivant de lésions observées sur une femme, 4 précisent qu'elles l'ont vu faire par un médecin.

2.5 LE VECU ET LE RESSENTI DES SAGES-FEMMES PAR RAPPORT AUX VIOLENCES CONJUGALES

2.5.1 LEURS DIFFICULTES POUR ABORDER LE SUJET DES VIOLENCES AVEC LA PATIENTE

Seize sages-femmes affirment ne pas avoir de difficulté pour aborder le sujet avec les patientes si elles pressentent des violences.

Quatre signalent des difficultés diverses, comme de ne pas savoir comment aborder le sujet, ne pas savoir quelles questions poser afin de ne pas « *braquer la patiente* ». D'autres évoquent un manque de formation ou un manque de temps auprès des patientes pour pouvoir aborder ce sujet sans difficulté pour elles.

2.5.2 LES DIFFICULTES EVOQUEES LORS DE LA PRISE EN CHARGE OU L'ORIENTATION DES PATIENTES

Parmi les 15 sages-femmes qui ont déjà orienté au moins une patiente, 5 ont rencontré des difficultés lors de cette prise en charge. Ces difficultés étaient souvent liées à la femme elle-même qui avait du mal à parler des violences subies et qui ensuite n'allait pas effectuer les démarches conseillées ; ou un contact téléphonique difficile voire impossible avec différents acteurs du réseau ; un « *manque de réseau sur le département* » où exerce la sage-femme ; ou encore « *aucun retour de la situation par les acteurs du réseau* » auprès de la sage-femme après l'orientation de la femme victime.

2.5.3 LES IMPRESSIONS DE LEUR CONNAISSANCE DU SUJET

Dix-sept des 20 sages-femmes pensent ne pas avoir assez d'outils ou d'informations pour pouvoir dépister et orienter au mieux les patientes victimes de violences de couple.

2.5.4 LE RESENTI DES SAGES-FEMMES SUR LE SUJET

Quinze sages-femmes m'ont parlé de ce thème comme un sujet « *délicat* » et « *difficile* », ces mots sont parfois répétés quatre à cinq fois par entretien.

Douze des sages-femmes évoquent aussi la grande difficulté pour les femmes de parler de leur problème, elles ont « *du mal à se confier* », « *c'est très dur pour elles* », « *j'ai l'impression qu'elles ont sur les épaules un poids tellement lourd !* »

Douze parlent de leurs sensations, de leur intuition pour pouvoir dépister ces violences, quand « *on sent* », quand « *on a l'impression que* », sont des expressions qui reviennent chez ces 12 sages-femmes. « *Pour les dépister, c'est au feeling un peu qu'on le fait...* ».

Sept sages-femmes évoquent le côté « *intrusif* », « *invasif* » de ce dépistage, « *C'est un peu s'immiscer dans la vie privée des gens !* ».

Les questions sur le dépistage des violences de couples pendant la grossesse ont entraîné spontanément 12 sages-femmes à le comparer au dépistage des addictions pendant la grossesse (alcool et tabac).

Pour 6 sages-femmes cet entretien a amené une réflexion. Il leur a permis de « *se poser des questions* » sur ce sujet; Quatre ont évoqué le désir pour elles « *d'améliorer les choses* » ; Trois ont dit être sensibilisées par ce thème, 3 ont également exprimé leur intérêt pour ce sujet de mémoire et 2 sages-femmes ont évoqué le problème de la prise en charge des auteurs de violences.

2.6 LES BESOINS ET LES ATTENTES DES SAGES-FEMMES

2.6.1 LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE NECESSAIRE ?

Seize sages-femmes sont favorables à un dépistage systématique. A la question « Que vous manque-t-il pour le mettre en place? », certaines évoquent le manque de volonté ou de rigueur de leur part, d'autres de temps (ou de personnel). Deux sages-femmes ont besoin d'outils de dépistage pour le faire systématiquement, une pense au « *manque de réseau* » et une autre attend « *une décision collégiale de l'hôpital* » pour pouvoir le faire.

Quatre sages-femmes sont contre un dépistage en systématique. Un des motifs évoqués est que ce dépistage est une intrusion dans la vie privée des patientes, une sage-femme dit que « *si on va par là, on peut dépister tellement d'autres choses aussi !* ». Une

autre préfère faire ce dépistage sur signes d'appel et une dernière ne précise pas pourquoi elle est contre le dépistage systématique.

Quatorze sages-femmes pensent qu'il faut intégrer le dépistage dans la trame de l'interrogatoire du dossier médical. Parmi elles, 8 pensent qu'il faut l'intégrer à l'endroit où l'on interroge les patientes sur leur famille, vie sociale, environnement ; 6 ont cité l'endroit où l'on demande les addictions (alcool, tabac) et 2 souhaiteraient intégrer ce dépistage lorsqu'on interroge sur le contexte psychologique de la patiente.

Six sages-femmes pensent que cette question ne devrait pas être intégrée dans l'interrogatoire du dossier médical. Plusieurs sages-femmes évoquent le fait que les femmes ne répondront pas sincèrement à la question, « *on aura des « non » systématiques surtout si jamais il y a quelque chose !* ». Pour une autre, intégrer cette question dans la trame de l'interrogatoire lui « *paraît compliqué* », ce sujet restant encore « *tabou* » dans notre société. Une évoque encore « *l'invasion* » dans la vie privée des couples que cette question représente. Les autres ne précisent pas pourquoi elles sont contre.

2.6.2 ATTENTE D'UNE FORMATION

Sur 16 sages-femmes n'ayant jamais fait de formation sur la violence conjugale, 15 sont intéressées pour en faire une, 1 n'est pas intéressée (mais n'a pas précisé pourquoi).

2.6.3 SUGGESTIONS DES SAGES-FEMMES POUR DES OUTILS DE DEPISTAGE OU D'ORIENTATION

Sept pensent à une formation ou information sur le sujet, 5 voudraient avoir des « *questions types* » à pouvoir poser, les signes d'appel qui doivent faire penser aux violences, « *vers qui orienter les victimes* », « *les conseils à leur donner* ».... Deux souhaitent un travail en équipe pluridisciplinaire autour de ces femmes. Enfin 1 souhaiterait une plaquette d'information à l'usage des sages-femmes.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. JUSTIFICATION DE LA METHODE DE RECHERCHE

1.1 SES POINTS FAIBLES

Au cours de notre étude différentes limites sont apparues :

- Un problème de représentativité :
 - les sages-femmes hospitalières interrogées travaillent toutes à l'hôpital Paule de Viguié, maternité de niveau 3.
 - nous n'avons pas interrogé les sages-femmes dans tous les modes d'activité (services d'hospitalisations des grossesses, services de suites de couche...). La raison évoquée est la courte durée de notre étude.
- Du fait que les entretiens ont été enregistrés en face à face, les sages-femmes ont pu manquer d'un temps de réflexion et être influencées dans leur réponse.
- C'est une enquête qualitative et nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser une enquête quantitative pour pouvoir généraliser à toutes les sages-femmes (ce qu'on ne peut pas faire avec cette enquête).

1.2 SES POINTS FORTS

C'est la première enquête sur ce sujet réalisée auprès des sages-femmes de Midi-Pyrénées. Elle permet une première évaluation de ce que pensent et ressentent les sages-femmes sur le thème de la violence conjugale pendant la grossesse, de ce qu'elles font en pratique et de ce qu'elles souhaiteraient.

Notre enquête inclut les modes d'exercices des sages-femmes qui font des consultations pré- et post-natales, donc qui voient les femmes pendant toute la durée de la grossesse et pendant le post-partum.

De mon côté, cette étude a été très enrichissante puisque j'ai pu rencontrer les sages-femmes et discuter avec elles de cette problématique à laquelle j'avais été très peu confrontée durant mes études.

2. DEVENIR DE L'HYPOTHESE

A la base de ce mémoire une question s'est posée à nous :

Les sages-femmes dépistent-elles et orientent-elles de façon efficace les femmes victimes de violences lors de leur grossesse et du post-partum ?

Nos hypothèses étaient alors que, d'une part les sages-femmes semblent avoir des connaissances limitées sur le dépistage et la prise en charge des femmes violentées et, que d'autre part, elles ne disposent pas de suffisamment d'outils pour dépister et prendre en charge ces victimes.

Notre étude nous a permis de confirmer nos hypothèses. Nous allons le démontrer dans la suite de la discussion.

3. L'ETAT ACTUEL DE PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

3.1 LES SAGES-FEMMES ET LE PHENOMENE DES VIOLENCES DE COUPLE PENDANT LA GROSSESSE

Les résultats de mon enquête montrent que presque toutes les sages-femmes interrogées ont déjà été confrontées à des femmes victimes de violence conjugale. 40% en ont même rencontré plus de 10 dans leur carrière. Ces résultats montrent que les sages-femmes, de par leur pratique, rencontrent ce phénomène de façon récurrente. Mais comparé aux chiffres de l'étude du Professeur Henrion³ qui décrit que 3 à 8 % des grossesses sont concernées, 10 patientes prises en charge semble un nombre peu important dans la carrière d'une sage-femme. Et lorsqu'on les interroge sur le taux de femmes enceintes victimes de violences de couple en France, seulement le quart d'entre elles s'approche des chiffres décrits dans les études et la moitié ne sait pas. C'est à peu près similaire pour les taux qu'elles estiment dans leur pratique (Cf graphique n°1).

3.2 LES SAGES-FEMMES ET LE DEPISTAGE DES VIOLENCES

Malgré les conséquences que les violences peuvent avoir sur la santé de la femme, sa grossesse et sur son enfant, on constate que la plupart des sages-femmes n'effectuent pas de dépistage en systématique mais presque toutes sur signes d'appel (signes physiques/cliniques, comportementaux et sociaux).

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

Les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées évoquent ce sujet comme un sujet délicat, difficile, encore tabou dans notre société. Plusieurs sages-femmes trouvent que le dépistage de ces violences est très intrusif dans la vie privée des patientes. Rappelons qu'elles ont été formées dans ce sens puisque l'article 38 du Code de Déontologie des sages-femmes précise qu'il ne faut pas « *s'immiscer dans les affaires de famille* » (annexe IV). Certaines ont peur de

choquer ou que les patientes ne répondent pas à la question. Et d'autres allèguent le manque de temps. On constate qu'il existe encore des représentations erronées sur ce sujet notamment le fait que la violence ne peut survenir dans des relations qui apparaissent "normales", pour certaines sages-femmes, s'il n'y a aucun signe, c'est que « *tout va bien* ».

Toutes les sages-femmes interrogées ne connaissent pas ou n'utilisent pas les outils de dépistage qui existent et qui sont utilisés au Canada par exemple⁴ (annexe II).

De plus, 16 sages-femmes n'ont jamais eu de formation sur ce sujet et pour certaines, l'entretien que nous avons eu leur permettait pour la première fois une réflexion sur ce sujet.

Pour plus de la moitié des interrogées, ce sont beaucoup leurs intuitions, leurs sensations qui les guident pour faire un dépistage.

3.3 LA PRISE EN CHARGE ET L'ORIENTATION DES FEMMES VICTIMES PAR LES SAGES-FEMMES

Les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées ont déjà orienté ou participé à la prise en charge d'une femme victime de violences de couple. Et parmi elles, seulement 5 ont eu des difficultés lors de cette prise en charge. Les difficultés énoncées étaient souvent liées à la femme elle-même (qui n'était pas prête à faire des démarches).

Il est utile dans ce sens de rappeler que le parcours de ces femmes passe par plusieurs longues étapes :

- En premier, elles semblent ne pas être conscientes du problème ou minimisent ce qu'elles subissent,
- puis, elles reconnaissent le problème et songent aux modifications possibles,
- la troisième étape consiste à mettre les plans de protection en œuvre,
- elles prennent ensuite la décision de ne plus retourner avec leur conjoint,
- et finissent par passer à autre chose.

Ce parcours peut durer plusieurs années (7 à 8 ans pour arriver à la troisième étape)³⁵.

Le blocage à une étape est possible et ne doit pas être considéré par le professionnel comme un échec, mais bien comme un événement normal du processus de changement. Les femmes évoquent le souhait de rupture 7 à 8 ans avant de consulter en médecine légale^{14, 35}.

Pour faire un signalement, les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes pensent à un service judiciaire comme la police ou le Procureur de la République... Mais la PMI et les assistantes sociales semblent aussi être des acteurs importants à qui les sages-femmes s'adressent quand elles

veulent signaler ou faire prendre en charge une femme victime de violences conjugales. Les sages-femmes pensent également à une aide psychologique pour ces femmes.

Enfin, la majorité ne dispose pas d'assez d'outils ou d'informations pour pouvoir dépister et orienter au mieux les patientes victimes de violences de couple.

4. CE QU'IL CONVIENDRAIT DE FAIRE

4.1 POUR LE DEPISTAGE

4.1.1 FAUT-IL ESSAYER DE METTRE EN PLACE UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE A TOUTES LES FEMMES ENCEINTES ?

On sait que la plupart des femmes ne divulguent pas spontanément des incidents de violences conjugales dont elles font l'objet. Les difficultés qu'elles ont pour se confier ont d'ailleurs été citées par plus de la moitié des sages-femmes de notre enquête. Cependant, ces femmes choisissent souvent de révéler ces violences à la suite d'une demande de renseignements sur ce sujet¹⁴.

De plus, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* et l'*American Medical Association* recommandent aux médecins de poser une question à tous leurs patients sur la violence⁵⁴. Et d'après la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, les professionnels de santé devraient inclure des questions au sujet de la violence dans le cadre de l'évaluation de la santé comportementale de leurs nouvelles patientes à l'occasion des consultations prénatales¹⁴.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux sages-femmes d'effectuer un repérage systématique de certains facteurs de vulnérabilité dont la violence conjugale lors de l'entretien précoce du 4^{ème} mois. Elle recommande aussi que le professionnel de santé qui assure les consultations de suivi de la grossesse soit attentif au repérage de ces facteurs pendant toute la grossesse^{55, 56}.

En interrogeant les sages-femmes sur ce sujet dans notre enquête, il en est ressorti que 16 parmi les 20 interrogées affirment n'avoir aucune difficulté pour aborder ce sujet avec la patiente. De plus, 16 pensent que le dépistage en systématique est nécessaire et 14 pensent qu'il devrait être intégré à l'interrogatoire du dossier médical.

4.1.2 COMMENT FAIRE CE DEPISTAGE ?

En intégrant un outil de dépistage simple dans la trame de l'interrogatoire des dossiers. En ce qui concerne les questions posées directement, plusieurs instruments ont été mis au point (annexe II). Le professeur Henrion³ propose quelques questions simples :

- « Vous entendez-vous bien avec votre mari ? »
- « Vous disputez-vous avec lui ? Que se passe-t-il alors ? »

Ces questions peuvent également être en rapport avec le climat actuel de violence :

« On parle beaucoup en ce moment de mésentente dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il maltraitée ? »

Si la patiente répond affirmativement, le professionnel de santé doit tenter d'approfondir la situation en posant deux autres questions :

- « Voudriez-vous m'en parler plus longuement ? »
- « Que voudriez-vous faire ? »

Même si la patiente n'est pas prête à parler de sa situation lors de l'entretien, poser ces questions permet de lui transmettre le message suivant : « Nous savons que les violences faites aux femmes sont fréquentes, nous sommes prêts à vous écouter, à vous aider si vous le désirez ».

Dans tous les cas ce dépistage doit être fait quand la sage-femme est seule avec la patiente.

Il est à noter que le développement de documents destinés aux patientes (dépliants, affiches) facilite également la divulgation des violences lorsqu'ils sont laissés en libre accès (salles d'attente, couloir du service).

Il faut tout de même rester vigilant, ce n'est pas parce qu'aujourd'hui on retient une définition élargie de la violence qu'il faut la confondre avec la situation de conflit qui existe dans tous les couples.

4.1.3 A QUEL MOMENT ?

Presque la moitié des sages-femmes interrogées dans notre enquête pense qu'il n'y a pas de moment privilégié et que le dépistage peut se faire à tout moment de la grossesse ou du post-partum. D'après 7 autres sages-femmes, l'entretien précoce du 4^{ème} mois serait un moment privilégié pour dépister les violences de couple. Et comme nous l'avons vu précédemment la HAS recommande également ce dépistage lors de cet entretien.

La HAS recommande aussi aux sages-femmes de rester attentives tout au long de la grossesse à ce facteur de vulnérabilité⁵⁵. Lors de notre enquête, les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes ont évoqué la nécessité d'une répétition de ce dépistage des violences au cours de la grossesse et du post-partum. De plus, une étude évoque que le dépistage à chaque trimestre de la grossesse augmente le taux de détection de la violence chez la femme enceinte de 5 à 8 % au premier trimestre et jusqu'à 17 % au troisième trimestre⁵⁷. Nous pensons donc que ce dépistage doit être intégré à l'entretien du 4^{ème} mois et devrait être répété une fois par trimestre et dans le post-partum.

4.2 POUR LA PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

Lorsque la patiente révèle la violence il est essentiel qu'elle sente que l'intervenant la croit et la soutient. Il est alors très important de se montrer chaleureux et disponible face à ces patientes. Voici quelques exemples de réponses immédiates :

- « Je suis désolé de ce qu'il vous arrive »;
- « Vous ne méritez pas ça » ;
- « On peut vous venir en aide si vous le voulez »⁵⁸.

Si l'intervenant n'est pas apte à prendre en charge cette situation, il doit orienter la patiente ou s'il n'a pas le temps, prévoir un autre rendez-vous.

Dans le cas où la patiente révèle la violence, des messages « forts » doivent-être dit :

- nommer clairement les violences (permet à la femme de se dire que ce qu'elle vit n'est pas normal, pas acceptable) et préciser que les symptômes qu'elle présente sont des conséquences de la violence ;
- lui dire que ce n'est pas elle qui est responsable quelque soit son attitude, que la violence conjugale est un délit punissable par la loi ;
- lui dire qu'il existe des consultations spécialisées.

Ce qu'il faut faire :

- Il est important de faire un interrogatoire et examen médical complet comme nous l'avons décrit dans notre première partie.
- Il faut essayer d'évaluer l'état de la situation (gravité des faits, dangerosité, urgence à agir).
- Il est également important de faire figurer les informations détectées sur la violence dans le dossier médical de la victime ; cela permet la communication entre soignants,

encourage le suivi et rend possible les recours en justice (même tardifs par l'accès aux données médicales).

La sage-femme peut réaliser un certificat médical décrivant les lésions observées en restant dans son champ de compétences et le remettre à la patiente (annexes III et IV).

Enfin, ce qu'il ne faut pas faire :

- mettre en doute sa parole ou minimiser la gravité de la situation ;
- la rassurer faussement, dire ou donner l'impression que tout va être réglé facilement, donner de fausses espérances, dire qu'il suffit de traiter le mari pour tout régler, dire qu'il faut ou suffit de partir pour en finir, la culpabiliser par certaines remarques comme : « Pourquoi restez-vous avec lui ? Qu'est-ce que vous avez fait pour qu'il soit violent ? Si vous vouliez vraiment que cela cesse vous partiriez ».
- éviter de gérer le problème comme un simple conflit de couple, de parler de violence avec le partenaire (car cela risque d'accroître le danger pour la femme), d'avoir une attitude choquée, catastrophée et surtout d'avoir des préjugés sur la situation^{3, 4, 14}.

4.3 POUR L'ORIENTATION

Les sages-femmes interrogées dans notre étude ont évoqué leurs difficultés à prendre en charge les patientes à cause d'un manque de réseau, de problème de contact téléphonique ou du manque de retour des situations. Les femmes considèrent que l'orientation vers des services utiles constitue le service le plus important pouvant être offert par les professionnels de la santé¹⁴. Il est donc conseillé au praticien d'avoir à disposition pour les victimes de la documentation sur les différents recours présents à l'échelle locale ainsi qu'un numéro d'urgence en cas de danger ou pour obtenir plus de renseignements.

Si la femme victime ne semble pas en danger immédiat, il faut :

- essayer d'établir avec elle un plan de sécurité en fonction de la situation (préparer un plan de fuite, savoir où se réfugier, emporter les documents importants et les éléments de preuves),
- l'encourager à se tourner vers une association spécialisée dans l'aide aux victimes en lui donnant des numéros de téléphone ou adresses précises (SAVIF, APIAF, CIDFF 31,...) (annexe VI),
- lui proposer une prise en charge psychologique (en insistant sur l'écoute),
- lui proposer d'établir un lien avec son médecin traitant, son gynécologue-obstétricien, la PMI,

- lui conseiller de faire une main courante ou de porter plainte dans un commissariat ou une gendarmerie et de conserver les données médicales ou certificats rédigés.

Si la femme semble en danger, le lien peut être fait vers la police ou gendarmerie uniquement avec son accord. Un exemple d'appel téléphonique : « Madame X souhaite prendre rendez-vous avec vous pour des faits de violence conjugale, pouvez-vous lui proposer un rendez-vous ? Je vous la passe... ». Sachant la femme enceinte est considérée comme vulnérable aux yeux de la loi, un signalement sans son consentement est également possible (comme nous l'avons décrit dans notre première partie).

Il y a trois niveaux de signalement :

- au niveau médical à l'Ordre des Sages-femmes,
- au niveau administratif comme à la PMI, l'ASE ou au Conseil Général,
- au niveau judiciaire, il faut faire un signalement directement au Procureur de la République (ou au substitut du Procureur) au Tribunal de Grande Instance si le professionnel constate une urgence à agir, une gravité dans les faits rapportés ou une dangerosité (si la femme semble en danger de mort). Cette évaluation de dangerosité est laissée à l'appréciation du professionnel et doit être étayée si possible dans le dossier.

Dans ces cas, ne jamais rien faire ! Et ne jamais rien faire seul ! Il faut proposer une hospitalisation ou un hébergement dans un lieu sécurisé. Le recours à une consultation spécialisée est fortement conseillé. Pour aider à l'évaluation de la situation, sur Toulouse, il y a la consultation de prévention de la violence de l'hôpital Rangueil (annexe VI).

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada recommande aux établissements de santé de disposer de protocoles concernant la violence de couple¹⁴.

4.4 POUR AMELIORER LES CONNAISSANCES ET LA FORMATION DES SAGE-FEMMES

Dans le programme de la formation initiale de sage-femme, le sujet de la violence conjugale n'apparaît pas. Les étudiants sages-femmes n'ont donc pas de formation sur ce thème. Dans notre enquête, 16 sages-femmes n'ont jamais eu de formation sur ce sujet. Les 4 ayant déjà eu une formation exercent en PMI, mode d'exercice où elles sont plus amenées à suivre ces femmes victimes de violences.

De plus, 17 des 20 sages-femmes interrogées pensent ne pas avoir assez d'outils ou d'informations pour pouvoir dépister et orienter au mieux les patientes victimes de violences de couple. Et sur les 16 sages-femmes n'ayant jamais eu de formation, 15 sont intéressées pour en faire une.

Il faudrait donc développer la formation initiale des sages-femmes en intégrant des cours sur le thème de la violence de couple, de la violence familiale et du rôle des professionnels de santé. Le deuxième plan global triennal (2008-2010) recherche l'intégration de la problématique des violences conjugales dans une partie du programme national des étudiants en médecine⁵⁹. Cette disposition devrait, selon nous, s'étendre à la formation des sages-femmes.

Des formations existent déjà dans le cadre de la formation continue. Il faudrait essayer de sensibiliser les sages-femmes à cette problématique afin qu'elles se dirigent vers ces formations. Ce sujet de formation doit devenir un thème prioritaire de santé publique comme le recherche le deuxième plan global triennal (2008-2010)⁵⁹. Celui-ci évoque aussi le fait que des actions de sensibilisation sont indispensables ainsi que la coordination de l'action de l'ensemble des services, en particulier des services de santé⁵⁹.

5. PERSPECTIVES

5.1 LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES

Une sage-femme de notre enquête souhaite une amélioration de la prise en charge des auteurs. En effet, selon les départements ou régions en France il y a une prise en charge plus ou moins complète des auteurs de violences. Le deuxième plan global triennal (2008-2010)⁵⁹ a pour objectif de prévenir la récurrence des violences conjugales par un dispositif global d'intervention auprès des auteurs de violences en :

- améliorant les dispositifs mis en œuvre pour appliquer la mesure d'éviction du conjoint violent ;
- réalisant la mise en réseau des différents lieux dédiés à l'accueil des hommes auteurs de violence ;
- réalisant et diffusant un document d'information et de sensibilisation à destination des auteurs de violences « repérés » ;

- développant des dispositifs d'accompagnement des auteurs de violences au sein du couple en organisant des groupes de paroles, un accompagnement psychosocial ou une prise en charge à visée thérapeutique.

En Midi-Pyrénées, seule l'Association Vivre Autrement ses Conflits (AVAC) assure cette prise en charge.

5.2 SENSIBILISATION DU PUBLIC

On voit dans notre étude que le sujet de la violence conjugale est encore tabou pour certains professionnels et très difficile à avouer par les femmes. Plus un phénomène est méconnu socialement, plus il est difficile d'en parler. Nous pouvons remarquer une médiatisation du problème des violences de couple de plus en plus importante, ce qui est encourageant. Aujourd'hui, ce phénomène pourrait également être abordé dans l'éducation des jeunes. Des séances d'information pourraient être organisées par les professionnels concernés dans les collèges et lycées.

Même si de plus en plus d'études sont réalisées en France sur le thème des violences de couple, elles restent encore peu nombreuses quant aux conséquences sur la santé. Il faudrait favoriser la recherche et diffuser les résultats de façon importante afin de sensibiliser le plus de monde possible. Cette sensibilisation de la société est également un des objectifs du deuxième plan global triennal (2008-2010)⁵⁹.

5.3 OUTILS POUR LES SAGES-FEMMES

Une sage-femme interrogée suggère une plaquette d'information pour améliorer la connaissance des professionnels sur les outils de dépistage et l'orientation des victimes. De même, le deuxième plan global triennal (2008-2010)⁵⁹ a pour objectif d'actualiser et de diffuser des outils de sensibilisation à destination de l'ensemble des professionnels concernés par les violences conjugales. Il faudrait inscrire dans cette plaquette les outils pour un dépistage systématique, les signes d'appel qui doivent faire penser aux violences, vers qui orienter les victimes, quels conseils donner... Cette plaquette servirait de guide pour les sages-femmes pour la prise en charge de ces femmes.

Le deuxième plan global triennal (2008-2010)⁵⁹ a aussi pour objectif de réaliser, sous la forme d'une cartographie, un état des lieux des acteurs et des dispositifs prenant en charge les victimes. La cartographie de ces réseaux facilitera la coordination entre les différents

intervenants (médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux, policiers, gendarmes, membres des associations...).

Organiser des rencontres entre les différents intervenants permettrait d'examiner les dossiers et de préparer au mieux l'accueil et le suivi des victimes.

Pour les sages-femmes travaillant dans des établissements de soins, il serait intéressant et utile de créer un protocole dans les services de prise en charge en cas de violence conjugale. Au Canada, à l'hôpital de Toronto, un protocole a été mis en place il y a plus de 10 ans⁴.

CONCLUSION

Les violences au sein du couple constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique. La période de la grossesse est reconnue comme à risque pour ces violences, jusqu'à 8% des grossesses des pays développés seraient concernées. Fréquent, y compris pendant la période périnatale, ce phénomène a des conséquences importantes sur le plan physique et psychologique des mères ainsi que sur le pronostic obstétrical et le devenir des familles. Toutes ces conséquences sont encore trop méconnues des professionnels pour qu'ils considèrent ce problème comme un problème médical et donc de leur compétence.

Notre étude permet de voir que les sages-femmes sont confrontées à la violence de couple mais qu'elles ne dépistent pas suffisamment ce problème. Ce sujet reste délicat pour elles. Pour la prise en charge et l'orientation des victimes, les intervenants vers qui se tourner sont peu lisibles pour les sages-femmes et il n'existe pas assez d'outils et d'informations pour elles sur les possibilités de recours qu'ont les victimes.

Si elle s'adresse à un échantillon restreint, notre enquête est la première faite sur ce sujet auprès des sages-femmes de notre région. Elle permet une première évaluation de ce que pensent et ressentent les sages-femmes sur le thème de la violence conjugale pendant la grossesse. Elle nous permet aussi de savoir ce qu'elles font en pratique et ce qu'elles souhaiteraient.

Le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences pendant la grossesse peuvent être améliorés. Les sages-femmes sont prêtes à faire un dépistage en systématique. Il faut donc former les étudiants sages-femmes sur ce sujet et sensibiliser les sages-femmes diplômées afin qu'elles se tournent vers les formations existantes. Il faut également leur apporter des outils pratiques (plaquettes d'information, cartographie des réseaux de prise en charge, protocoles...) pour les guider dans la prise en charge des femmes.

En tant que professionnels de santé, en tant que professionnels à l'écoute des femmes, il est de notre devoir de participer activement à la prise en charge des victimes de violences. Nous devons refuser toute banalisation des violences de couple.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Ministère délégué à la parité et à l'égalité professionnelle, *L'enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France*, Paris, La Documentation Française, collection Droit des Femmes, 2003, 370 pages.
- ² Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Direction Générale de la Police Nationale et Direction Générale de la Gendarmerie Nationale, *Etude nationale des décès au sein du couple*, 2006, 13 pages.
- ³ Henrion R., *Les femmes victimes de violences conjugales : Le rôle des professionnels de santé*, 2001. Site internet : www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/index.htm consulté le 18/12/07.
- ⁴ Jamieson, Beals, Lalonde and associates, Ministre des travaux publics et services gouvernementaux Canada, *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*, Santé Canada, 1999, 62 pages. Site internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/pregnancy_f.pdf consulté le 10/12/07.
- ⁵ Morel C., *Violences conjugales et grossesse*, Les Dossiers de l'Obstétrique, mars 2002, n°303, pages 18 et 19.
- ⁶ Widding L., Grimstad H., Moller A., Schrei N., Janson P.O., *Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples*, Acta Obstet Gynecol Scand, 1999, pages 310 à 315.
- ⁷ Assemblée Générale des Nations Unies, *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, Aide mémoire numéro 239, 1993. Site internet : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/index.html consulté le 27/12/07
- ⁸ Alengrin D., Arbus L., Bras PM., Brouchet E., Calvet C., Rougé D., *Les femmes battues. Pourquoi restent-elles au domicile conjugal ?*, Concours médical 1991, 113(31) : pages 2276 à 2778.
- ⁹ Thomas A., Rougé D., *La violence conjugale... dix ans après*, Concours Médical 2000 ; 122 (29) : pages 2041 à 2044.
- ¹⁰ Thomas A., Telmon N., Allery JP., Pauwels C., Rougé D., *La violence dans le couple, évolution dans le temps*, Journal de médecine légale et de droit médical, 2002, 45: pages 117 à 123.
- ¹¹ Souffron K., *Les violences conjugales*, Les essentiels de Milan, 2000, 63 pages, pages 6 et 7.
- ¹² Site internet de la Fédération Nationale Solidarité Femmes : www.solidaritefemmes.asso.fr, consulté le 18/12/07.
- ¹³ Site internet de SIVICS : www.violences.fr, consulté le 18/12/07.

¹⁴ Cherniak D., Grant L., Mason R., Moore B., Pellizarri R., *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*, Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, avril 2005, pages 389 à 418.

¹⁵ OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, 2002, 52 pages.

Site internet : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf consulté le 27/12/07

¹⁶ 7^{ième} Conférence de consensus de la Fédération française de Psychiatrie, *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, 2003.

Site internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/recomL.html> consulté le 01/02/08.

¹⁷ Trapé F., Oustrain M., Lignon S., Bazex H., Thomas A., Leroi M., Costagliola R., Rougé D., *Etude prospective intéressant une population de victimes de violences conjugales*, In CIFAS, Paris 2007, 15 pages.

¹⁸ Société Francophone de médecine d'urgence, *Maltraitance : Dépistage, Conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*, Conférence de Consensus, décembre 2004, 23 pages.

Site internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/maltraitance/textlongmalt.pdf> consulté le 01/02/08.

¹⁹ Faucher C., Pernot C., *Le rôle des sages-femmes face à la violence conjugale*, Les Dossiers de l'Obstétrique, mars 2002, n°303, pages 20 à 31.

²⁰ Rapport succinct Organisation Mondiale de la Santé, *Etude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, 2005, 46 pages.

Site internet : www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/ consulté le 27/12/07.

²¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, réduire les écarts*, 1995, 124 pages.

Site internet : <http://www.who.int/whr/1995/fr/index.html> consulté le 10/12/07.

²² Marissal J.P., Chevalley C., *Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France*, Rapport au Service des droits des femmes et de l'égalité, Nov. 2006, 111pages, page 3. Site internet : http://www.femmes-egalite.gouv.fr/grands_dossiers/dossiers/violences/docs/etude_violencesconjugales.pdf consulté le 01/02/08.

²³ Données de la Maison de la Justice et du Droit de Haute-Garonne.

²⁴ Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité, ENSAE Junior Etudes, *Recensement national des morts violentes survenues au sein du couple en 2003 et 2004*, 2005, 46 pages.

²⁵ Bonvoisin V., *Rapport 2006 de l'Observatoire National de la Délinquance (OND), Etude : Eléments de mesure des violences entre conjoints*, 28 pages.

Site internet : www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/rapport_OND_2006_partie7D.pdf consulté le 27/12/07.

-
- ²⁶ Cavalin C., *Enquête événements de vie, DREES, Etude et résultats*, 2007.
Site internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er598/er598.pdf> consulté le 01/02/08.
- ²⁷ Amnesty Internationale, *La violence faite aux femmes en France, une affaire d'état*, Paris, Editions Autrement, 2006, 203 pages.
- ²⁸ Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung W.S., Moorey S., Feder G., *Identifying domestic violence, cross sectional study in primary care*, BMJ, 2002, pages 271 à 276.
Site internet de Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed consulté le 15/01/08.
- ²⁹ Stewart D.E., Cecutti A., *Physical abuse in pregnancy*, Journal de l'association médicale canadienne, 1993, pages 1257 à 1263.
Site internet de Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed consulté le 15/01/08.
- ³⁰ Stewart D.E., *Incidence of post-partum abuse in women with a history of abuse during pregnancy*, Journal de l'association médicale canadienne, 1994, pages 1601 à 1604.
Site internet de Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed consulté le 15/01/08.
- ³¹ Thomas A., Bazex H., Lignon S., Oustrain M., Trapé F., Rougé D., *Evaluation des victimes dans le couple, Synthèse de 137 évaluations de femmes victimes de violence de couple entre juin 2006 et juin 2007*, Consultation de Prévention de la Violence du CHRU de Toulouse Rangueil.
- ³² Welzer-Lang D. *Arrête! Tu me fais mal!*, Québec, VLB Editeur, 1992, 235 pages.
- ³³ Tursz A., *Violence et santé, rapport préparatoire au plan national*, La Documentation Française, Paris, 2005, 256 pages.
Site internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000694/0000.pdf> consulté le 01/02/08.
- ³⁴ Coutanceau R., *Auteurs de violences au sein du couple, prise en charge et prévention*, mars 2006, 27 pages. Site internet : http://www.femmes-egalite.gouv.fr/se_documenter/ressources_doc/bibliotheque/docs/rapport_coutanceau.pdf consulté le 01/02/08.
- ³⁵ Thomas A., *Evolution de la violence dans le couple*, 2007 (sous presse).
- ³⁶ Rakotomahanina L., Grégoire B., Aubert M. et al, *Médiation pénale dans les violences conjugales. Expérience de l'Unité de consultations Médico-Judiciaires de Créteil*, Journal de Médecine Légale de Droit Médical, 2006, Volume 49, n°4, pages 84 à 87.
- ³⁷ Leune S., Lainé C., Giami I., *Prévenir les violences conjugales en France*, Les Dossiers de l'Obstétrique, Octobre 2007, numéro 364, pages 15 à 20.
- ³⁸ Ponte C., *Violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, Vocation Sage-femme, Avril 2007, numéro 51, pages 30 et 31.

³⁹ Ministère de la Justice, Secrétariat d'état aux droits des femmes et à la formation professionnelle, *Les violences au sein du couple*, 2001, 35 pages.

Site internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000720/index.shtml consulté le 15/01/08.

⁴⁰ Baumann N. et al, *Stress, pathologies et immunité*, Edition Flammarion Médecine, 288 pages.

⁴¹ Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité, *Lutter contre les violences au sein du couple, le rôle des professionnels*, 2005, 18 pages.

⁴² Lebas J., Morvant C., Chauvin P., *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours*, Académie nationale de médecine, Les violences familiales, 2002, 84 pages, pages 21 et 22.

⁴³ Lessard G., Paradis F., *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : Créer pour grandir en confiance*, Institut National de Santé Publique du Québec, 2003, 44 pages.

Site internet : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/277-ProblematiqueEnfantsViolenceConjugale.pdf> consulté le 01/02/08.

⁴⁴ Gazmarian J.A., Lazorick S., Spitz A.M., Ballard T.J., Saltzman L.E., Marks J.S., *Prevalence of violence against pregnant women*, Journal of the American medical association, 1996, pages 1915 à 1920.

Site internet de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> consulté le 27/12/07.

⁴⁵ BERNIER et al, *Intervenir en violence conjugale : la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité*, n°33 CRIVIFF, Collection Etudes et analyses, sept. 2005, 115 pages. Site internet : http://www.criviff.qc.ca/pdf/pub_92.pdf consulté le 01/02/08.

⁴⁶ Haut Comité de la Santé Publique, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994, 255 pages.

⁴⁷ Henrion R., Domestic violence, *Académie nationale de médecine, Les violences familiales*, 2002, 84 pages, pages 7 à 9.

⁴⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists, *Guidelines for Women's Health Care*, 2nd Edition, Washington, DC; 2002.

⁴⁹ Searle, *Violence against the women empower education program*, Searle women's healthcare division. (Pas de date) 96 pages. Site internet : http://www.sexualityandu.ca/professionnels/ppt/f-HCP_Mod_Viol_ag_women_files/frame.htm#slide0049.htm consulté le 20/01/08.

⁵⁰ Goodwin T., Breen M., *Pregnancy outcome and foetomaternal hemorrhage after noncatastrophic trauma*. Am J Obstet Gynecol 1990, 162: pages 665 à 671.

Site internet de Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed consulté le 15/01/08

⁵¹ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état aux droits des femmes et à la formation professionnelle, *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, (pas de date), 36 pages.

⁵² *Le praticien face aux violences sexuelles*, Validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, La Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense, 2000, 102 pages.

⁵³ Société Francophone de Médecine d'Urgence, Conférence de Consensus, *Maltraitance : Dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*, Nantes 2004, 23 pages.

Site internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/maltraitance/textcourtmtalt.pdf> consulté le 01/02/08.

⁵⁴ The U.S. Preventive Services Task Force, *Screening for family and intimate partner violence, clinical guidelines*, Recommendation Statement, Annals of Internal Medicine, volume 140, 2004, pages 382 à 386.

Site internet de Pubmed : www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed consulté le 02/02/08.

⁵⁵ Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, novembre 2005, 51 pages, page14. Site internet : www.has-sante.fr consulté le 02/02/08.

⁵⁶ Haute Autorité de Santé, *Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, mai 2007, 39 pages, page 18. Site internet : www.has-sante.fr consulté le 02/02/08.

⁵⁷ Mayer L, liebschutz J. *Domestic violence in the pregnant patient: obstetric and behavioral interventions*. Obstetrical and Gynecological Survey 1998;53(10): pages 627 à 635.

⁵⁸ François I, Gabreau M, *Repérage des violences conjugales*, 2002.

Site internet : <http://www.ethique.inserm.fr> consulté le 02/02/08.

⁵⁹ Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Secrétariat d'état à la solidarité, « *Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes* », Deuxième plan global triennal (2008-2010), novembre 2007, 21 pages.

Site internet : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_VL.pdf consulté le 10/02/08.

ANNEXES

ANNEXE I : Les crimes et délits concernant les violences faites aux femmes

ANNEXE II : Outils de dépistage et d'évaluation de la violence

ANNEXE III : Modèle de certificat médical

ANNEXE IV : Textes de loi

ANNEXE V : Trame d'entretien

ANNEXE VI : Structures Accompagnant Les Victimes De Violence Dans Le Couple en Haute-Garonne

ANNEXE I

Les crimes et délits concernant les violences faites aux femmes

Code Pénal	Infraction	Peine maximale encourue
Art. 222-12	Violences ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Art. 222-13	Violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, ou sans aucune ITT par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
Art. 222-16	Appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores	1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende
Art. 222-17	Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes	6 mois d'emprisonnement et 7 500 € d'amende 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende en cas de menace de mort
Art. 222-27	Agression sexuelle autres que le viol	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Art. 222-28	Agression sexuelle aggravée (ayant entraîné une blessure ou lésion ou commises par une personne ayant autorité sur la victime ou commises avec usage ou menace d'une arme)	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
Art. 222-29	Agression sexuelle sur un mineur de 15 ans, sur une personne vulnérable ou une femme en état de grossesse	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
Art. 222-3	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-5	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente	30 ans de réclusion
Art. 222-8	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-10	Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	15 ans de réclusion
Art. 222-23	Viol	15 ans de réclusion
Art. 222-24	Viol aggravé : ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, commis sur une personne en état de grossesse ou vulnérable ou par une personne ayant autorité sur la victime, commis avec ou sur la menace d'une arme	20 ans de réclusion
Art. 222-26	Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	Réclusion criminelle à perpétuité
Art. 224-1	Séquestration supérieure à 7 jours	20 ans de réclusion

ANNEXE II

Outils de dépistage et d'évaluation de la violence

• **Outil de dépistage WAST (Woman Abuse Screening Tool) élaboré par le Dr B. Lent :**

1. En général, comment décririez-vous votre relation?
beaucoup de tension/ un peu de tension/ aucune tension
2. Vous et votre partenaire réglez-vous les disputes avec :
beaucoup de difficulté/ un peu de difficulté/ aucune difficulté
3. Après une dispute, vous arrive-t-il de vous sentir déprimée ou de vous en vouloir?
Souvent/ parfois/ jamais
4. Arrive-t-il que les disputes finissent par des coups, coups de pieds, poussées?
Souvent/ parfois/ jamais
5. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?
Souvent/ parfois/ jamais
6. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée physiquement?
Souvent/ parfois/ jamais
7. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée sur le plan affectif?
Souvent/ parfois/ jamais

• **Partner Violence Screen (PVS) :**

- Au cours de la dernière année, avez-vous été victime de coups, de coups de pied, de coup de poing ou de quelque acte violent que ce soit? Dans l'affirmative, qui en était à l'origine ?
- Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre relation actuelle ?
- Vous sentez-vous menacée par un de vos ex-partenaires ?

• **Outil SAFE :**

S : Comment décririez-vous la relation avec votre conjoint?

A : Que se passe-t-il quand vous et votre partenaire vous disputez ?

F : Lors de vos disputes, est-ce que vous vous faites frapper, bousculer ou blesser ?

E : Disposez-vous d'un plan d'urgence ?

• **Brief conflict tactic scale :**

Cette échelle composée d'une seule question est utilisée par les services d'urgences pour dépister les violences:

Avez-vous été frappée, reçu un coup de poing ou été blessée d'une autre façon par quelqu'un au cours de la dernière année?

Oui/ Non

Si oui, par qui ?

• **Outil ALPHA:**

Cet outil a fait l'objet d'une évaluation et bénéficie de l'approbation/l'appui des gouvernements provinciaux du Canada :

- Comment vous et votre partenaire mettez-vous un terme à vos disputes ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait ?
- Avez-vous déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire ?
- Votre partenaire vous a-t-il déjà humiliée ou a-t-il déjà utilisé d'autres formes de violence psychologique envers vous ?
- Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles contre votre gré ?

• **Evaluation prénatale de la santé psychosociale :**

Puisque la violence est si courante pour de nombreuses femmes et qu'il existe des ressources visant les femmes violentées, je pose dorénavant des questions sur la violence conjugale à chacune de mes patientes :

- Au cours de la dernière année, ou depuis le début de votre grossesse, avez-vous été victime de coups, de gifles, de coups de pied ou de quelque acte violent physique que ce soit ?

-Etes-vous en relation avec une personne qui vous menace ou vous blesse physiquement ?

-Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles qui vous ont incommodé ?

• **Index of spouse abuse physical scale (ISA-PS): Index de violences physiques entre conjoints :**

		Tout le temps	La plupart du temps	Une bonne partie du temps	Quelque fois	Rarement	Très rarement	Jamais
1	Mon partenaire me pousse et me bouscule violemment	7	6	5	4	3	2	1
2	Mon partenaire me frappe ou donne des coups de poing sur mes bras et mon corps	7	6	5	4	3	2	1
3	Mon partenaire me menace avec une arme comme un couteau ou un revolver	7	6	5	4	3	2	1
4	Mon partenaire me bat si fort que je dois consulter un médecin	7	6	5	4	3	2	1
5	Mon partenaire me bat quand il boit	7	6	5	4	3	2	1
6	Mon partenaire me frappe, donne des coups de pied ou de poing, sur mon visage ou ma tête	7	6	5	4	3	2	1
7	Mon partenaire me bat si violemment que j'ai honte de me montrer en public	7	6	5	4	3	2	1
8	Mon partenaire essaye de m'étrangler ou de m'étouffer	7	6	5	4	3	2	1
9	Mon partenaire me jette au sol et me donne des coups de pied ou me piétine							
10	Mon partenaire me jette des objets dangereux	7	6	5	4	3	2	1
11	Mon partenaire m'a blessée avec un objet ou une arme comme un couteau ou un revolver	7	6	5	4	3	2	1
12	Mon partenaire m'a causé une ou plusieurs fractures osseuses	7	6	5	4	3	2	1
13	Mon partenaire me force physiquement à avoir des relations sexuelles	7	6	5	4	3	2	1
14	Mon partenaire m'a fait très mal lors de relation sexuelles	7	6	5	4	3	2	1
15	Mon partenaire cause des blessures sur mes seins ou mes parties génitales	7	6	5	4	3	2	1

Additionner les réponses, retirer le nombre de questions répondues (n= 15), multiplier par 100 et diviser par 90. Un score > 2 indique des violences interpersonnelles.

ANNEXE III

Modèle de certificat médical

Je soussigné(e) : ; sage-femme, certifie avoir examiné ce jour
.....,

Madame/ Mademoiselle.....,

Elle déclare avoir été victime de

.....

le....., à....., par.....

Madame/ Mademoiselle se plaint de.....

.....

Elle présente :

- à l'examen général : (Préciser le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état dépressif...).....

.....

- à l'examen somatique : (donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfaction, brûlure. Indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité...).....

.....

.....

Les examens complémentaires pratiqués : (prélèvements, radiographies...).....

.....

.....

En conclusion, Madame/ Mademoiselle.....présente des lésions compatible avec l'agression qu'elle dit avoir subie.

(L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de.....jours, sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) et seraient à expertiser ultérieurement.) (ITT et IPP déterminées par un médecin.)

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Signature :

ANNEXE IV

Textes de loi

CODE PENAL

Article 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

Article 226-14 : « *Le secret n'est pas applicable à « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.* » Ensuite, « *au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.* »

Article 222-1 : « *Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.* »

Article 222-3 : « *L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise..., ...sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un **état de grossesse**, est apparente ou connue de son auteur ;..., ...par le conjoint ou le concubin de la victime...* »

Article 223-6 : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* »

CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES

Article 3 : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.* »

Article 15 : « *Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.* »

Article 16 : « *Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.* »

Article 33 : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.*

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci. »

Article 38 : « *La sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.* »

ANNEXE V

Trame d'entretien

Présentation du sujet d'entretien

Mon étude porte sur les femmes victimes de violences conjugales en particulier pendant la grossesse et le post-partum. Il s'agit de toute violence verbale, psychologique, physique, sexuelle ou économique exercée par un homme (conjoint, concubin, « petit ami »...) contre sa partenaire actuelle ou ancienne.

J'ai décidé d'effectuer mon mémoire de fin d'études sur ce sujet car aujourd'hui, c'est un véritable problème de santé publique. D'après des enquêtes faites en France, 1 femme sur 10 en est victime (ENVEFF, 2000) et 1 femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son compagnon (Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, 2006). De plus, d'après certains auteurs, la grossesse est considérée comme un facteur déclenchant ou aggravant ces violences.

Cet entretien est destiné à des Sages-femmes pratiquant des consultations pré et post-natales en milieu hospitalier, en libéral et dans les PMI, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de Sage-femme.

Cet entretien sera enregistré avec autorisation de la sage-femme puis traité et archivé de façon strictement anonyme.

Trame d'entretien

- Identité du personnel de santé :

→ Sexe : ☐ F ☐ M

→ Ancienneté : an(s)

→ Mode d'exercice : ☐ hospitalier ☐ libéral ☐ PMI ☐ Autre

→ Vous exercez en milieu : ☐ rural ☐ urbain ☐ mixte

- Avez-vous déjà été confronté à un cas de violence conjugale ?

- Si oui combien ? Et à quel moment de la grossesse et/ou du post-partum ?

- A votre avis quel est le pourcentage de victimes de violences conjugales dans votre pratique ?

- A votre avis quel est le pourcentage de femmes victimes de violences de couple parmi les femmes prises en charge pour une grossesse ?

- Lorsque vous pressentez des violences conjugales, rencontrez-vous des difficultés pour aborder le sujet avec la patiente ? Lesquelles ?

- A propos du dépistage des violences :

- Le faites-vous systématiquement ? Si oui : comment ?/ Si non : pourquoi ?

Connaissez-vous les outils d'évaluations qui ont été testés et validés dans le but d'un dépistage systématique ?

Pensez-vous que le dépistage en systématique est nécessaire ? Si oui : que vous manque-t-il pour le mettre en place ?

Pensez-vous que cette question devrait être intégrée dans la trame de l'interrogatoire du dossier médical ? Si oui : à quel endroit ?

- Faites-vous ce dépistage sur des signes d'appels ? Si oui : lesquels ?

En plus des signes cliniques/comportementaux /sociaux..., recherchez-vous d'autres signes ?

- Pensez-vous qu'il y ait un moment privilégié au cours de la grossesse et/ou du post-partum pour dépister ces violences? Pensez-vous que ce dépistage demande d'être répété ? Si oui, à quelle fréquence ?
- La femme enceinte violentée est considérée comme vulnérable aux yeux de la loi et doit être protégée. Elle peut faire l'objet d'un signalement sans consentement.
 - A qui pensez-vous que l'on puisse faire un signalement ?
 - A qui pensez-vous lorsqu'on parle de prendre en charge et d'aider ces patientes ?
 - Avez-vous déjà orienté ou signalé un cas de violence conjugale ?
Si oui : de quelle façon ? Avez-vous rencontré des difficultés lors de cette prise en charge ?
 - Avez-vous déjà rédigé un certificat médical décrivant des lésions dues à des violences ?
- Avez-vous suivi une ou plusieurs formations sur le thème de la violence conjugale ?
Si oui, lesquelles ? Sur combien d'heures ou jours ?
Si non, seriez-vous intéressé(e) pour en suivre une ?
- Avez-vous à votre disposition assez d'outils ou d'informations afin de dépister et d'orienter au mieux ces patientes ? Si oui : lesquels ? Si non : avez-vous des suggestions ?
- Pour finir cet entretien avez-vous des interrogations, des remarques, des commentaires ?

ANNEXE VI

Structures Accompagnant Les Victimes De Violence Dans Le Couple en Haute-Garonne

Créé par la Consultation de prévention de la violence de l'hôpital de Rangueil à Toulouse, édité en janvier 2008.

APPELS D'URGENCE

- Urgence intervention (Gendarmerie/Police, 24h/24) : **17**
- Service médical d'urgence : **15**
- Urgence sociale : **115**
- Violences conjugales : « **3919** » (Coût d'un appel local) Lundi au samedi 8h à 22h (jours fériés de 10h à 20h)
- Viol et harcèlement : SOS Viol femmes information Lundi au vendredi 10h-19h N° vert : **0 800 05 95 95**
- Enfance maltraitée (gratuit, 24h/24) : **119**

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

La Direction de l'Action Sociale Territoriale du Conseil Général vous indique l'Unité Territoriale d'Action Médico-Sociale la plus proche :
05 34 33 41 12

HEBERGEMENT

- APIAF* : 05 62 73 72 62
- Maison des allées* : 05 62 48 52 20
- Olympe de Gouges* : 05 62 48 56 66
- Le Touril : 05 62 26 84 00
- L'entraide protestante : 05 61 29 81 34
- Le secours catholique : 05 34 25 67 40

*Associations du réseau RIVE-FEMMES

INFORMATION JURIDIQUE

- Conseil Départemental de l'Accès au Droit : Palais de Justice - 3, place du Salin, Toulouse – 05 61 33 70 90
- CIDFF 31 : 95 Grande rue Saint Michel, 31400 Toulouse - 05 34 31 23 31
- SAVIM : 49. Boulevard Lascrosse.

CONSULTATION MEDICO-LEGALE

- Hôpital Rangueil : 05 61 32 29 70
Lundi au vendredi, sans RDV de 8h30 à 11h30 ou sur RDV les mardi et jeudi après-midi de 13h45 à 15h (possibilité d'entretien auprès d'une juriste et d'une psychologue)
- Hôpital Purpan : 05 61 77 21 15
Mardi de 8h30 à 9h30 sur RDV

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Accueil, écoute et accompagnement témoin, victime ou auteur de violence
Evaluation état de santé et Orientation

Consultation de prévention de la violence

Hôpital Rangueil, H1, 2nd Sous sol
Tél. 05 61 32 37 17 (sur rendez-vous)
Courriel : prevention.violence@chu-toulouse.fr

VOS ENFANTS

- Cellule enfant en danger de Haute-Garonne (appel gratuit) : 0 800 31 08 08
- Unité Hospitalière des enfants en danger
Hôpital Purpan : 05 34 55 87 36
- Association « l'enfant bleu », 95 grande rue Saint Michel, Toulouse : 05 61 53 21 10
- Maison des droits de l'enfant (information juridique) 6, rue des Couteliers, Toulouse : 05.61.53.22.63 (permanence mercredi 14h/16h)



STRUCTURES ACCOMPAGNANT LES VICTIMES DE VIOLENCE DANS LE COUPLE

Haute-Garonne

JANVIER 2008



Consultation de prévention de la violence

Hôpital de Rangueil
1 av. Jean Poulhes
TSA 50032 – 31059 Toulouse Cedex 9
Tél. 05 61 32 37 17

Code : 405127 – 12/2007

RÉSEAU ASSOCIATIF D'ACCUEIL DES VICTIMES DE VIOLENCE DANS LE COUPLE - HAUTE-GARONNE

APIAF*	AVAC	CIDFF*	SAVIF/PEA*	SAVIM	Du Côté des femmes*	ISES*	Femmes de papier
TOULOUSE					MURET	REVEL	SAINT-GAUDENS
Femmes victimes de violences conjugales Violences familiales Violences sexistes	Hommes auteurs de violence Femmes victimes de violences conjugales Femmes victimes de viol ou d'inceste	Femmes victimes de violences conjugales Violences intrafamiliales Violences sexistes	Femmes victimes de violences conjugales Violences familiales	Victimes d'infractions Violence conjugales (Unité Hôpital Rangueil H1, 2 nd Sous sol)	Femmes victimes de violences conjugales Discriminations	Femmes victimes de violences conjugales Discriminations	Femmes victimes de violences conjugales Violences familiales
Accueil, écoute, orientation Accompagnement individuel Groupe de parole pour les femmes victimes de violences conjugales Hébergement	Accueil, écoute, accompagnement psychologique et psychothérapique Accompagnement individuel, en famille ou en couple Groupes de parole : - femmes victimes de viol ou d'inceste - hommes auteurs de violence	Accueil, écoute et orientation Information juridique Information professionnelle (conseil emploi) Accompagnement Individuel	Accueil, écoute, information et orientation Accompagnement Individuel Groupes de parole Pour les femmes victimes de violences conjugales	Accueil, écoute et suivi des plaintes Informations juridiques Aide à l'indemnisation Antenne médico-légale	Accueil, écoute et orientation Accompagnement individuel Groupes de parole femmes victimes de violence conjugale	Accueil, écoute, information et orientation Accompagnement individuel Lutte contre les discriminations	Accueil, écoute, information et orientation Accompagnement individuel
05 62 73 72 62 31 rue de l'Etoile 31000 Toulouse Courriel : apiaf@wanadoo.fr	05 61 21 05 28 17 rue Peyras 31000 Toulouse Courriel : avac.toulouse@free.fr	05 34 31 23 31 95 Grande rue Saint-Michel 31400 Toulouse Courriel : cidf31@wanadoo.fr	05 61 25 16 13 2 rue Saint-Jean 31000 Toulouse Courriel : savifs@free.fr	05 62 30 09 82 49, Boulevard Lascrosse, 31000 Toulouse Courriel : s.a.v.i.m@wanadoo.fr	05 34 63 16 74 33 rue de la Louge 31600 Muret Courriel : ducotedesfemmes@gmail.fr	05 61 27 81 66 54 av. Notre Dame Maison des associations 31250 Revel Courriel : ises_revel@hotmail.com	05 61 79 39 71 7 rue de la République 31800 Saint Gaudens Courriel : femmesdepapier@free.fr
Permanence : - Sans RDV : mardi de 12h30 à 17h et jeudi de 14 à 17h - Sur RDV : les autres jours de la semaine	Sur rendez-vous pris par téléphone du lundi au vendredi	(Information juridique sur rendez-vous) Accueil du lundi au vendredi (sauf mercredi matin) 8h30-12h30 13h30-17h30	Permanence Du lundi au vendredi 9h30-17h30 Site Internet : www.savif.com	CHU Rangueil : Sur RDV Du lundi au vendredi 9h-12h et 14-17h (05 61 32 32 94) Autres permanences (plaquette au 0800 56 57 58)	Accueil lundi et mercredi 14h-17h30 (Possibilités de rendez-vous hors des heures de permanence)	Permanence sur rendez vous Les mardi 10h-13h Les jeudi 14h-18h	Sur rendez vous Du lundi au vendredi 10h-12h (Possibilités de rendez-vous hors des heures de permanence)

