BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

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

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

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

LA PLACE DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES DES FEMMES EN CONSULTATION PRÉNATALE À LYON EN 2016

Mémoire présenté par Adeline LECORNU-SÉGOUIN
Née le 07 novembre 1993
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Promotion = 2017

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

LA PLACE DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES DES FEMMES EN CONSULTATION PRÉNATALE À LYON EN 2016

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

À Madame Emmanuelle PIET, gynécologue à PARIS, pour son intervention lors de la Journée Nationale des Etudiants Sages-Femmes en février 2015 et son implication dans le dépistage systématique des violences conjugales. Son discours m'a convaincue de poser la question de manière systématique en consultation, et m'a permis de rédiger ce mémoire aujourd'hui.

À Isabelle BONNIN et Patricia GIRAUD pour leurs encouragements lors de mes études et du choix de mon sujet.

À Caroline GRANGIÉ-VACHET en qualité de guidante de mémoire et Madame SMANIOTTO en qualité d'expert de mémoire pour leur soutien et leur très grande disponibilité à mon égard.

À mes amies de promotion, et tout particulièrement Lucile et son soutien sans faille, Florine et sa bonne humeur, Vanille et son amitié.

À Caroline et Camille, sur qui je pourrais toujours compter. À Tatie et Mireille, qui ont toujours cru en moi.

À Clément, pour sa présence, sa patience et son aide si précieuse.

Je dédie ce mémoire à ma mère, qui m'a toujours appris à aller au bout de mes idées, à les concrétiser, à ne jamais baisser les bras et qui m'a toujours soutenue dans mes projets. Et merci à toi, ma sœur, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Bien des violences se déguisent en un calme trompeur.”
Robert Sabatier

Poète, écrivain et directeur littéraire des éditions Albin Michel,
Elu de l’Académie Goncourt et Mallarmé.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

GLOSSAIRE

ONU : Organisation des Nations Unies

PACS : Pacte Civil de Solidarité

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

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

WAST : Woman Abuse Screening Tool

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. CHAPITRE UN : Problématique et enjeux de la violence conjugale 2
   1.1. Les violences conjugales : de quoi parle-t-on ? 2
      1.1.1. Définitions 2
      1.1.2. La législation française 4
      1.1.3. Les chiffres clés en France 6
   1.2. Les violences : un réel enjeu de santé publique 7
   1.3. La place de la sage-femme face aux violences conjugales 8
      1.3.1. La sage-femme au cœur de la problématique 8
      1.3.2. Les enjeux du dépistage systématique 9

2. CHAPITRE DEUX : L'étude 11
   2.1. Méthodologie 11
      2.1.1. Objectifs de l'étude 11
      2.1.2. Hypothèses de recherche 11
      2.1.3. Type de recherche, site et durée d'étude 11
      2.1.4. La population, critères d'inclusion et d'exclusion 12
      2.1.5. Outils et facteurs étudiés 12
      2.1.6. Réalisation de l'étude : procédure de recueil des données 14
      2.1.7. Analyse des données 15
   2.2. Présentation des résultats 15
      2.2.1. Caractéristiques de la population 15
      2.2.2. Les facteurs étudiés 17
         2.2.2.1. Premier facteur : la présence ou non du dépistage systématique 17
         2.2.2.2. Second facteur : nombre de patientes répondant positivement 17
         2.2.2.3. Troisième facteur : l'accord des patientes sur le dépistage 24

3. CHAPITRE TROIS : Analyse, discussion et pistes d'amélioration 26
   3.1. Le dépistage systématique est-il réalisé à titre systématique ? 26
   3.2. Le dépistage serait-il bénéfique ? 29

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.3. Les femmes seraient-elles en accord avec le dépistage systématique ? 32
3.4. Faiblesses, forces et biais de l'étude 33
3.4.1. Faiblesses 33
3.4.2. Forces 34
3.4.3. Biais 34

CONCLUSION 35

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 36

ANNEXES

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

En 2015, une femme a été tuée tous les trois jours par son compagnon ou un ex compagnon. Les violences conjugales restent inexorablement un sujet tabou dans notre société, que les professionnels ont peur d'aborder. (1) Ce fléau constitue un enjeu majeur de santé publique : les conséquences en gynécologie-obstétrique sont nombreuses avec d'une part la manifestation de nombreux troubles somatiques, mentaux et physiques, d'autre part par les coûts médicaux que cela implique. C'est aussi une violation grave des droits humains.

Nous, sages-femmes, sommes particulièrement concernées. Au cœur de l'intimité des femmes, la relation de confiance que nous tissons avec nos patientes est un atout inéluctable sur lequel nous devons nous appuyer. La grossesse n'est pas un facteur protecteur des violences, bien au contraire. Un très grand nombre d'entre elles se déclarent pendant la grossesse, ou s'accentuent. (2)

Face à l'ampleur de ces violences, il me paraît essentiel d'agir. Malgré les nombreuses recommandations, le dépistage systématique des violences ne semblait pas être réalisé.

En tant que future professionnelle de santé, ce sujet me portait vraiment à cœur. C'est pourquoi je me suis interrogée sur la place du dépistage systématique des violences conjugales en consultation prénatale à Lyon et particulièrement, sa pertinence, son intérêt ?

Il me paraissait important dans un premier temps d'éclairer le sujet des violences conjugales, à travers les définitions, le cadre légal et des chiffres clés. Mais aussi et surtout la place et le rôle de la sage-femme face à cette problématique.

Dans un second temps, la méthodologie de l'étude exploratoire menée sur Lyon a été établie, ainsi que les résultats de cette étude.

Dans un troisième et dernier temps, les résultats ont été analysés, puis discutés avec des perspectives possibles en termes de dépistage systématique, si bénéfique pour les femmes.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. CHAPITRE UN : PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX DE LA VIOLENCE CONJUGALE

1.1. Les violences conjugales : de quoi parle-t-on ?

1.1.1 Définitions

- *Domaine institutionnel*

Pour l'ONU, cette violence désigne *« Tout acte de violence dirigé 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 ».* (3)

Cette définition rejoint celle de la Convention Européenne dite convention d'Istanbul mise en vigueur le 1er novembre 2014 et adoptée par la France. Celle-ci a pour but « *de protéger les femmes contre toutes les formes de violence et de prévenir, poursuivre et éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ».* (4)

- *Domaine juridique*

D'un point de vue juridique, le gouvernement définit les violences conjugales comme étant celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint quelle que soit la situation du couple (mariage, concubinage, PACS, ex conjoint) et peuvent être psychologiques, physiques ou sexuelles. (5)

Les violences verbales, psychologiques peuvent apparaître de longues années avant le passage à la violence physique. Dans la majorité des cas, la violence s'aggrave dans le temps. Ces violences permettent d'atteindre le but recherché c'est-à-dire un climat de tension et de peur, d'insécurité sans porter de coup. (6)

- *Domaine psychologique*

En tout premier lieu il est primordial de distinguer le conflit conjugal de la violence conjugale.

La notion assez claire qui permet de différencier les deux termes est l'égalité. Le rapport dans le conflit conjugal est sur un pied d'égalité malgré deux points de vue contraires.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

C'est l'inverse pour la violence conjugale où la domination remplace cette notion d'égalité, laissant place à l'emprise d'un protagoniste sur l'autre. (5) L'emprise établit une notion de pouvoir de l'auteur sur la victime afin d'en obtenir le contrôle. Il existe un écart de pouvoir entre l'agresseur et l'agressé. L'emprise est responsable d'un climat de tension et de peur permanente. (7)

Ce qui différencie les violences conjugales d'un conflit ou d'une dispute de couple (pouvant aussi être violente) réside dans leur caractère cyclique alors qu'un conflit se traduit par des événements ponctuels. La violence conjugale se reconnaît par sa constance. On parle en effet du cycle des violences conjugales.

La violence conjugale est donc caractérisée par un cycle constituant un cercle vicieux. Ce cycle se décrit en 4 phases :

- **L'escalade** : tension/contrôle et emprise de la part du dominant et peur de la part du (de la) dominé(e), qui se replie sur elle-même et tente de se conformer aux attentes du partenaire.
- **L'explosion :** agression/passage à l'acte de la part du dominant et colère et tristesse de la part du dominé(e), en totale incompréhension.
- **Le transfert de responsabilités** : déni de la part du dominant qui minimise son comportement, le justifie et culpabilisation/responsabilisation de la part du (de la) dominé(e).
- **La lune de miel :** rémission et sursis amoureux de la part du dominant et espoir avec retour de la confiance de la part du (de la) dominé(e), c'est le calme avant la récidive. (6)

❖ *Domaine économique et social*

Si la justice et l'ONU définissent trois grandes formes de violences (psychologiques, physiques et sexuelles), il en existe d'autres :

- Violences économiques et administratives : privation de ressources voire confiscation de documents, contrôle des dépenses.
- Violences sociales et familiales **:** isolement, repli social, rupture avec la famille et l'entourage. (9)

« *Le fait qu'une femme ne présente pas de blessures physiques ne signifie pas qu'elle n'ait été ni battue ni violentée ». (6)*

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

En somme, les formes des violences au sein du couple sont multiples et peuvent parfois être concomitantes. Souvent, l'agresseur alterne. Quelles que soient les explications ou les justifications, le seul responsable est l'auteur de ces violences dont on résume les différentes formes et manifestations ci-dessous :

- **Psychologiques** : menaces, dévalorisation, mépris, dénigrement, chantage, contrôle, isolement, harcèlement. Elles représentent le type le plus fréquent de violences perpétrées au sein du couple. (8) Elles caractérisent l'emprise, et expliquent les difficultés des victimes à prendre conscience des faits, de leur gravité, et leur incapacité à s'en sortir sans aide extérieure.
- **Verbales** : hurlements voire chuchotements, insultes, grossièretés, injures, menaces de mort.
- **Physiques** : atteinte à l'intégrité corporelle, bousculades, coups de pied, brûlures, morsures, traîner par les cheveux, étranglements, séquestration.
- **Sexuelles** : viols, pornographie, exploitation sexuelle, prostitution.
- **Économiques** : privation de ressources voire confiscation de documents, détournement de revenus, dépendance financière, interdiction d'exercer une activité professionnelle, vente des biens personnels.

1.1.2 La législation française

Il est important de rappeler que les violences sont punies et sanctionnées pénalement par la loi, qu'elles soient verbales, physiques, sexuelles même si elles sont commises par le conjoint/concubin/partenaire lié par le PACS ou l'ex conjoint/ex concubin/ ex partenaire pacsé.

Les différentes infractions possibles et leurs peines encourues ont été définies par le législateur. (annexe I)

Au fil des années, le cadre législatif évolue. (11)

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Loi 22/07/93	La qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise.
Loi 15/11/01	Permet à la victime comme aux témoins de signaler comme domicile l'adresse du commissariat ou de la brigade de gendarmerie.
Loi 26/05/04	Autorise le juge aux affaires familiales à conclure en urgence sur l'attribution du domicile conjugal et à choisir de l'éloignement du conjoint violent dès les premiers actes de violences et ce, avant le déclenchement de la procédure de divorce.
Loi 12/12/05	Prévoit l'éloignement de l'auteur des violences du domicile à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives ainsi qu'une prise en charge sanitaire, sociale et psychologique.
Loi 04/04/06	- Elargit le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs : partenaire (PACS) et ex conjoint, ex concubin, ex partenaire à de nouvelles infractions : meurtres, viols, agressions sexuelles. - Reconnaît le viol entre époux. - Sanctionne le vol de documents indispensables à la vie quotidienne entre époux. - Facilite l'éloignement de l'auteur des violences du domicile de la victime. - Elargit l'éloignement de l'auteur en étendant l'interdiction du domicile à tous les stades de la procédure pénale aux personnes liés par un PACS ainsi qu'aux « ex » avec une sanction immédiate en cas de non-respect de cette interdiction.
Loi 09/07/10	- Crée l'ordonnance de protection pour les victimes de violences conjugales <u>en cas de péril imminent</u> et la sanction de sa violation. - Permet le possible retrait de l'autorité parentale pour les personnes condamnées comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime sur la personne de l'autre parent. - Un conjoint, concubin, partenaire de PACS ou « ex » (conjoint, concubin, partenaire de PACS) violent, mis en examen, peut être assigné à résidence avec surveillance électronique. - Crée le délit de harcèlement moral au sein du couple (violence psychologique).

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Loi
04/08/14

- Amplifie le dispositif des ordonnances de protection (urgence, adresse de la victime dissimulée).
- Généralisation du téléphone grave/grand danger délivré pour une durée de 6 mois renouvelable, si grave danger menaçant une victime de violences de la part de son conjoint.
- Envoi de messages malveillants réitérés émis par la voie des communications électroniques est un délit.
- En cas de violences au sein du couple ou par les ex, la médiation pénale n'est plus imposée et n'est possible qu'en cas de demande expresse de la victime.
- Stages de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple et sexistes peuvent être proposées aux auteurs de violences.
- Obligation de formations initiales et continues des professionnels en contact avec les victimes de violences.

1.1.3 Les chiffres clés en France

En 2013, 121 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex conjoint. De plus, 33 enfants mineurs ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple.
En moyenne, on estime que 216 000 femmes (entre 18 et 75 ans) sont chaque année victimes de violences conjugales graves. Parmi elles, 16% ont déposé plainte.
Aussi, 145 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex conjoint. 42% ont moins de 6 ans.
86 000 femmes sont victimes de viols ou de tentatives de viol. Dans plus de 8 cas sur 10, la victime connaissait l'agresseur. Dans près d'un cas sur trois, l'auteur est le conjoint de la victime.
D'autre part, 52% des femmes ne font aucune démarche, 24% des victimes ont consulté un médecin, 19 % ont vu un psychiatre ou psychologue et 18 % se sont rendues dans un commissariat ou une gendarmerie. (12)

En somme, 1 femme sur 10 serait victime de violences conjugales. Ces chiffres montrent bien l'étendue de cet enjeu de santé publique majeur, mais ne reflètent pas la réalité de l'ampleur du phénomène. A l'heure actuelle, les statistiques disponibles portent sur les seules violences déclarées à la suite d'une démarche des femmes vers une institution.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2. Les violences conjugales : un réel enjeu de santé publique

Les violences conjugales ont quitté le champ spécifique de la police et de la justice dans les années 1990 pour intégrer le champ de la santé publique. (13)

S'ajoutent aux chiffres clés précédemment cités pour démontrer l'enjeu de santé publique le coût global des violences conjugales en France qui est estimé à 3,6 milliards d'euros par années dont 290 millions pour le système de soins correspondant à des coûts directs médicaux. Le coût économique des violences dans son ensemble est détaillé en annexe II. (14)

Afin de dépister et de prendre en charge ce fléau, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a été créée. Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes et de nombreuses associations participent aux travaux de la MIPROF.
Cette structure a été créée par le décret n°2013-07 du 03 janvier 2013. Elle a pour but de centraliser, analyser et transmettre les informations concernant les violences faites aux femmes, elle contribue à l'évaluation des dispositifs nationaux et locaux en matière de violences faites aux femmes et elle est chargée de définir un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes.

Pour améliorer la formation des professionnels de santé, et traiter cet enjeu de santé publique, la MIPROF est à l'origine de plusieurs initiatives :

- Un kit intitulé *Anna* qui comprend :
    - Un film qui a été réalisé pour sensibiliser les professionnels de santé au sujet des violences envers les femmes sur le repérage. Il propose des explications à procurer aux femmes.
    - Un livret d'accompagnement qui aborde les mécanismes de la violence, les différences entre violences et conflit, les conséquences sur la santé des femmes mais aussi pour les enfants exposés aux violences du couple, les stratégies de l'agresseur. D'autre part on note aussi les réponses que le professionnel de santé peut adopter et surtout, les conseils de sécurité à donner à une femme victime.
- Un kit intitulé *Tom et Léna :* il traite du retentissement sur les enfants.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Un kit *Protection sur ordonnance :* pour l'appréciation du danger lié aux situations de violence au sein du couple et mettre en place une protection adaptée pour la mère et les enfants victimes.
- Un kit intitulé *Elisa* qui traite des conséquences des violences sexuelles et de l'influence du repérage systématique sur la femme victime.
- Une affiche d'information pour les officines et un dépliant de formation spécifique pour permettre aux pharmaciens d'être sensibilisés à cette problématique. Ils ne sont pas formés, et ainsi ne repèrent pas.

1.3. La place de la sage-femme face aux violences conjugales

1.3.1 La sage-femme au cœur de la problématique

La constatation ou la révélation des sévices se fait régulièrement lors des consultations médicales, de la préparation à l'accouchement, voire de l'entretien prénatal précoce. La sage-femme fait partie des professionnels de santé qui rencontrent les femmes en consultation pendant leur grossesse, et dans leur intimité particulièrement. Elles participent également au suivi gynécologique de prévention, au suivi d'une contraception tout au long de la vie génitale de la femme et donc à des moments « clés ». Elle peut ainsi y être confrontée d'autant plus que 40% des violences conjugales débutent lors de la grossesse. (15)

La sage-femme est donc au cœur de ce problème de santé publique.

De plus, certains axes de la problématique relèvent du devoir : l'article R. 4127-316 du Code de la santé publique énonce, quant à lui, que :

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. (16)

Pour ce faire, la sage-femme est en capacité de réaliser un certificat médical en vue de constater des lésions et signes qui témoignent des violences conjugales (modèle en annexe III).

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cet engagement continue avec la signature du manifeste de Gynécologie Sans Frontière signé le 7 mars 2014 par le CNOSF et en présence des représentants des sociétés savantes et ordinales de la périnatalité :

Nous, médecins, sages-femmes et représentants des professions médicales, nous nous engageons à réaliser et à soutenir les actions de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences. Nous, médecins, sages-femmes et représentants des professions médicales, nous nous engageons à nous mobiliser, nous informer, nous former et à nous rapprocher des réseaux de lutte contre les violences au sein du couple pour participer à la protection des femmes et de leurs enfants. Conscients aujourd'hui de notre rôle prioritaire, nous adressons ce message aux femmes en danger : Vous êtes les victimes, nous sommes à votre écoute, nous pouvons vous aider. (17)

1.3.2 Les enjeux d'un dépistage systématique

La grossesse est reconnue comme un moment propice pour dépister les violences actuelles ou passées subies par nos patientes. En effet, une femme est vue par un(e) soignant(e) en moyenne 18 fois pendant sa grossesse : sept visites prénatales, six séances de préparation à la naissance, trois échographies, un entretien prénatal et une consultation d'anesthésie. Toutes ces consultations sont autant d'alternatives pour les professionnels de santé d'évoquer la question des violences conjugales. (18)

De plus, la sage-femme, au cœur de l'intimité des patientes, établit au fil des consultations un lien de confiance opportun à la révélation d'une situation que la femme n'avait pu évoquer jusque-là. (7)

Si le dépistage est plus facile à pratiquer lorsque les lésions physiques sont visibles et donc évidentes, il peut néanmoins de temps à autre être plus complexe. Il arrive que la patiente victime de violences conjugales consulte pour de multiples raisons, qui sont le reflet de ce mal être et de ce qu'elles subissent. Cet état de mal être peut se traduire par des troubles somatiques (digestifs, lombalgies, gynécologiques, ou troubles psychiques variés), ou des complications obstétricales. Cet absence de symptômes spécifiques rend le dépistage plus complexe, d'autant plus que la plupart des femmes n'osent pas parler de ce qu'elles subissent.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ces observations vont dans le sens d'une mise en place du dépistage systématique, très peu effectué aujourd'hui. Il convient de poser quelques questions, explicites à toutes nos patientes, une fois la confiance installée et lors d'un entretien en tête à tête avec la femme. (19)

Les questions sont simples et quelques-unes se trouvent sur le site internet de l'institut humanitaire (www.sivic.org). Elles peuvent être « Qu'est-ce qui vous rend triste ? », *« Êtes-vous ou avez-vous été victime de violences dans votre couple ? au travail ? dans l'enfance ? »*.

Par ailleurs, la question des violences conjugales fait partie des recommandations de la HAS, qui préconise un repérage des facteurs de vulnérabilité, et notamment l'abord avec tact de la question des violences et de convaincre les femmes de ne pas garder ce sujet pour elles. (20)

Bien qu'une anticipation de la question du sujet des violences reste primordiale pendant la grossesse afin d'obtenir une prise en charge optimale, une hospitalisation ou des soins ponctuels peuvent représenter un moment opportun également pour la femme d'aborder le sujet et de ce fait le moment opportun pour les soignants de poser la question. Ces traumatismes peuvent être évoqués autant de fois que la femme est reçue à l'hôpital, en consultation, lors de soins ponctuels, mais aussi pendant l'entretien prénatal précoce propice à la réminiscence d'événements de la vie tels que les violences. (7)

Une sage-femme doit également être vigilante si le conjoint est omniprésent, parfois obséquieux ou au contraire très remonté contre le personnel, qui vérifie tout. Il est primordial à un moment donné de la consultation, de voir la femme sans son conjoint afin de lui donner un espace de parole rien qu'à elle.

La femme n'a pas l'obligation de nous répondre de suite à la question posée, mais une porte lui est ouverte. Souvent, la femme revient sur la question un peu plus tard dans l'entretien ou lors d'une consultation suivante. Le fait de lui poser la question permet de montrer à la patiente que le professionnel en question est en capacité d'entendre sa réponse. Si elle sait d'autant plus que cette question est posée systématiquement, la femme est aidée pour répondre car elle ne se sentira pas stigmatisée. (21)

En conclusion, le dépistage des violences conjugales de manière systématique par les sages-femmes en consultation prénatale pourrait donner l'opportunité aux femmes d'en parler en toute confiance et de « renouer avec leurs capacités ». (7)

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

En effet, les sages-femmes sont au premier plan de l'intimité des femmes victimes de violences pour les dépister pendant la grossesse, contexte à risque. Ainsi, ce dépistage permettrait un accompagnement multidisciplinaire où les sages-femmes ont un rôle central.
C'est pourquoi, au vu de ces données, je me suis intéressée à la place du dépistage systématique en consultation prénatale à Lyon, et au point de vue des patientes. L'étude réalisée, présentée dans le chapitre suivant, a tenté d'apporter quelques éléments de réponse et de réflexion.

2. CHAPITRE DEUX : L'ÉTUDE

2.1. Méthodologie

2.1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pertinence, l'intérêt du dépistage systématique des violences conjugales.

L'objectif secondaire était de connaître l'opinion des femmes au sujet du dépistage systématique des violences conjugales.

2.1.2. Hypothèses de recherche

1) Les violences conjugales sont très peu abordées en consultation prénatale.
2) Les femmes souhaiteraient que les professionnels de santé les interrogent sur la question des violences conjugales lors des consultations.
3) Le questionnaire utilisé dans cette étude permettrait de repérer, dépister les violences conjugales.

2.1.3. Type de recherche, site et durée de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pertinence, l'intérêt du dépistage systématique des violences conjugales. C'est pour cela que je me suis adressée directement aux patientes avec un questionnaire qui leur était destiné, afin de réaliser une étude quantitative du nombre de patientes concernées par le sujet, et/ou déjà dépistées.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette étude a été réalisée dans 5 maternités de Lyon et sa banlieue, maternités de tout niveau afin d'établir des résultats provenant de tout milieu : Croix Rousse et HFME (niveaux 3), Lyon Sud (niveau 2), Portes du Sud et clinique de l'Union (niveaux 1).

L'étude a duré de mars à septembre 2016 sur l'ensemble de ces maternités. Au terme de cette période, 55 réponses ont pu être récoltées. Le nombre de participantes étant réduit et pas nécessairement représentatif de la population, bien que l'outil soit à visée quantitative (questionnaire avec matériel quantifiable et mesurable), la portée de l'étude reste exploratoire, d'autant plus que cet outil tel qu'il a été créé (cf. chapitre outil et facteurs étudiés) n'a pas encore été exploré dans ce cadre et cette région Lyonnaise.

2.1.4. La population, critères d'inclusion et d'exclusion

La population concernée a regroupé les patientes enceintes dont la grossesse est suivie dans une maternité de Lyon citée ci-dessus, sans critère d'exclusion. Les consultations de grossesses hospitalières ayant lieu de plus en plus tardivement, il n'y avait pas, par déduction, de patientes avant le second trimestre de grossesse.

2.1.5. Outils et facteurs étudiés

Les facteurs étudiés étaient :

- Le nombre de femmes ayant déjà été interrogées par un professionnel de santé ou qui en ont déjà parlé d'elles-mêmes.
- Le nombre de patientes ayant subi des violences conjugales, ou nous dévoilant vivre dans un climat d'insécurité.
- La volonté des femmes d'en parler ou non.

Pour cela, un questionnaire a été établi (annexe IV).

En première partie, peuvent être observées des questions d'ordre informatif sur une première fiche signalétique (âge, situation professionnelle, situation matrimoniale, présence du conjoint lors des réponses au questionnaire).

S'ajoutent à ces premières questions, un questionnaire validé comme outil d'identification précoce de la violence conjugale, le questionnaire WAST (annexe V).

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Woman Abuse Screening Tool (WAST) est un outil canadien. Il a été créé par J. B. Brown, B. Lent, P. J. Brett en 1996. Il a été intégré au formulaire ALPHA, un outil prénatal psychosocial canadien. Elaboré en anglais, il a été traduit et validé en français et en espagnol. Il peut être utilisé en différents contextes de pratique, en milieu urbain comme en milieu rural.
Le questionnaire WAST a été sélectionné ici car il est le seul à rassembler l'ensemble de ces critères : traduit officiellement en français et validé, permet les réponses en milieu hospitalier, dépiste les formes de violences aussi bien physique/émotionnelle que sexuelle, possibilité d'être distribué en questionnaire auto administré ou administré par le professionnel.

La version anglaise, qui possède une cohérence interne entre 0,75 et 0,90 aborde également la question des violences sexuelles alors que la version française qui ne mentionne pas cette question a une cohérence interne de 0,95. (22)

Il existe une version abrégée de l'outil, le questionnaire WAST-SHORT, qui consiste à poser à l'oral uniquement les deux premières questions de l'outil c'est-à-dire :

- En général, comment décririez-vous votre relation de couple ? pas tendue, peu tendue, très tendue
- Quand il y a une dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec : pas de difficulté, peu de difficulté, beaucoup de difficulté

Si ces deux questions révèlent beaucoup de difficulté, ou une tension importante, le test se révèle positif mais la suite du questionnaire devra être posé. La suite du questionnaire, ne permet pas d'interprétation, celle-ci est basée sur le jugement clinique. (2)

Dans mon questionnaire distribué à l'écrit, j'ai ainsi opté pour le choix d'utiliser l'intégralité du questionnaire original, en posant les 8 questions à la suite de mes questions d'ordre général. Il me semblait important d'aborder tous les aspects de la violence (sexuelle également).

Pour terminer, je demandais aux patientes si la question des violences conjugales avait déjà été abordée en consultation, et de quelle façon (par elles-mêmes, par le professionnel). Enfin, j'ai exploré si les femmes étaient en accord avec ce dépistage.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce questionnaire n'a pas été distribué de façon directe en consultation par les sages-femmes, car il aurait fallu une première fiche de consentement libre et éclairé des patientes, distribuée au préalable, et non anonyme, ce qui aurait sensiblement diminué le nombre de réponses au vu de la délicatesse du sujet. C'est pourquoi j'ai opté pour un questionnaire en ligne, anonyme, directement accessible via un téléphone ou un ordinateur, de façon à ce que la patiente puisse y répondre en toute confidentialité et sérénité.
Le lien de ce questionnaire en ligne fut distribué à travers des cartes de visites données par les sages-femmes en consultation ; carte sur laquelle les coordonnées d'une association contre les violences étaient inscrites d'un point de vue éthique afin de ne pas laisser isolées les femmes qui se confieraient à travers ce questionnaire.

2.1.6. Réalisation de l'étude : procédure de recueil des données

Après la validation du protocole de recherche (annexe VI), réalisé après de nombreuses recherches sur le sujet, j'ai demandé l'autorisation de distribuer mon questionnaire en consultation aux chefs de service concernés par les maternités.

Après obtention de ces autorisations, je me suis déplacée dès le mois de mars 2016 dans chacun des hôpitaux concernés par mon étude afin de rencontrer la cadre sage-femme coordinatrice des services de consultations prénatales et les sages-femmes de consultation. Je leur ai expliqué mon étude, l'outil nécessaire à sa réalisation en leur donnant un exemplaire du questionnaire pour qu'elles en aient connaissance. J'ai insisté sur le caractère anonyme de ce questionnaire, et leur ai demandé d'en faire autant auprès des patientes.
Le but était de bien transmettre ce questionnaire comme un outil permettant d'améliorer la prise en charge à venir concernant ce sujet, sans intervention de notre part dans le cours normal des événements pour ne pas influencer les réponses de cette étude à visée exploratoire.

Je me suis déplacée à plusieurs reprises avec les cartes de visite sur lesquelles figuraient le lien mon questionnaire afin de rencontrer le plus grand nombre de sages-femmes, et pour éviter qu'elles ne soient confrontées à un éventuel manque de cartes ou d'informations concernant l'étude.

Au total, 55 réponses ont été récoltées, pour un total d'environ 500 questionnaires distribués. Il est difficile d'établir le nombre total de cartes distribuées ou non, mais j'évalue approximativement le nombre de réponses obtenues à 10%.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

J'ai également plusieurs fois sollicité ma guidante de mémoire à l'école et ma référente sur l'utilité de poursuivre ou non mon étude, les réponses étant moins nombreuses que le nombre escompté au départ pour réaliser mon étude quantitative (200). J'ai clôturé la distribution fin septembre 2016 pour me donner le temps de l'analyse des données.

2.1.7. Analyse des données

Afin d'analyser les données de manière objective, j'ai rencontré des professionnels étant confrontés de manière très fréquente à la question et notamment une assistance sociale de PMI s'occupant quotidiennement des cas de violences.

L'ensemble des cours de ma formation initiale et la rencontre des intervenants lors du congrès des violences faites aux femmes notamment, m'ont également permis de progresser dans la démarche d'analyse des données.

Par exemple, et nous le reverrons plus tard, j'ai ainsi compris grâce à ces rencontres et à mes lectures, que le phénomène de peur manifeste pour la plupart du temps la notion d'emprise.

2.2. Présentation des résultats

2.2.1. Caractéristiques de la population

La population étudiée était âgée de 21 à 40 ans, avec un pic à 25 ans et 32 ans.

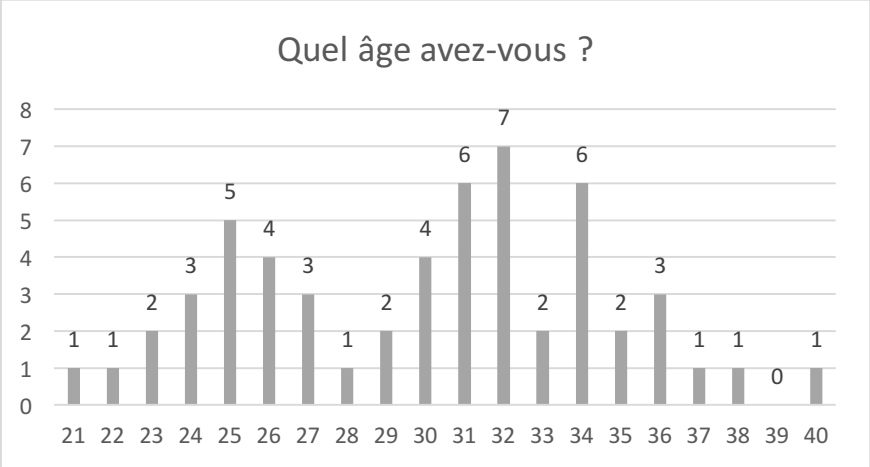


Figure 1 : Âge de la population

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Bien que la majorité des patientes ayant répondu possédait une activité professionnelle et sont mariées, toutes les classes sociales ont été ici représentées, du point de vue professionnel et matrimonial.

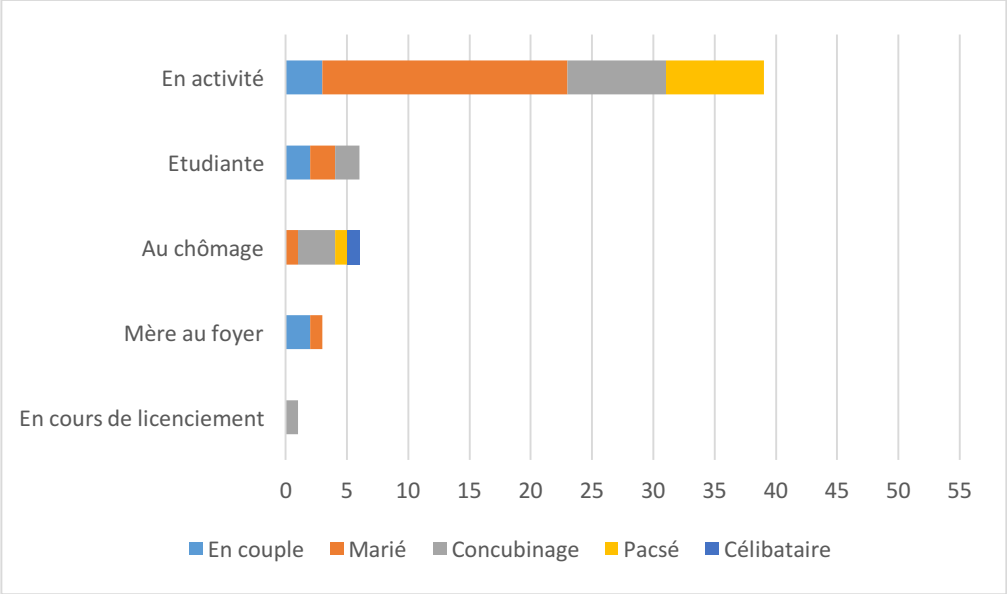


Figure 2 : Situation professionnelle et situation matrimoniale de la population

De plus, un peu plus de la moitié des patientes n'avaient pas encore d'enfant, l'autre moitié en avaient déjà un. Sur les 9 restantes, 8 en ont deux et étaient à leur troisième grossesse, et une patiente possédaient déjà 3 enfants. La population était donc majoritairement nullipare ou primipare.

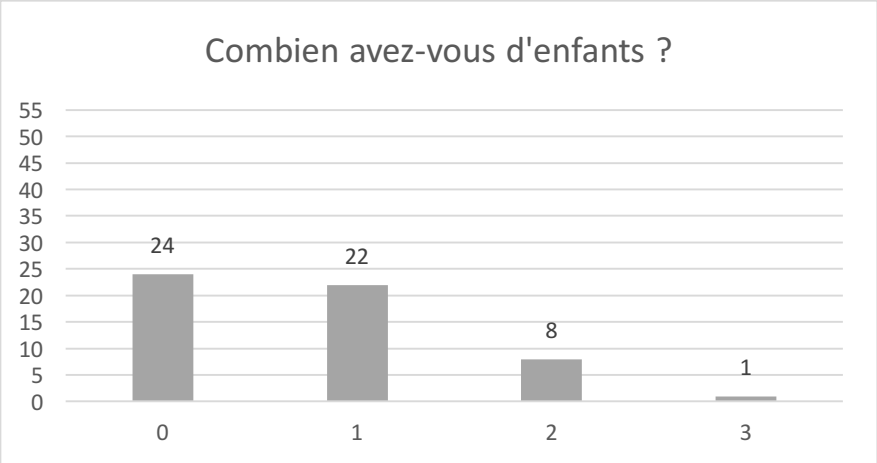


Figure 3 : Nombre d'enfants chez les patientes ayant participé à l'étude

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2.2. *Les facteurs étudiés*

- *Premier facteur : la présence ou non du dépistage systématique*

Le premier des trois facteurs étudiés était le nombre de femmes ayant déjà été interrogées par un professionnel de santé. Sur 55 patientes, 52 n'ont jamais été interrogées par un professionnel de santé. Sur les trois personnes interrogées à ce sujet, deux l'ont été par une sage-femme, et une par un médecin généraliste.

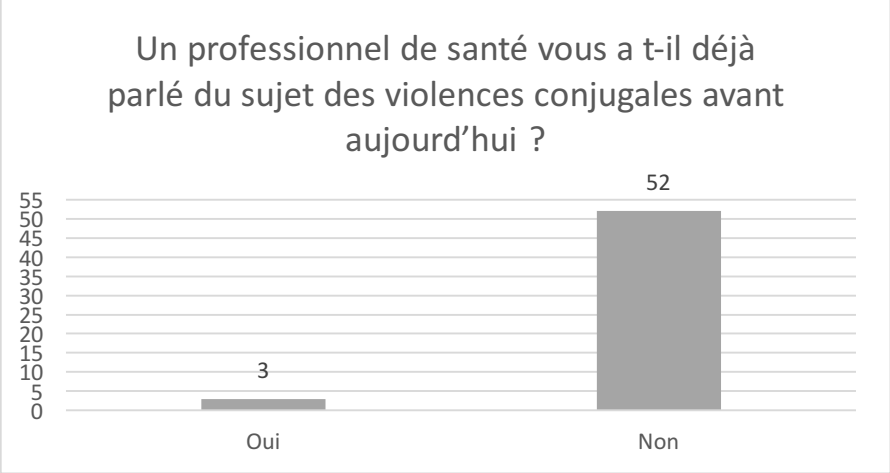


Figure 4 : Evaluation de la présence d'un dépistage systématique présent ou non

- *Second facteur étudié : nombre de patientes répondant positivement aux questions*

Le second facteur étudié est le nombre de patientes ayant subi des violences conjugales, ou nous dévoilant vivre dans un climat d'insécurité**.** Mises à part les patientes nous avouant avoir parlé d'elle-même des violences conjugales les concernant, nous ne pouvons placer les autres dans un groupe de victimes à travers un simple questionnaire.
Dans un premier temps, un état des lieux des réponses au questionnaire a été réalisé, puis dans un second temps les réponses des patientes qui méritaient notre attention ont été analysées.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

- **Etat des lieux des réponses au questionnaire**

Sur 55 patientes, 43 déclaraient ne ressentir aucune tension dans leur relation de couple. 12 décrivaient leur relation quelque peu tendue, aucune ne déclaraient avoir une relation très tendue.

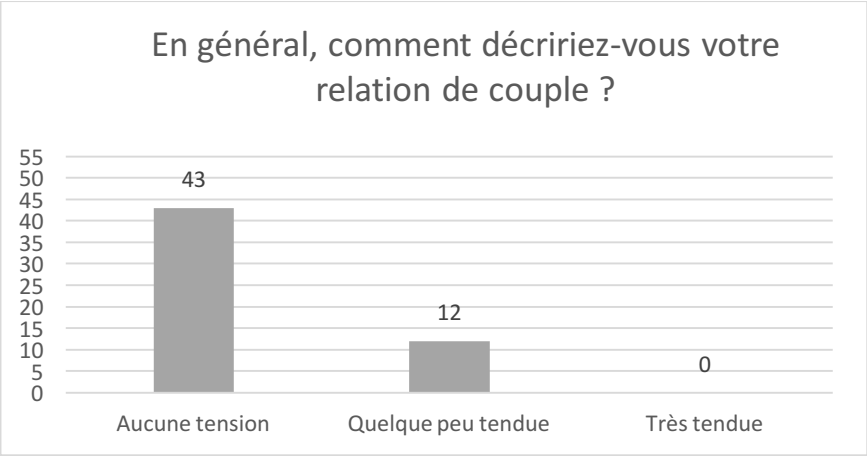


Figure 5 : Nombre de patientes déclarant le niveau de tension dans leur relation de couple

Sur 55 patientes, 32 déclaraient n'éprouver aucune difficulté à régler le conflit, 22 éprouvaient une certaine difficulté, 1 déclarait éprouver beaucoup de difficulté.

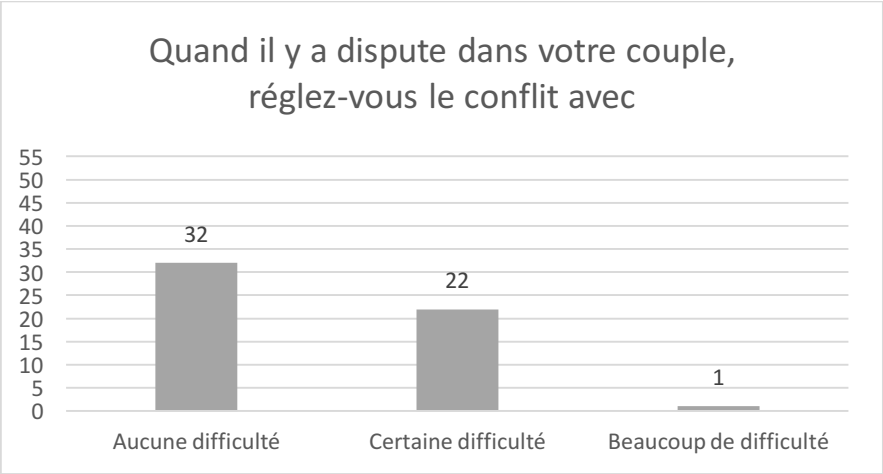


Figure 6 : Nombre de patientes déclarant régler leur conflit avec aucune, une certaine ou beaucoup de difficulté

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sur 55 patientes, 25 déclaraient ne jamais se sentir rabaissée ou bouleversée après un conflit, 26 quelquefois, 4 souvent.

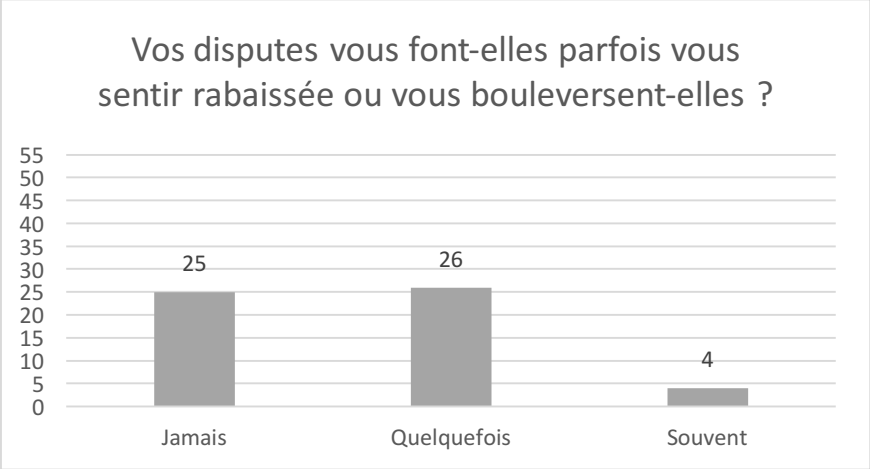


Figure 7 : Nombre de patientes déclarant se sentir rabaissée/bouleversée et à quelle fréquence

Sur 55 patientes, 3 déclaraient des disputes se terminant par des gifles, des coups et de la bousculade.

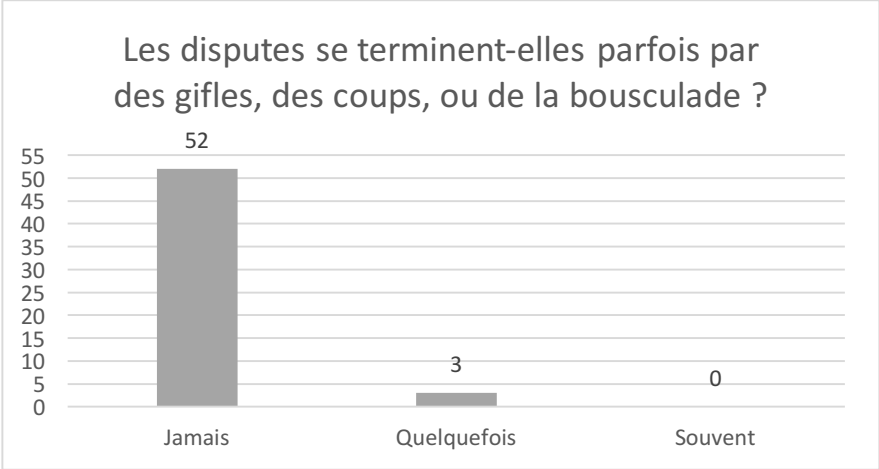


Figure 8 : Nombre de patientes déclarant des gifles/coups ou bousculades lors d'un conflit et à quelle fréquence

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sur 55 patientes, 49 n'ont jamais eu peur de leur partenaire, mais 6 déclaraient quelquefois.

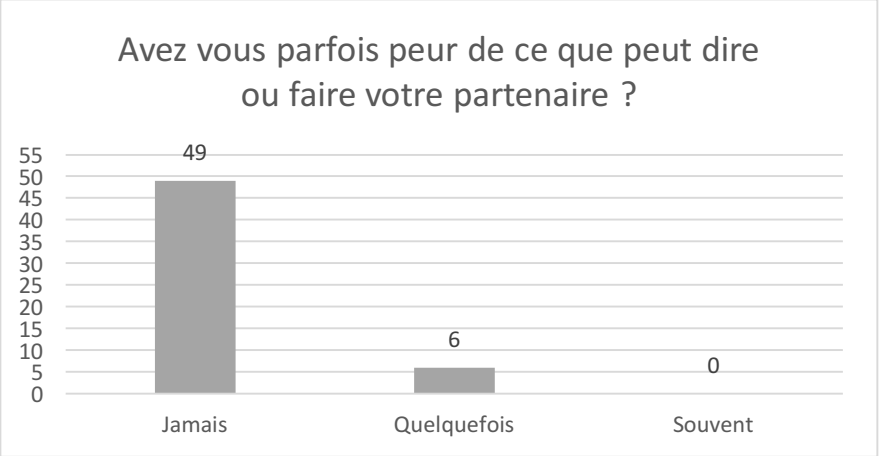


Figure 9 : Nombre de patientes déclarant avoir peur de leur partenaire et à quelle fréquence.

Au niveau des abus, les 55 patientes déclaraient n'avoir jamais été abusées physiquement/sexuellement, mais 3 d'entre elles déclaraient avoir quelquefois subi des abus psychologiques.

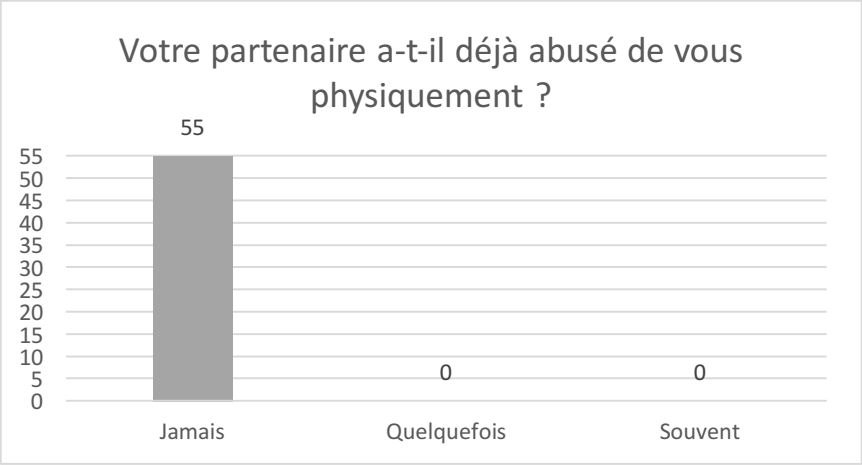


Figure 10 : Nombre de patientes déclarant se sentir abusé physiquement et à quelle fréquence

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

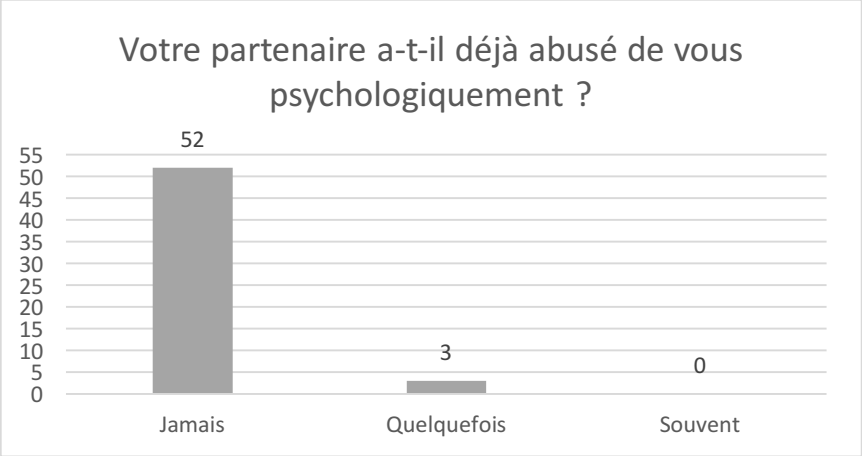


Figure 11 : Nombre de patientes déclarant se sentir abusé psychologiquement et à quelle fréquence

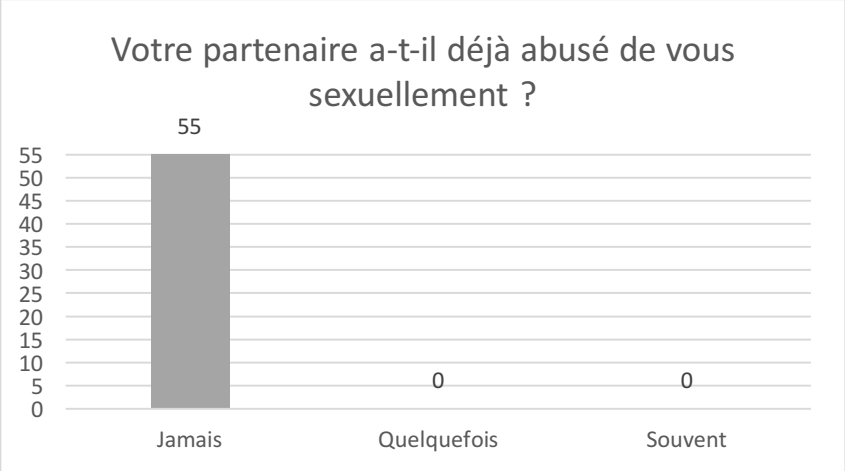


Figure 12 : Nombre de patientes déclarant se sentir abusé sexuellement et à quelle fréquence

- **Etat des lieux des patientes ayant répondu positivement à plusieurs questions.**

Les patientes déclarant uniquement avoir une relation de couple quelque peu tendue et/ou une certaine difficulté à régler le conflit et/ou qui déclaraient se sentir bouleversées quelquefois, ne peuvent pas être d'emblée considérées comme étant victime de violence conjugale.
Après discussion avec l'assistante sociale confrontée à cette problématique quotidiennement, ces réponses-là soulèvent peut-être un conflit conjugal, qu'il convient de bien distinguer des violences conjugales.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ainsi, pour cette étude exploratoire, je me suis penchée sur les patientes ayant répondu positivement à un grand nombre de questions du questionnaire WAST. 10 réponses, soit 10 patientes méritaient une attention particulière.

1) La première a 24 ans, elle est étudiante, mariée, possède un enfant. Elle décrit sa relation de couple quelque peu tendue, le conflit est réglé avec une certaine difficulté, elle se sent quelquefois bouleversée et rabaissée. De plus, elle dit que les disputes se terminent quelquefois par des coups, des gifles, et de la bousculade. Comme dit précédemment, nous ne pouvons considérer cette personne comme étant victime, car nous n'avons pas la notion d'un rapport dominant/dominé. Mais il y a un conflit conjugal certain, avec passage à l'acte physique et cette confusion conflit/violences au sein du couple évoque la mise en danger des enfants. (23) Cette patiente a répondu positif à la mise en place d'un dépistage systématique.

2) La seconde a 25 ans, elle travaille, est mariée, ne possède pas encore d'enfant. Sa relation de couple ne possède aucune tension, le conflit est réglé sans aucune difficulté, mais elle se sent quelquefois rabaissée et bouleversée, elle déclare également que le conflit se termine quelquefois par des coups. Ce qui permet d'introduire la notion de dominant/dominé dans ce cas, est la question d'après. La patiente déclare pouvoir avoir quelquefois peur de son partenaire. La peur de la part du (de la) dominé(e) correspond à la première étape du cycle des violences. (6) Là encore, cette patiente a répondu positif à la mise en place d'un dépistage systématique.

3) La troisième patiente a 33 ans, elle est mariée, travaille, possède 1 enfant et nous déclare quelquefois se sentir rabaissée ou bouleversée, et quelquefois avoir peur de son mari. La question de la peur envers le mari est là encore une question à creuser. Cette patiente n'a pas répondu positivement à la mise en place d'un dépistage systématique, mais ne nous signale pas pourquoi. Par contre, elle a répondu positif à la question « Votre conjoint est-il présent lorsque vous répondez à ce questionnaire », ce qui constitue un biais.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

4) La quatrième patiente a 26 ans, elle vit en concubinage, est en cours de licenciement et possède un enfant. Sa relation de couple est décrite comme quelque peu tendue, elle éprouve une certaine difficulté à résoudre le conflit, se sent **souvent** rabaissée ou bouleversée, et nous déclare avoir quelquefois des disputes se terminant par des coups, des gifles, des bousculades. Cette patiente est en accord avec un dépistage systématique.

5) La cinquième patiente a 25 ans, elle vit en concubinage, est au chômage, ne possède pas encore d'enfant. Elle ne décrit aucune tension dans son couple, règle le conflit avec une certaine difficulté, se sent quelquefois rabaissée et bouleversée, et décrit avoir parfois peur de son mari. Là encore, certaines violences permettent d'atteindre le but recherché c'est-à-dire un climat de tension et de peur, d'insécurité sans porter de coup. Cette patiente est également en accord avec le dépistage systématique.

6) La sixième patiente a 29 ans, elle est en activité, est mariée, ne possède pas encore d'enfant. Elle ne déclare aucune tension dans le couple, et aucune difficulté à régler le conflit, se sent quelquefois rabaissée ou bouleversée, mais déclare aussi quelquefois avoir peur de son partenaire. Pour autant, elle n'est pas en accord avec le dépistage systématique car ne se sent pas concernée par la question des violences conjugales

7) La septième patiente a 30 ans, elle est en activité, est mariée, ne possède pas encore d'enfant. Elle déclare une relation de couple quelque peu tendue, éprouve beaucoup de difficulté à résoudre les conflits, se sent souvent bouleversée ou rabaissée, déclare avoir quelquefois peur de son partenaire et dit avoir été abusée quelque fois psychologiquement. Cette patiente a parlé d'elle-même à un professionnel de santé des violences conjugales la concernant, elle n'a pas bénéficié d'un dépistage systématique, qu'elle aurait souhaité.

8) La huitième patiente a 26 ans, elle est mère au foyer, mariée, possède déjà un enfant. Elle décrit sa relation de couple comme quelque peu tendue, éprouve une certaine difficulté à résoudre les conflits, se sent quelquefois rabaissée ou bouleversée, et déclare avoir été quelquefois abusée psychologiquement par son partenaire. Elle aurait souhaité qu'on lui pose la question des violences en consultation, et n'en a jamais parlé d'elle-même.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

9) La neuvième patiente a 24 ans, elle est en couple, travaille, ne possède pas encore d'enfant. Sa relation de couple est décrite comme quelque peu tendue, éprouve une certaine difficulté à résoudre les conflits, se sent souvent bouleversée ou rabaissée, et déclare avoir quelque fois peur de son partenaire. Cette patiente n'est pas en accord avec un dépistage systématique, car « sa situation ne la laisse pas penser à une violence particulière ».

10) La dixième patiente a 36 ans, elle est mariée, travaille et possède déjà deux enfants. Sa relation de couple est quelque peu tendue, éprouve une certaine difficulté, se sent souvent rabaissée ou bouleversée, déclare avoir été abusée psychologiquement par son partenaire. Elle est en accord avec ce dépistage systématique dont elle n'a pas bénéficié et nous confie « La grossesse est une période qui peut accentuer les écarts de perception entre ce que vit l'homme et ce que vit la femme : les tensions peuvent donc être exacerbées et générer des incompréhensions fortes … ».

❖ *Troisième facteur étudié : l'accord des patientes envers le dépistage systématique*

Le dernier facteur étudié était la volonté des femmes d'en parler ou non et leur opinion du dépistage systématique. Pour commencer, sur 55 patientes, 1 patiente avait déjà parlé spontanément des violences conjugales la concernant à sa sage-femme et son médecin généraliste

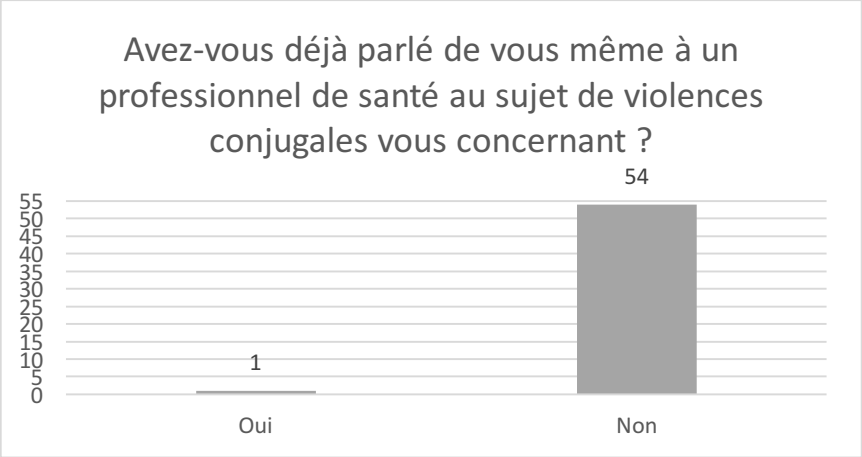


Figure 13 : Nombre de patientes ayant déjà parlé d'elle-même des violences conjugales la concernant.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sur 55 patientes, 33 auraient souhaité qu'on aborde le sujet, 22 ne souhaitaient pas. La patiente précédente ayant parlé d'elle-même des violences conjugales aurait souhaité qu'on lui pose la question. Sur les 22 ne souhaitant pas, la majeure partie d'entre elles se justifiaient par le fait de ne pas se sentir concernées. C'est pourquoi elles déclaraient ne pas avoir répondu positivement à cette question.

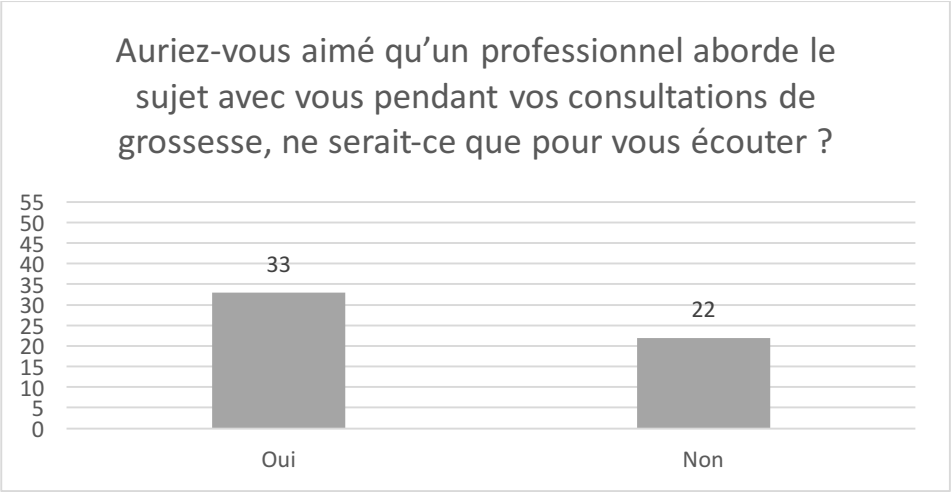


Figure 14 : Position des femmes sur le dépistage systématique des violences conjugales

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. CHAPITRE TROIS : ANALYSE, DISCUSSION ET PISTES D'AMÉLIORATION

Pour chaque questionnement on peut observer les résultats de mon étude, la comparaison à la littérature, et dans la suite immédiate des pistes d'amélioration.

3.1. Le dépistage systématique est-il réalisé à titre systématique ?

Dans un premier temps, il est important de souligner que sur 55 patientes, seules 3 avaient bénéficié d'un dépistage systématique. **52 patientes n'avaient donc jamais été confrontées à la question en consultation.** Nous pouvons en conclure que la question des violences conjugales ne semble pas être abordée lors des consultations et ne fait donc pas l'objet d'un dépistage systématique à Lyon.

Ce résultat est en accord avec ceux de la littérature. Plusieurs études quantitatives en France se sont efforcées d'analyser l'attitude des soignants face aux violences envers les femmes. Elles montrent que les médecins sont nombreux à sous-estimer la fréquence des violences, qu'ils sont nombreux à ne jamais poser de questions à leurs patientes sur le sujet. (24)

Pour justifier l'absence du dépistage systématique des violences conjugales, de nombreux obstacles sont régulièrement cités par les professionnels. Afin d'inciter celui-ci, voici quelques propositions de réponses à ces obstacles.

La question de l'intrusion dans l'intimité est fréquemment mentionnée lors de mes lectures, ou lors de la proposition de la mise en place de ce dépistage aux professionnels directement. Or des actes condamnés par le Code pénal ne relèvent pas de l'intime. « L'atteinte à l'intégrité de la personne ne fait donc pas partie de la vie privée ». (7)
De plus, la prise en charge de la grossesse touche de façon claire à l'intime des patientes. Il ne s'agit pas là d'un problème de la vie privée, mais d'un problème de santé, de sa mise en danger ainsi que celle de son enfant à venir et de ses enfants si elle en a déjà.

Il s'avère que si le professionnel de santé ne recherche pas les antécédents traumatiques, c'est d'avantage la question de la crainte des conséquences, du manque de formation et d'outils pour accompagner le patient si la réponse est positive qui sont soulignés.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Edouard Durand exprime de manière claire qu'en effet :

Identifier les violences […], implique de leur donner une réponse professionnelle particulière, différente des situations habituellement rencontrées […] Cette exigence conforte le professionnel non seulement aux limites de ses compétences mais plus encore au questionnement des structures familiales et à la peur légitimement éprouvée face à la violence qui peut conduire au déni. (1)

En 2014, une étude qualitative a été réalisée en Ile de France pour déterminer les obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale et confirme la présence de ces obstacles. La moitié des médecins était contre le dépistage systématique qu'ils qualifiaient « d'irréaliste », de « violation de la vie privée ». Une autre partie évoquait également « le manque de temps ou de moyens ». (25)

Dans cette étude, on constate également d'autres freins : les médecins ont des représentations réductrices des violences conjugales (victimes appartenant à une classe sociale défavorisée avec un niveau économique faible, dépendant financièrement de leur conjoint, de niveau culturel peu élevé, au profil psychologique particulier...) : cette image négative de la femme participe au processus de culpabilisation des victimes et reste une limite à un accompagnement approprié de celle-ci.

Or les violences ne concernent pas une population particulière. Mon étude exploratoire va dans ce sens : sur les 10 patientes qui ont attiré mon attention, une est en cours de licenciement, une est au chômage, une est mère au foyer, et les 7 autres travaillent. De plus, on observe des âges très différents.

L'Académie Nationale de Médecine qui a repris les résultats de l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France), démontre que les violences conjugales gravissimes concernent tous les milieux sociaux, ne sont pas affectées par la présence d'enfants ni par la durée de vie de couple et que ces violences persistent et se rencontrent à tous les âges de la vie. (26)

Pour un accompagnement optimal, un travail des professionnels dans le repérage est souhaitable mais également un travail sur les stéréotypes et le déni qui habitent les professionnels.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ainsi, la bienveillance est primordiale. Nous pouvons nous appuyer en tant que professionnels de santé sur les outils de la MIPROF comme le film Anna. Si la patiente ne répond pas vraiment comme dans le film Anna et que nous avons le sentiment qu'elle ne nous dit pas tout, il faut continuer à poser des questions pour lui permettre de cheminer.

Si la femme nous confie les violences, il y a trois phrases toutes simples à prononcer : « La loi interdit les violences » ; « Vous n'y êtes pour rien. L'agresseur est le seul responsable » ; « Vous pouvez être aidée ». Ensuite, la prochaine étape concerne l'orientation vers les bons partenaires.

Il est important pour nous, en s'appuyant sur la loi, d'affirmer que le seul responsable des violences est l'auteur et que rien ne les justifie. Il n'est en revanche pas recommandé d'arbitrer un jugement de valeur sur l'agresseur, ni sur l'ambivalence de la patiente victime.
Il est important de ne pas juger la femme, de la croire, une femme victime n'identifie pas toujours la violence et ne demande ainsi pas d'aide. Sans être intrusif, le dépistage systématique permet une proposition sans obligation. Il faut accueillir la parole, la formuler à nouveau, mettre des mots sur les symptômes.

De plus, la présence du conjoint, ou des enfants fait également partie des obstacles prédominants. Le temps de consultation ou d'entretien doit être aménagé en fonction. Il n'apparaît pas raisonnable de poser la question si la patiente n'est pas seule, le colloque de Gynécologie Sans Frontière qui a eu lieu en novembre 2016 à Lyon évoque même une mise en danger de la femme. Ainsi nous pouvons trouver des astuces, à notre guise, comme par exemple expliquer que nous commençons pour chaque patiente un temps d'entretien seul à seul. Ou alors faire sortir le mari lors de l'examen gynécologique. Plusieurs solutions sont envisageables, à nous de faire preuve d'imagination, même si certaines situations nous paraissent difficiles et insolvables.
D'autant plus si les violences (ou les IVG) sont antérieures, non connues par le conjoint actuel, sa présence peut constituer un frein à la confidence. Or ces informations doivent apparaître dans le dossier.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.2. Le dépistage systématique serait-il bénéfique ?

Sur 55 réponses, 10 patientes auraient mérité d'un jugement clinique, pour confirmer ou non la présence de violences conjugales. Pour cela, il aurait fallu que la question leur soit posée. Ainsi, concernant notre étude exploratoire, **presque 1 femme sur 5 peut ainsi être révélée comme potentielle victime dans cette étude.** Ce résultat éloquent est très pertinent pour les patientes qui, nous verrons plus loin, sont demandeuses de ce dépistage. Ce résultat démontre également l'intérêt et la pertinence du dépistage de façon systématique.

D'autre part, dans mon étude exploratoire, **6 patientes ont quelquefois peur de leur mari.** Cette peur, qui peut démontrer le début d'un cycle de violence conjugale, peut être interprétée de différentes manières selon les représentations des professionnels, mais avoir peur de son conjoint n'est pas anodin.

Par définition la peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger ou d'une menace. Sa présence est donc anormale, et reflète une crainte de la part de la femme, qu'il semble important de développer avec elle. Outre la question des violences constituant une forme extrême, cette peur aborde le sujet du climat du couple, de la famille dans lequel la femme devient mère et dans lequel l'enfant va naître.

La pratique du questionnement systématique a été évaluée à nombreuses reprises. (27) (28) (29) A chaque fois les études montrent que cette pratique est efficace, utile et réalisable. De plus elle s'avère très bien acceptée voire demandée par les patientes, qu'elles soient victimes ou non. Nous verrons dans le paragraphe suivant que ces études vont dans le sens des résultats de mon étude exploratoire, concernant la volonté des patientes à être confrontées à ce dépistage systématique.

Un essai contrôlé a été publié montrant le nombre de femmes déclarant avoir été victimes de violences durant la grossesse lorsque la question était systématiquement abordée, en confrontation au faible nombre de femmes reconnues comme telles en l'absence de questions systématiques. (30)

Une étude plus récente (2011), qui m'a convaincue de faire ce mémoire, avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de deux interventions pour identifier les violences conjugales chez les femmes âgées de 18 à 80 ans consultant en cabinet de médecine générale en Franche-Comté. La première intervention, passive, consistait à laisser des dépliants en consultation.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette intervention a révélé 1,2% de victimes. La seconde intervention, active, consistait à poser le questionnaire WAST en consultation. Cette intervention active a révélé 28,9% de victimes. (31)

Pour avoir une réponse, il faut donc poser la question. La question des addictions, telles que drogues, et alcool ont été pendant longtemps difficilement abordées, tout comme les antécédents d'épisodes dépressifs. Aujourd'hui, les professionnels sont majoritairement à l'aise avec ces questions, préconisées par la HAS, contrairement à la question des violences qui reste difficilement abordable.

Nous pouvons essayer de comprendre cette difficulté pour aborder le sujet, en notant par exemple le manque de connaissances ou de sensibilisation au problème évoqué plus haut avec la banalisation et le stéréotypage des victimes. Mais on peut aussi impliquer des considérations éthiques, déontologiques notamment pour le médecin de famille pour lequel la position est délicate face au suivi d'une famille entière y compris le conjoint avec une difficulté de cerner les limites du secret professionnel. On peut envisager un manque de temps, mais aussi imaginer des barrières personnelles et émotionnelles, qui sont à prendre en compte : sentiment d'impuissance, malaise face à l'ambivalence, peur de la réaction de la patiente, propre vécu des violences, manque d'expérience. Pour finir, on peut supposer des problèmes logistiques, avec le manque d'outils adaptés, la méconnaissance du réseau, le manque de ressources.

L'introduction de l'item des violences dans le dossier informatisé, pourrait aider les professionnels de santé à poser la question, et pourrait permettre aux patientes de voir que cette question est posée à tout le monde et qu'elle n'est donc pas stigmatisée. L'implication des réseaux de périnatalité peut être d'une précieuse aide pour les professionnels, par exemple en établissant un protocole pour la prise en charge d'une patiente afin de réagir rapidement en cas de dépistage, avec le listing des associations.

Ainsi, le dépistage systématique serait bénéfique pour permettre une prise en charge des patientes victimes. Il permet de briser la loi du silence qui n'est jamais un choix de la victime. Cela permet d'absoudre la solitude majeure chez elles. Enfin il donne tout particulièrement la possibilité aux femmes de comprendre que de parler de violence est possible lors d'une consultation médicale où le sujet a été abordé. C'est une porte que l'on ouvre et que la victime franchira quand elle sera prête.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Seulement, nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, si la bienveillance est importante elle ne suffit pas. Le principal obstacle révélé est le manque de formation, d'outils à la disposition. Une fois que l'étape de bienveillance et d'écoute a été réalisée, il faut orienter les patientes.

Ainsi, une bonne orientation des patientes passe tout d'abord par une bonne formation des professionnels de santé. Cette question de la formation est essentielle. Si les femmes victimes sont accueillies avec assurance sur le sujet, elles oseront plus facilement en parler. « Il n'est possible de prendre en charge correctement les victimes pour les orienter, autant dans le domaine du soin que dans celui du droit, que si l'on dispose des moyens pour les reconnaître. » (18)
Prendre en charge une victime c'est premièrement tout faire pour qu'elle ne reste pas seule. Lui faire connaître le réseau de santé, les associations, les dépliants.

Le site http://stop-violences-femmes.gouv.fr/ est un site du gouvernement dédié aux patientes et aux professionnels, comportant tous les outils et les informations nécessaires. Il recense les numéros d'urgence, les numéros d'écoute, et les associations près du lieu d'habitation.

Ce site donne toutes les informations nécessaires et constitue une vraie motivation à se former sur ce dépistage systématique. De nombreuses campagnes de sensibilisation ont lieu en France. Il est important que les professionnels de santé aient la volonté de se former, pour connaître la façon d'aborder la question, il faut apprendre, connaître les ressources en cas de réponse positive de la patiente.

La constatation de blessures sur un mineur ou sur une personne vulnérable suppose d'agir dans l'intérêt de la victime et de faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. Ceci est une dérogation au secret professionnel de manière légale, et une obligation déontologique.

Ainsi la sage-femme peut rédiger un certificat médical de constatation pour attester de la présence d'affections traumatiques ou d'une souffrance psychologique. Si il y a une enquête dans les suites, l'autorité judiciaire pourra s'appuyer dessus.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cet écrit doit toujours être remis en main propre à la patiente concernée, à condition de l'avoir examinée. Il doit obligatoirement être daté du jour de l'examen, même si les faits sont antérieurs.

Nous ne pouvons rédiger l'Incapacité Total de Travail (ITT) contrairement aux médecins. La sage-femme peut en revanche rédiger un signalement concernant une victime mineure sans condition, ou d'une victime majeure à la condition qu'elle soit consentante ou qu'elle ne puisse se protéger (la grossesse constitue un facteur de vulnérabilité).

Lorsque la situation nécessite une protection immédiate, il est nécessaire de faire un signalement au Procureur de la République au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime. Ce dernier pourra alors décider de réaliser une enquête, même si la victime n'a pas porté plainte.

Ainsi, en faveur de ce dépistage, on retient la prévalence des violences dans notre société (toutefois sous-estimée), les représentations des professionnels (violences physiques uniquement, milieux défavorisés particulièrement), les conséquences …

Pour un climat de confiance optimal, il est important de limiter le nombre d'intervenants dans le suivi d'une grossesse, de manière à établir un meilleur investissement de la part du professionnel de santé. Nous nous sentons plus concernés si nous connaissons nos patientes.
Le suivi gynécologique de prévention et de contraception des sages-femmes constitue également un argument de plus au suivi au long terme de ces femmes, à la création de ce lien de confiance plus optimal que les consultations à l'hôpital qui nous laissent peu de temps.

3.3. Les patientes sont-elles en accord avec ce dépistage systématique ?

La majorité des patientes n'est donc pas confrontée à la question des violences conjugales en consultation.

Sur 55 patientes, **33 sont en accord avec un dépistage systématique**.

Sur les **10 patientes qui ont attiré notre attention par leurs réponses, 7 auraient souhaité un dépistage systématique.**

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sur les trois qui ne sont pas en accord, deux ne se sentent pas concernées, et 1 était en présence de son mari quand elle a répondu au questionnaire, ce qui constitue un biais.

Néanmoins, les patientes qui sont en désaccord avec le dépistage systématique le sont car elles ne se sentent pas concernées dans leur couple, non pas parce qu'il est délétère selon elles.

Dans la majorité des cas, l'ensemble des études citées dans ce mémoire démontrent que les victimes attendent qu'on leur pose la question. C'est même un réel besoin pour ces patientes.

Quand un soignant aborde le sujet, elles sont soulagées de savoir qu'une personne est prête et formée pour entendre ce qu'elle peut avoir à dire à ce sujet.

Ainsi, la peur du jugement de la part de la patiente qui peut être un frein à la confidence disparaît, le dogme du sujet tabou également. Il est important de briser la loi du silence, ce qu'elles ne sont pas en capacité de faire.

Pour conclure, de façon systématique ou face à des signes d'alerte, entreprendre de poser la question est primordial et souhaité par la majorité des victimes. Des questions simples suffisent, un climat de confiance est important, laisser le temps à la patiente d'être rassurée et de prendre son temps avant de se confier.

3.4. Faiblesses, forces et biais de l'étude

3.4.1 Faiblesses

La première faiblesse de l'étude est le petit nombre de réponses récoltées. Seulement 55, au vu de la délicatesse du sujet, et du format de distribution. Ce dernier ne pouvait être envisagé en format papier, du fait du consentement libre et éclairé qu'il aurait fallu distribuer en amont du questionnaire anonyme, faisant obstacle au caractère anonyme promis aux patientes.

Le nombre de réponses est évalué à 10% approximativement au maximum. S'il y a des réticences repérées de la part des professionnels pour aborder cette question, les réticences du côté de la patiente peuvent exister. Les 90% des patientes qui n'ont pas répondu ne sont pas forcément des patientes non concernées. On peut supposer que la peur des représailles, la honte, le désespoir, le déni sont des barrières propres aux victimes. La vision du professionnel de santé, son attitude, la relation soignant/patient évoquées plus haut peuvent également appuyer ce silence.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

La seconde faiblesse de cette étude est la question sur l'accord du dépistage qui fut : « Auriez-vous aimé qu'un professionnel de santé vous pose la question lors des consultations de grossesse, ne serait-ce que pour vous écouter » ? Cette question est dirigée pour s'adresser davantage aux femmes victimes de violences.
En effet, toutes les réponses répondant négativement le justifient en expliquant ne pas se sentir concernées. Or le fait qu'une patiente ne soit pas concernée ne doit pas remettre en cause le bénéfice de ce dépistage, d'autant plus que celui-ci n'est pas encore réalisé comme l'a pu montrer mon étude.

La troisième faiblesse de cette étude est l'absence d'un jugement clinique qui a lieu lors des consultations, constituant une difficulté pour l'interprétation des réponses.

3.4.2 Forces

La force de l'étude est principalement sa qualité d'étude exploratoire. A Lyon, encore aucune étude n'avait été dirigée dans ce sens.

En France, de nombreux mémoires et études ont été réalisés sur les conséquences des violences, sur les formations qu'elles devraient engendrer, sur la légitimité d'un dépistage versant professionnel. Mais cela reste très peu évalué versant patiente.

De plus, non seulement il était question d'évaluer l'impact de ce dépistage à Lyon, mais aussi l'accord des patientes, en vue d'intégrer éventuellement ce dépistage aux pratiques.
Il me paraissait important de s'adresser aux patientes directement.

3.4.3 Biais

Le premier biais que je savais présent et inévitable fut la présence du conjoint lors des consultations. C'est pourquoi non seulement le questionnaire en ligne a été préféré pour permettre aux patientes de répondre lorsqu'elles étaient isolées, mais c'est aussi pour cela que les sages-femmes avaient pour mission de distribuer la carte le plus possible sans la présence du conjoint. Pour finir, une question a été rajoutée au questionnaire demandant si le conjoint est présent lorsque le questionnaire est rempli par la patiente.

Le second biais notable concerne la possibilité ou non pour les sages-femmes de distribuer mon questionnaire : peur du sujet, manque de temps, et d'autres obstacles cités auxquels j'ai tenté d'apporter des réponses au fur et à mesure de la discussion.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

A l'heure actuelle, le dépistage des violences conjugales n'est pas réalisé à titre systématique à Lyon et constitue un sujet délicat.

Mais les résultats de mon étude permettent de conclure que ce dépistage est largement plébiscité par les patientes et pourrait s'avérer très bénéfique au vu des conséquences majeures que ces violences peuvent entraîner. Cette pratique, efficace réalisable et utile a largement fait ses preuves lors de nombreuses études, et cette étude exploratoire le confirme.

Ce dépistage possède un grand intérêt : il répond à un large problème de santé publique, permet de briser l'isolement des personnes en situation de violence. Dans certains cas il permet également de dépister des violences touchant aux enfants.

La formation des professionnels de santé, la création d'un protocole, l'introduction d'une question systématique dans le logiciel ou la mise en place d'un outil validé, tel que le WAST-short sont des pistes d'amélioration qu'il faut explorer dans un but d'amélioration de la prise en charge de ces femmes, mais aussi de leur(s) enfant(s). Le silence que le dominant leur impose doit être brisé. Il est de notre devoir de montrer aux patientes que nous sommes là pour entendre les violences et qu'elles sont interdites par la loi.

Ainsi, les violences conjugales sont très peu abordées en consultation prénatale, les femmes souhaiteraient que les professionnels de santé les interrogent sur la question des violences conjugales lors des consultations et le questionnaire utilisé dans cette étude permettrait de repérer, dépister les violences conjugales. Il peut pour commencer être une approche, un outil d'aide aux professionnels de santé avant l'établissement d'une question systématique dans le logiciel à plus long terme.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Durand E. Violences conjugales et parentalité : protéger la mère, c'est protéger l'enfant. Paris: L'harmattan; 2013.

2. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med 1996;28(6):422-8.

3. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. [consulté le 05/01/2017] Disponible à partir de URL: http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx

4. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. [consulté le 06/01/2017] Disponible à partir de URL: https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680084840

5. Arnaud D, Fraboul C. Les violences conjugales. Ministère de la justice [en ligne] 2012 Oct;(1):2 [consulté le 05/12/2017]. Disponible à partir de URL: http://www.justice.gouv.fr/publication/fp_violences_conjuguales.pdf

6. Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile de France. Mécanismes de la violence conjugale. Préfecture de la région Ile de France [en ligne] 2010;12-14 [consulté le 06/01/2017]. Disponible à partir de URL: http://www.frerebenoit.net/wp-content/uploads/2011/02/Mecanismes_violence_conjugale_2010_2.pdf

7. Delespine M. Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences. Vocation Sage-femme 2014;13(111):24-8.

8. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Violences contre les femmes. [consulté le 06/01/2017] Disponible à partir de URL: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

9. Schmitt C. Prévenir, détecter et prendre en charge la violence conjugale : guide pratique destiné aux professionnels du champ médico-social. Délégation départementale aux droits des femmes et de l'égalité [en ligne] 2009 [consulté le 25/11/2016]. Disponible à partir de URL: http://www.egalite-allier.fr/IMG/pdf/20100623_ddfe_vio_guide.pdf

10. Guillam MT, Segala C, Cassagne E, François C, Thelot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Bull Epidémiol Hebd [en ligne] 2016;(22-23):385-9 [consulté le 14/01/2017]. Disponible à partir de URL: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10429

11. République Française. Le service public de la diffusion du droit. [consulté le 06/10/2016] Disponible à partir de URL: https://www.legifrance.gouv.fr

12. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [en ligne] 2014 [consulté le 06/01/2017]. Disponible à partir de URL: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no3_-_oct_2014-2.pdf

13. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation. World report on violence and health. Geneva;2002:346.

14. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Bull Epidémiol Hebd [en ligne] 2016;(22-23):390-8 [consulté le 14/01/2017]. Disponible à partir de URL: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10430

15. Chambliss LR. Domestic violence : a public health crisis. Clin Obstet Gynecol 1997;40(3):630-8.

16. République Française. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. [consulté le 01/02/2017] Disponible à partir de URL: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D/jo/texte

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

17. Conseil National de L'ordre des Sages-Femmes. La profession s'engage dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Contact sages-femmes 2014;2(38):2-4.

18. Piet E. Violences envers les femmes : la grossesse, un moment particulier. Vocation Sage-femme 2014;13(111):10-5.

19. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34(Suppl 1):2S62-7S.

20. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) 2006;34:1-14.

21. Ouharzoune Y. Protéger une femme victime de violences, c'est l'aider à reprendre sa vie en main. Vocation Sage-femme 2014;13(111):16-9.

22. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale [en ligne] 2010 [consulté le 15/09/2015]. Disponible à partir de URL : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf

23. Observatoire départemental des violences faites aux femmes de Tarn et Garonne. Violences au sein du couple : guide pour les professionnels 2016:68.

24. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. Fam Med 1992;24(4):283-7.

25. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. Médecine 2014;10(9):423-8.

26. L'Académie nationale de médecine. Les violences conjugales données épidémiologiques. [consulté le 09/02/2017] Disponible à partir de URL: http://www.academie-medecine.fr/publication100034942

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

27. Piau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Université d'Angers; 2006.

28. LAZIMI G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies », Université Paris VI; 2007.

29. Delespine, M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes. Mémoire sage-femme, Université Paris V; 2009.

30. Wiist WH, McFarlane J. The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. Am J Public Health 1999;89(8):1217-21.

31. Bolot A, Dumel F. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions [en ligne] 2011 [consulté le 09/12/2015]. Disponible à partir de URL: https://www.chu-besancon.fr/smfc/201109/11-09-07.pdf

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXES

ANNEXE I : Les principales infractions et les peines encourues.

ANNEXE II : Coût économique des violences.

ANNEXE III : Modèle de rédaction du certificat médical établi par les sages-femmes.

ANNEXE IV : Questionnaire distribué aux patientes.

ANNEXE V : Questionnaire WAST.

ANNEXE VI : Protocole de recherche initial.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE I

Les principales infractions et les peines encourues

Les principales infractions et les peines encourues

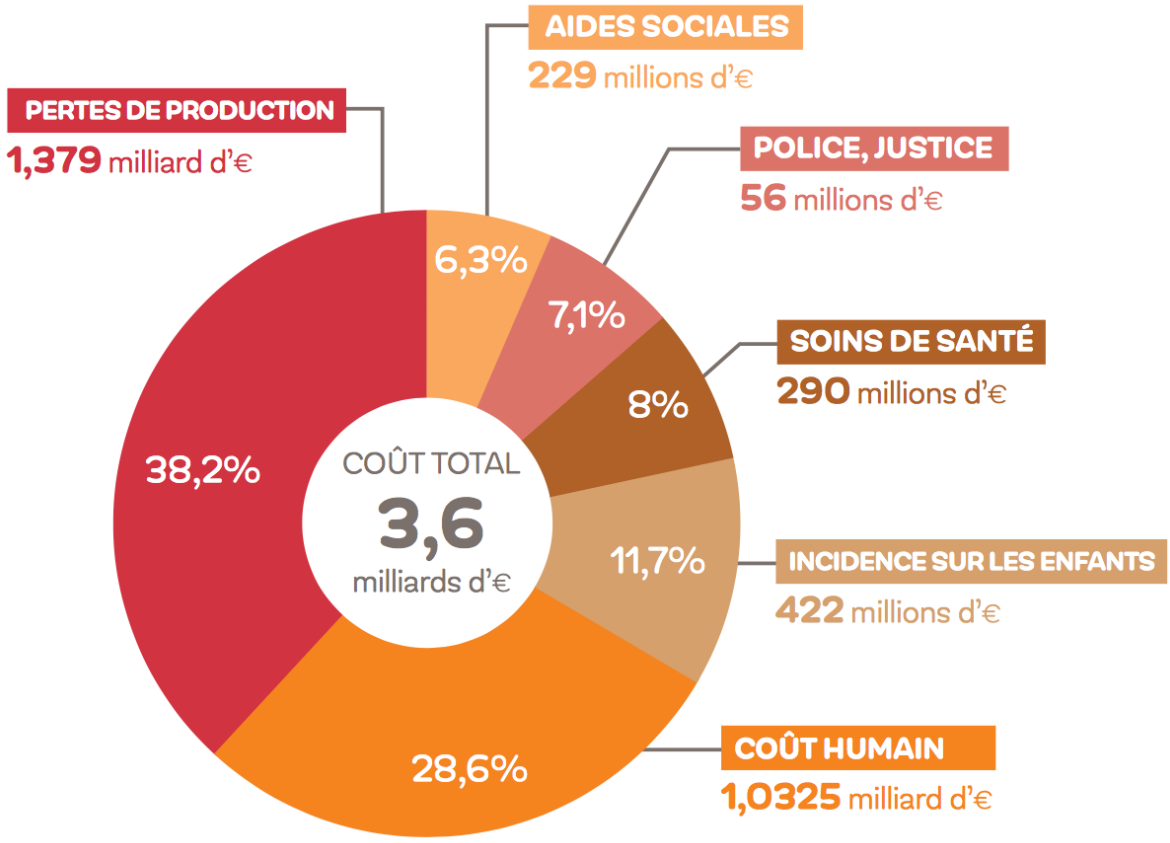
Attention : Peu importe que le lien conjugal soit présent ou passé

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	Articles du CODE PENAL	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-12	DELIT Tribunal correctionnel 3 ans pour déposer plainte
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieur à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende	222-13	
Harcèlement moral	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-17	
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entrainé la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	CRIME Cour d'assises 10 ans pour déposer à partir de l'infraction
Meurtre	Réclusion à perpétuité	222-4	
Viol	20 ans de réclusion	222-24	

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE II

Coût économique des violences



Source : rapport scientifique Psytel. 2014

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE III

Modèle de certificat médical rédigé par les sages-femmes

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

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

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

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

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

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

domiciliée à _____,

le _____ (date)____, à _____(heure)____, à _____(lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)____[2],

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____(Nom, Prénom)_____[3].

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

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de [4] _____, le _____ (date), à _____(heure)____, à_____(lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

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

- Sur le plan physique _____

_____

- Sur le plan psychique :_____

Depuis, elle dit « se plaindre de[5] _____».

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

Signature (et cachet) d'authentification

_____

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

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

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

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

[5] Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime

CNOSF Juin 2015

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE IV

Questionnaire distribué aux patientes

Mémoire : La place du dépistage systématique des violences conjugales en consultation prénatale à Lyon en 2016.

Etudiante sage-femme en 4ème année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur le dépistage systématique des violences conjugales en consultation pour valider mon diplôme. Le dépistage des violences conjugales de manière systématique par les sages-femmes en consultation prénatale pourrait donner l'opportunité aux femmes d'en parler en toute confiance et de renouer avec leur capacités. Ainsi ce questionnaire a pour but d'évaluer l'impact de ce dépistage en estimant le nombre de femmes victimes de violences et leur volonté ou non à en parler avec un professionnel. Ce questionnaire s'adresse à toute patiente enceinte sans exception afin de demander à l'ensemble des patientes leur avis sur la question de ce dépistage. Votre consentement est indispensable pour tout travail de recherche mais vos réponses sont ANONYMES, dans un but d'amélioration et de progression. Merci pour votre aide et pour vos confidences précieuses.

*Obligatoire

1. **Consentement** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) J'ai compris les objectifs de cette étude et j'accepte de répondre aux questions qui vont suivre de manière ANONYME

Informations

2. **Quel âge avez-vous ?** *
   _____

3. **Quelle est votre situation professionnelle ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) En activité
   - ( ) Au chômage/Sans activité
   - ( ) Etudiante
   - ( ) Mère au foyer
   - ( ) Autre : _____

4. **Quelle est votre situation matrimoniale ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) Célibataire
   - ( ) En concubinage
   - ( ) En couple
   - ( ) Marié
   - ( ) Pacsé

5. **Combien avez-vous d'enfants ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) 0
   - ( ) 1
   - ( ) 2
   - ( ) 3
   - ( ) 4
   - ( ) 5
   - ( ) 6
   - ( ) 7
   - ( ) 8
   - ( ) 9
   - ( ) 10

6. **Un professionnel de santé vous a t-il déjà parlé du sujet des violences conjugales avant aujourd'hui ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) Oui
   - ( ) Non

7. **Si oui, lequel ?**
   _____

8. **Votre conjoint est-il présent au moment où vous répondez à ce questionnaire ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) Oui
   - ( ) Non

Passez à la question 9.

9. **En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ( ) Très tendue
   - ( ) Quelque peu tendue
   - ( ) Aucune tension

10. **Quand il y a dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Beaucoup de difficulté
    - ( ) Une certaine difficulté
    - ( ) Aucune difficulté

11. **Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaissée ou vous bouleversent-elles ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

12. **Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups, ou de la bousculade ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

13. **Avez vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

14. **Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

15. **Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

16. **Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Souvent
    - ( ) Quelquefois
    - ( ) Jamais

17. **Avez-vous déjà parlé de vous même à un professionnel de santé au sujet de violences conjugales vous concernant ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Oui
    - ( ) Non

18. **Si oui, lequel ?**
    _____

19. **Auriez-vous aimé qu'un professionnel aborde le sujet avec vous pendant vos consultations de grossesse, ne serait-ce que pour vous écouter ?** *
    Une seule réponse possible.
    - ( ) Oui
    - ( ) Non

20. **Si non, pourquoi ?**
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

21. **Pour toute remarque :**
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Fourni par Google Forms

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE V

Questionnaire WAST

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple? (très tendue, quelque peu tendue, aucune tension)
2. Quand il y a dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec… (beaucoup de difficulté, une certaine difficulté, aucune difficulté)
3. Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaissée ou vous bouleversent-elles? (souvent , quelquefois, jamais)
4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade? (souvent , quelquefois , jamais)
5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire? (souvent, quelquefois, jamais)
6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? (souvent, quelquefois, jamais)
7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ? (souvent, quelquefois , jamais)
8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ? (souvent, quelquefois, jamais)

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE VI

Protocole de recherche initial

1- Titre

Etude sur la place du dépistage systématique des violences conjugales des femmes en consultation prénatale à Lyon en 2016.

2- Objectifs

⇨*Objectif principal* : évaluer l'impact du dépistage systématique des violences conjugales pour s'assurer que ce dépistage soit plus bénéfique que délétère pour les femmes.

⇨*Objectif secondaire* : s'assurer que les femmes soient en accord avec ce dépistage.

3- Justification de l'étude (10 lignes)

Le dépistage des violences conjugales de manière systématique par les sages-femmes en consultation prénatale pourrait donner l'opportunité aux femmes d'en parler en toute confiance et de « renouer avec leur capacités[1] ». En effet les sages-femmes sont au premier plan de l'intimité des femmes victimes de violences pour les dépister pendant la grossesse[2]. La grossesse est un contexte particulièrement à risque pour ces violences conjugales. Ainsi, ce dépistage systématique permettrait un accompagnement pluridisciplinaire ou les sages-femmes ont un rôle central.

En somme :

- ce qui est observé : pas de dépistage systématique à Lyon comme effectué pour les toxiques contrairement aux recommandations de la HAS qui parle des addictions mais également des violences domestiques[3].
- si ce dépistage révèle l'existence d'un % élevé de femmes victimes de violence qui osent en parler, cela pourrait permettre un accompagnement plus important, l'écoute étant déjà primordiale.
- cela permettrait ainsi de diminuer le niveau de mortalité/morbidité de ce fléau.
- la population touchée est assez large.
- caractère multidisciplinaire.

---

[1] Delespine M. Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences. Vocation Sage-femme. 2014 Nov;13(111):24–8.

[2] Derrien É. La sage-femme, au premier plan pour dépister les violences au sein du couple. Vocation Sage-femme. 2014 Nov;13(111):9.

[3] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne] 2005 [consulté le 30/10/15]. Disponible à partir de URL : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

4- Type d'étude

Etude transversale quantitative évaluée par un questionnaire validé en consultation prénatale.

5- Facteurs étudiés

- Nombre de patientes ayant subi des violences conjugales.
- Nombre de femmes ayant déjà été interrogées par un professionnel de santé ou qui en ont déjà parlé d'elles-mêmes.
- Volonté des femmes d'en parler ou non

6- Les variables parasites

La présence des conjoints pendant la consultation prénatale.

7- La population

Patientes enceintes dont leur grossesse est suivie dans une maternité de Lyon sans critère d'exclusion.

8- Lieu de collecte des données et personnel impliqué dans cette collecte

Lieu de collecte des données dans plusieurs maternités de différents niveaux de Lyon.

Le personnel impliqué dans cette collecte concerne les sages-femmes en consultation prénatale et les chefs de service auxquels un accord préalable sera demandé.

9- Outils/méthodes

Questionnaire établi à partir d'un outil validé de l'identification précoce de la violence conjugale (WAST)[4] auquel ont été rajoutées des questions d'ordre informatif sur une première fiche signalétique en amont d'ordre général (âge, situation professionnelle, situation matrimoniale, présence du conjoint pendant les réponses au questionnaire), mais aussi des questions afin de savoir si les violences conjugales ont déjà été abordées en consultation et de quelle façon (par la patiente elle-même, par le professionnel) ..

Après avoir recueilli le consentement libre et éclairé écrit des patientes les sages-femmes distribueront le questionnaire strictement anonyme sous forme papier (alors déposé dans une boite aux lettres de la maternité par les patientes une fois celui-ci rempli) auquel sera agrafée une carte vers un lien internet si elles n'ont pas la possibilité d'y répondre immédiatement ou si la présence du conjoint est un obstacle aux réponses.

---

[4] Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale [en ligne] 2010 [consulté le 15/09/2015]. Disponible à partir de URL : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf

(CC BY-NC-ND 2.0)

10- Analyse statistique des données envisagées

Utilisation de Stat View pour la saisie des données afin d'établir la prévalence des femmes victimes de violence conjugales grâce à un dépistage systématique en consultation si le nombre de réponses le permet. Cette analyse statistique se fera en fonction des variables qui seront étudiées à l'issue des questionnaires.

11- Le calendrier prévisionnel

- Remise des corrections du protocole de recherche début janvier
- Test du questionnaire et derniers ajustements : février
- Durée de l'étude : mars à août (+/- septembre si besoin)
- Analyse des données : mars à août (+/- septembre si besoin)
- Elaboration du plan et rédaction du mémoire dès le mois de septembre 2016 (-> mars 2017)

12- Les implications éthiques

- Anonymat strict des questionnaires et des fiches signalétiques malgré un consentement libre et éclairé recueilli en amont.
- Coordonnées d'une association contre les violences sur la petite carte agrafée avec le lien du questionnaire en ligne pour les femmes qui ont été victimes de violence afin qu'elles ne soient pas isolées, suite à leur identification.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Auteur : Adeline LECORNU-SÉGOUIN

Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon
2017

Titre : LA PLACE DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES EN CONSULTATION PRÉNATALE À LYON

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer la pertinence, l'intérêt du dépistage systématique des violences conjugales en consultation prénatale et connaître l'opinion des femmes au sujet de ce dépistage.
Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude à visée exploratoire à travers un questionnaire administré aux patientes enceintes sur Lyon sans critère d'exclusion pour connaître le nombre de femmes dépistées, le nombre de femmes étant concernées par le sujet, et le nombre de femmes en accord avec ce dépistage.
Résultats : Sur 55 patientes, seules 2 ont été dépistées en systématique, alors que 33 l'auraient largement souhaité. Grâce à cet outil, au total, près d'une 1 patiente sur 5 a été détectée comme potentielle victime dans la population de l'étude, impliquant plusieurs maternités.
Conclusion : À cause de nombreux obstacles, le dépistage systématique n'est pas réalisé à Lyon, alors qu'il pourrait s'avérer très bénéfique. Non seulement plébiscité par les femmes, il permet d'introduire le sujet dans un climat de confiance permettant la révélation de violences. Il est primordial et de notre devoir de combattre ces obstacles pour briser la loi du silence et permettre une prise en charge optimale des femmes et de leur(s) enfant(s).

Mots clés : Dépistage systématique, violences conjugales, victime.

Title : THE POSITION OF THE SYSTEMATIC SCREENING FOR DOMESTIC VIOLENCES IN PRENATAL CONSULTATION IN LYON

ABSTRACT

Objective : Estimate the relevance, the interest of the systematic screening for domestic violence in prenatal consultation and make a census of opinion of women about it
Methodology : This is an exploratory research based on a quiz for pregnant women without exclusion criteria to count the number of women who have been diagnosed, the number of women who are concerned by this topic and the number of women who agree with the result.
Results : Over 55 patients, only 2 have been diagnosed on systematic while 33 women would have wished it. Through this study, one patient over five have been diagnosed as potential victim in the whole survey including many maternities.
Conclusion : Because of many obstacles, the systematic screening is not done in Lyon even if it could have good results. Not only popular with women, it allows to introduce the topic in a climate of confidence allowing the revelation of violence. It is essential and it is our duty to fight against these obstacles in order to break the law of silence and to allow optimal care for women and their child(ren).

Key-words : Systematic screening, domestic violence, victim.

LECORNU-SEGOUIN
(CC BY-NC-ND 2.0)