



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

[Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4](#)

[Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10](#)

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz



*La sage-femme, une professionnelle et une citoyenne,
face au dépistage des violences faites aux femmes en
service d'urgences gynécologiques et obstétricales.*

Mémoire présenté et soutenu par

Malika Gouné

Née le 04 Mars 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz



*La sage-femme, une professionnelle et une citoyenne,
face au dépistage des violences faites aux femmes en
service d'urgences gynécologiques et obstétricales.*

Mémoire présenté et soutenu par

Malika Gouné

Née le 04 Mars 1989

Promotion 2009-2013

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à la directrice de ce mémoire, Marie Claude TOMASSI, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Merci à toute l'équipe de travail de l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane ainsi que les participantes au stage d'auto-défense et de confiance en soi. Grâce à vous, j'ai pris conscience de la force que nous avions, nous, les femmes.

Je remercie mes parents, mes frère et sœurs qui ont grandement facilité l'accomplissement de ces quatre années d'étude.

Merci à vous, Ness, Samira et Sihem, pour tous les beaux moments passés à vos côtés et ceux à venir

Merci à toi, Alex, pour ton soutien et ton sourire quotidien.

Merci à vous, mes amis de promotion 2009-2013 pour ces quatre belles années.

Merci aux professionnels rencontrés durant mon parcours, c'est à votre contact que j'ai le plus appris.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Sommaire	3
Introduction.....	5
Partie 1	7
 1. Définir les violences faites aux femmes et leur contexte	8
1.1. Historique de la lutte contre les violences faites aux femmes : une affaire récente [4, 5, 6].....	8
1.2. Définition	10
1.3. Les différentes formes de violences [11, 12, 13]	11
1.3.1. La violence psychologique [13, 14].....	11
1.3.2. La violence physique.....	13
1.3.3. La violence sexuelle.....	13
1.4. Les mécanismes de la violence	14
1.4.1. L'escalade de la violence [17, 18].....	14
1.4.2. Le cycle de la violence [20,21]	16
2. Les conséquences des violences faites aux femmes [1,7]	18
2.1. Conséquences des violences faites aux femmes sur leur santé [22, 23]	19
2.2. Les conséquences des violences faites aux femmes sur les enfants [28, 30, 31]	20
2.3. Les conséquences économiques des violences faites aux femmes [33].....	21
3. Expliquer le mal de certains mâles [34]	22
3.1. Caractéristiques des hommes violents [37].....	23
3.2. Qui sont les femmes victimes	25
4. Sage-femme, une profession médicale	27
4.1. Les compétences de la sage-femme en matière de lutte contre les violences faites aux femmes [41, 42, 43]	27
4.2. Sage-femme, rôle de témoin médico-légal [41, 42, 43]	27
4.3. Le paradoxe entre le secret professionnel et le devoir d'assistance à personne en danger : code pénal et code de déontologie.....	28
Partie 2	30
 1. Méthodologie de recherche.....	31
1.1. Problématique	31
1.2. Hypothèses	31
1.3. Objectifs	31
2. Présentation de l'étude	32
2.1. Choix de la méthode.....	32
2.1.1. La méthode qualitative	32
2.1.2. L'entretien semi dirigé/ directif	32
2.2. Réalisation des entretiens	33
2.3. Le « Wendo »	34
2.4. Retranscription	35
3. Résultats	35

3.1.	Les éléments anamnestiques	35
3.1.1.	L'âge	35
3.1.2.	La catégorie socio professionnelle	35
3.1.3.	La situation familiale.....	36
3.1.4.	Les antécédents médicaux particuliers.....	36
3.2.	Les motifs de consultations récurrents en urgences	36
3.3.	Description des différents types de violences subies	39
3.4.	Les évènements déclencheurs ou aggravants	41
3.5.	La prise en charge et les intervenants	42
3.6.	L'intérêt du dépistage systématique.....	44
3.7.	Les sentiments ressentis et ce qui retient la victime	46
Partie 3	48	
1.	Constats et analyse générale.....	49
1.1.	Les éléments anamnestiques	49
1.2.	Les motifs de consultation dans un contexte de violence	50
1.2.1.	Des indices comportementaux afin de suspecter les violences	51
1.2.2.	L'accueil des femmes victimes de violences : une urgence.....	52
1.3.	Connaître les différentes manifestations des violences faites aux femmes afin de mieux les diagnostiquer.....	53
1.4.	La grossesse, un catalyseur de violences	55
1.5.	La prise en charge en urgence des patientes victimes de violences	55
1.5.1.	Un devoir d'assistance	56
1.5.2.	Connaître les autres intervenants	57
2.	L'intérêt du dépistage systématique.....	58
3.	Les propositions d'amélioration	60
3.1.	Faire connaître la nouvelle campagne de sensibilisation	60
3.2.	L'item des violences peut faire partie intégrante de l'anamnèse	60
3.3.	Développer la notion de victimologie dans des structures spécialisées	61
Conclusion.....	63	
Bibliographie	64	
ANNEXE I : Mon outil d'enquête	I	
ANNEXE II : Protocole Maternité Régionale de Nancy : localiser les lésions	III	
ANNEXE III : UN MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL	IV	
ANNEXE IV : Affiche du collectif « Ni putes, ni soumises »	V	
ANNEXE V : Affiche pour la campagne « Osez en parler », Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale	VI	
ANNEXE VI : Dossier de suivi de grossesse « C41 audipog », p.2	VII	

Introduction

La violence faite aux femmes est à l'origine de nombreux décès. Elle est la principale cause de mortalité chez les femmes de 15 à 44 ans [1], devant le cancer et les accidents de la route. Longtemps considérée comme un sujet relevant de la vie privée, la violence à l'encontre des femmes est aujourd'hui considérée comme un véritable sujet de santé publique.

Tous les 3 jours, une femme meurt suite à des violences qui lui sont infligées [2]. Ce chiffre alarmant montre que c'est un sujet qui mérite une attention particulière et d'actualité car il s'inscrit dans le 3ème projet interministériel 2011-2013 de lutte contre les violences faites aux femmes. Cependant ce sujet, malgré sa médiatisation, reste tabou dans notre société, donc difficile à évaluer réellement.

Naître femme expose à ces violences, mais être femme et jeune surexpose. Le risque d'être violentées, harcelées ou agressées concerne toutes les femmes. Celles-ci quelques soient leurs âges, sont ou seront amenées à consulter une sage-femme. De ce fait, cette dernière pourrait jouer un rôle déterminant voire prépondérant dans le dépistage des violences qui sont faites à ses patientes.

Selon le rapport HENRION, dans 24 % des cas, les femmes se confient en premier lieu au corps médical [3]. La sage femme, au même titre que le gynécologue obstétricien, se situe en première ligne et doit jouer un rôle majeur dans la chaîne de prise en charge de ces femmes.

De plus, le service d'urgences gynécologiques et obstétricales semble être le service le plus adéquat afin de dépister ces violences. Il s'agit d'un service disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; ainsi lorsque la demande d'aide s'exprime, elle constitue toujours une urgence et ceci peu importe le délai qui existe entre les faits de violence et le moment où la victime demande de l'aide. Le personnel du service d'urgence fournit des soins d'urgence et d'extrême urgence aux femmes victimes de violence. Leurs responsabilités sont, notamment, les suivantes : dépister les cas de violence, assurer la sécurité de la patiente et de ses enfants ainsi que du personnel, évaluer les besoins et établir les priorités, traiter et gérer les symptômes et les problèmes immédiats, orienter la personne vers des services de soutien et d'aide.

L'enjeu de mon mémoire consiste à montrer à quel point la prise en charge des violences faites aux femmes est importante, et de quelle manière la sage-femme doit y contribuer.

Dans un premier temps, je traiterai des violences faites aux femmes dans leur globalité, j'aborderai également les conséquences qui peuvent en découler, ainsi que les compétences de la sage-femme en la matière.

Je présenterai ensuite l'étude que j'ai réalisée à partir d'entretiens semi directifs auprès de femmes victimes lors d'un stage réalisé à l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM).

Enfin, les résultats de l'étude seront analysés et commentés, et des solutions d'amélioration seront proposées afin de répondre à mon objectif.

Partie 1

1. DEFINIR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LEUR CONTEXTE

1.1. Historique de la lutte contre les violences faites aux femmes : une affaire récente [4, 5, 6]

La question concernant les violences envers les femmes, dans la société et dans leur foyer, a émergé en 1980 lors de la deuxième conférence sur les femmes se déroulant à Copenhague. L'année 1993 apparaît comme un premier tournant : définitions, plans d'action, réunions internationales sont mis en place. Dès lors le terme de « violences fondées sur le sexe » est employé [7]. Peu à peu, les instances publiques se sont senties concernées et ont permis le financement de certaines enquêtes. Ces dernières ont réussi à mettre en exergue l'ampleur de ce phénomène.

1989 : Les pouvoirs publics lancent la première campagne nationale d'information et créent des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

1990 : le crime de viol entre époux est reconnu pour la première fois.

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

2000 : Première grande enquête à l'échelle nationale, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (E.N.V.E.F.F.), réalisée à l'initiative du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, chiffre à 10% le taux de femmes victimes sur les 12 derniers mois et révèle l'isolement de ces femmes, certaines confiant leur « secret » pour la première fois (enquête téléphonique, parmi 6970 femmes interrogées, âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine). [8]

2001 : Le rapport du Professeur Henrion [3], commandité par le Ministère de la Santé, fait état des conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle

des professionnels de santé. Le corps médical semble méconnaître l'ampleur du problème et a du mal à se positionner face aux patientes violentées. L'étude souligne le manque de sensibilisation, le manque de formation du corps médical, l'absence de travail en réseau.

2005-2007 : Le premier plan triennal du Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale permet le financement de nombreuses campagnes de sensibilisation et lance la plateforme téléphonique de lutte contre les violences faites aux femmes : le 3919 (ce numéro n'apparaît pas sur les factures téléphoniques)

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

2006 : La loi du 4 avril renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple avec un élargissement aux pacsés et ex-partenaires et souligne que la qualité de conjoint ou de concubin "ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple". De plus, elle aligne l'âge légal du mariage des femmes sur celui des hommes, à savoir 18 ans.

2007 : La loi du 5 mars permet l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences conjugales.

2008- 2010 : Le deuxième plan triennal comporte 12 objectifs dont briser le tabou, prévenir les violences, coordonner les acteurs du réseau et protéger les femmes et leurs enfants.

2010 : Alors qu'une femme décède tous les 2 jours et demi, le premier ministre décrète les violences faites aux femmes « grande cause nationale ». Des actions de sensibilisation sont alors menées. La loi du 9 juillet autorise le juge aux affaires familiales à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple ; le port du bracelet électronique par le conjoint violent est mis en place afin d'assurer la réalité de l'éloignement. La violence conjugale psychologique est reconnue : le harcèlement moral sur le conjoint devient un délit. Des

mesures d'assistance aux femmes étrangères sont prises comme des mesures luttant contre les mariages forcés. Enfin, le 25 novembre est reconnu comme « Journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes ».

2011-2013 : Le troisième plan triennal renforce la lutte dans 3 domaines d'action : la protection, la prévention, la solidarité [9]. Il est reconnu que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge.

2012 : la loi du 6 août 2012 vient compléter cet arsenal juridique donnant une définition plus précise mais aussi plus large du délit d'harcèlement sexuel. Elle aggrave les peines encourues. De plus, elle renforce la prévention du harcèlement sexuel dans le monde professionnel encourageant les victimes à en parler plus tôt.

1.2. Définition

Il n'est pas rare de se méprendre sur le sens même du mot violence. Souvent réduit à un simple acte physique; ce qui conduit à dédramatiser certains comportements sans prêter d'attention au caractère violent qu'ils revêtent. Les femmes qui en sont victimes s'enferment donc dans une spirale marquée par le silence et l'acceptation d'un acte qui devient banal voire normal.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reprenant les termes adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « *Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » [10]

Cette définition complète et adaptée permet d'inclure les violences verbales, psychologiques et matérielles aux violences physiques à proprement dit.

Il faut noter l'importance de la notion d'intentionnalité qui est, alors, centrale lorsque nous parlons de violences à l'égard des femmes. En effet, celles-ci comportent une intention d'exercer un rapport de force, un pouvoir, une emprise voire une domination dans la vie privée comme dans la vie publique.

Il peut s'agir d'un geste isolé, mais la plupart du temps la violence fait partie d'un cycle de comportements violent et contrôlant. Pris un par un, certains gestes peuvent sembler anodins mais, réunis ensemble, ils s'inscrivent dans le cycle de la violence. En général, il y a escalade de la fréquence et de l'intensité de celle ci. Quand un agresseur a déjà eu recours à la violence physique, il est probable que les agressions s'intensifieront et que la femme risquera davantage d'être blessée ou même de perdre la vie.

Selon la commission européenne la violence est dans 98% des cas le fait de l'homme. Nous parlerons donc, ici, de femmes victimes de violence et d'hommes violents tout en sachant que la situation inverse existe.

1.3. Les différentes formes de violences [11, 12, 13]

La violence à l'égard des femmes peut revêtir différents aspects. C'est d'ailleurs pourquoi l'ENVEFF décrit les violences faites aux femmes comme un continuum « incluant les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles ».

En effet, violence physique et violence psychologique sont très souvent liées ; si on exclut les faits de violences uniques dont l'agresseur est inconnu, aucun homme ne va se mettre à « battre » sa femme du jour au lendemain sans raison apparente. Les violences physiques sont les plus décelables par l'entourage et le personnel soignant, il reste difficile de repérer les violences verbales, psychologiques, sexuelles et matérielles.

L'impact des ces dernières entraîne de graves conséquences sur la santé physique et mentale des victimes. Nous allons ainsi, dans un premier temps, décrire ces différentes formes de violence.

1.3.1. La violence psychologique [13, 14]

Le but de cette forme est de « chosifier » la femme en l'isolant, l'humiliant, la dénigrant. L'agresseur « prépare le terrain » en terrorisant la victime de telle sorte que le pouvoir soit gardé. Beaucoup d'entre elles décrivent cette forme de violence comme la plus difficile.

On peut parler de violence psychologique lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. Paroles et gestes qui ont pour seul but de blesser l'autre.

Dans des moments de colère, tout le monde peut s'égarer et tenir des propos blessants voire méprisants mais ces actes sont suivis d'excuses. La violence psychologique n'est pas un évènement ponctuel mais une réelle façon d'être. Cette maltraitance est subtile : des regards méprisants, des paroles humiliantes, une tonalité visant à faire peur ou menacer de telle sorte que l'entourage n'y prête pas d'attention. Dans ce contexte, on tente volontairement de créer un climat de tension et de mettre mal à l'aise l'autre. D'une part, il y a les mots (menaces, cris, insultes) qui mettent sous tension, et d'autre part, il y a la façon de les dire (tonalité, débit) qui vise à mettre sous l'emprise.

C'est pourquoi il faut distinguer la violence psychologique de la violence verbale bien que ces deux notions soient inséparables.

Dans la violence verbale, les attaques sont subtiles et sont de plus en plus violentes au cours du temps devenant habituelles et acceptées par la victime. Il peut s'agir de blagues humiliantes, de sarcasme, et même si cela peut paraître contradictoire, de silence, le fait d'ignorer l'autre comme s'il n'existant plus.

Freud avait observé que la civilisation avait fait un pas décisif le jour où l'homme substitua l'injure à la lance mais est-ce si sûr ? Certains mots tuent tout aussi sûrement que les coups.

Les différents aspects de la violence psychologique [15]

La violence psychologique peut revêtir différentes formes telles que :

- Le contrôle

Ce peut être le contrôle des heures de sommeil, des heures de repas, des dépenses, des relations sociales et voire même des pensées.

- L'isolement

Afin d'assurer la pérennité des violences, il est nécessaire d'isoler progressivement la femme de sa famille, ses amis et la « couper » du monde extérieur. Tout est tourné vers l'agresseur qui absorbe la concentration de sa victime. Il consiste aussi à supprimer téléphone portable, ordinateur.

- Le harcèlement

En répétant à satiéte un message à quelqu'un, on parvient à bloquer ses capacités critiques et son jugement. La victime, épuisée, finit par céder. Cette forme de violence apparaît souvent suivie à une séparation.

- Le dénigrement

Communément appelé « l'indifférence aux demandes affectives ». Il peut s'agir d'ignorer les besoins de l'autre ou créer une situation de manque voire de frustration dans le seul but de maintenir l'insécurité. Il correspond aussi au refus d'accompagner la victime afin de se soigner.

- Les menaces

Souvent observées, elles correspondent au fait de suggérer des représailles telles que : enlever les enfants, frapper, se suicider. Toujours dans le but de maintenir un pouvoir sur l'autre.

1.3.2. La violence physique

Elle concerne tout contact physique non désiré et qui n'est pas nécessaire, causant des douleurs physiques, de l'inconfort ou des blessures. Elle inclut une large gamme de sévices qui peuvent aller de la « simple » bousculade à l'homicide. Nous pouvons citer différentes atteintes au corps et à la dignité de la femme telle que des pincements, des gifles, des coups de poings et pieds, des strangulations, des morsures, des brûlures, des fractures, des agressions avec une arme blanche ou une arme à feu et les séquestrations.

1.3.3. La violence sexuelle

Il s'agit de toute activité sexuelle non désirée ou forcée. Cela correspond à un contact sexuel ou une relation sexuelle forcés avec un ou plusieurs partenaires. La violence sexuelle concerne aussi les relations sexuelles imposées lorsque la femme est malade ou qu'elle vient de subir une opération. Le fait de la considérer comme un objet sexuel, lui refuser le recours à la contraception ou au contraire la forcer à le faire constituent des formes de violence.

Le code pénal français divise la violence sexuelle en 2 catégories : le viol qui est un crime et « l'agression sexuelle autre que le viol » qui est un délit.

Le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte menace, ou surprise.» [16] A cette définition s'ajoute des circonstances aggravantes telles que :

- La qualité de la victime : mineure de 15 ans ou moins, particulière vulnérabilité, connue de l'agresseur : âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychologique, grossesse ;
- Usage ou menace d'une arme ;
- Qualité ou nombre des auteurs : conjoint, concubin, pacé ou ex-, personne ayant autorité sur la victime, ascendant légitime, naturel ou adoptif, personne abusant de l'autorité que lui confère ses fonctions ;
- Conséquence de l'agression pour la victime : décès de la victime ; mutilation, infirmité permanente ;
- Conditions particulièrement horribles accompagnant l'acte comme des tortures ou actes de barbarie.

Le harcèlement sexuel est défini comme « le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle » par l'article 222-33 du Code pénal.

D'après l'ENVEFF, plus d'une femme sur dix déclarent avoir subi des agressions sexuelles au cours de leur vie [7]. Les attouchements sexuels sont surtout subis dans l'enfance, et perpétrés principalement par des familiers. Les tentatives de viol et les viols sont plus fréquents après 18 ans. Il est rapporté que les viols sont principalement commis par des proches.

1.4. Les mécanismes de la violence

1.4.1. L'escalade de la violence [17, 18]

Il est important de prendre en compte le caractère unique ou répété de l'agression ainsi que le lien ou l'absence de lien avec l'agresseur. Bien que les modalités de prise en charge ne soient pas fondamentalement différentes, dans le cas où les violences sont répétées et qu'il existe un lien avec l'agresseur les conséquences sont plus graves.

- Les actes de violence unique ou répétés sans lien avec l'agresseur :

Les attitudes sexistes dans les espaces publiques sont courantes. Les gestes et propos obscènes rabaissant les femmes au statut d'objet sexuel sont des actes de violence ; les insultes ne sont pas rares, les agressions physiques existent ainsi que les agressions sexuelles.

- Les actes de violences répétés avec lien avec l'agresseur :

Cette situation lorsqu'elle est découverte entraîne une prise en charge très longue et pluridisciplinaire. Il est important de souligner dans ce contexte que les violences faites aux femmes ne correspondent plus au terme de « femmes battues » car la tyrannie s'exerce en premier lieu sur le terrain psychologique ce qui produit des effets tout aussi dévastateurs. [19]

On parle ici de violences qui concernent la sphère de la vie privée. Elles englobent donc les violences conjugales, les violences familiales et les violences commises dans le milieu professionnel. Celles-ci ont plusieurs points communs. Tout d'abord, cette violence est marquée par l'attitude stratégique de l'agresseur, facilitée par l'intimité et la proximité, qui peut exister entre la victime et son agresseur. En effet rares sont les situations de violence avec lien avec l'agresseur qui débutent par des actes physiques.

Un véritable stratagème est établi : l'homme isole la femme, il la dévalorise, la chosifie. On assiste alors à une véritable escalade de la violence qui se manifeste ainsi :

- La maltraitance psychologique ouvre les portes de l'escalade de la violence. Elle passe inaperçue auprès de la personne qui les subit car celle-ci n'est pas consciente d'en être victime. En sapant l'estime de soi et la confiance en soi, toute autre dérive devient alors possible pour le conjoint dominateur. Cette situation peut être de courte durée ou se répéter X fois.
- Ensuite les violences verbales prennent le relais. Cette escalade peut être rapide ou prendre des années. Un climat d'insécurité et de peur est établit. Dès lors, la femme se sent coupable et l'homme met en place des moyens afin d'assurer son impunité. Le secret est alors verrouillé.
- Ensuite les différentes formes de violences s'appuient les unes sur les autres et deviennent de plus en plus grave avec le temps et peuvent aller jusqu'au suicide ou au meurtre de l'un des deux partenaires.

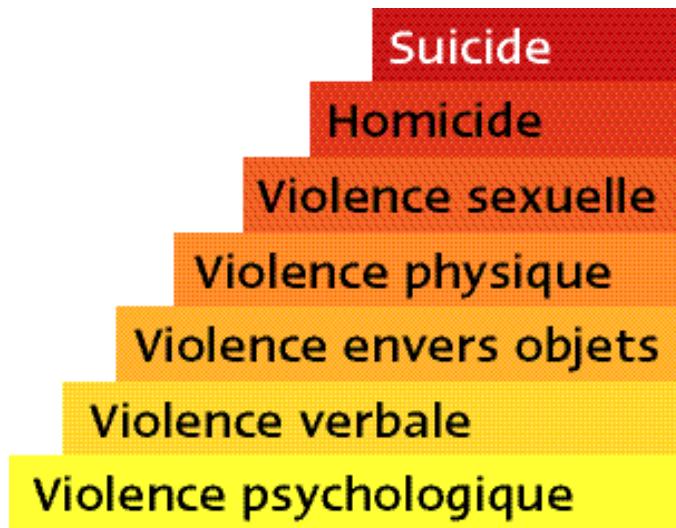


Figure 1 : Schéma de l'escalade de la violence

1.4.2. Le cycle de la violence [20,21]

Un cercle vicieux est alors engagé. En effet, les agressions commises dans ce contexte s'instaurent dans un cycle que nous allons décrire ci-dessous :

PHASE 1 : Climat de tension

L'agresseur a des accès de colère concernant des conflits de la vie quotidienne ou des divergences d'opinions (éducation des enfants, sorties, organisation), menace l'autre personne du regard, fait peser de lourds silences.

La victime se sent inquiète, tente d'améliorer le climat, fait attention à ses propres gestes et paroles, en vain.

PHASE 2 : Crise

L'agresseur violente l'autre personne sur les plans verbal, psychologique, physique, sexuel ou économique.

La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste.

PHASE 3 : Justification

L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement.

La victime tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation.

On observe un véritable déni de l'agresseur qui va provoquer le transfert de faute sur la victime ; celle-ci prend alors la responsabilité de l'acte.

PHASE 4 : Lune de miel

L'agresseur demande pardon, parle de thérapie ou de suicide. La victime lui donne une chance, lui apporte son aide, constate ses efforts, change ses propres habitudes car elle espère que tout cela s'arrête.

Il s'agit aussi d'une phase de répit pour la victime dans un contexte où les violences subies sont de plus en plus lourdes à porter. Elle se sent, honteuse, humiliée, en colère mais surtout très diminuée. Celle-ci pense qu'en changeant ses attitudes et ses comportements elle parviendra à « changer » son agresseur.

Malheureusement si rien n'est fait la violence ne cessera de croître en fréquence et en intensité. D'ailleurs plus les cycles se répètent et plus les phases de « lune de miel » se font rares ; la femme est continuellement préoccupée soit par les tâches ménagères, l'organisation familiale et les violences passées ou à venir; ce qui pousse la victime à s'enfermer dans le silence.

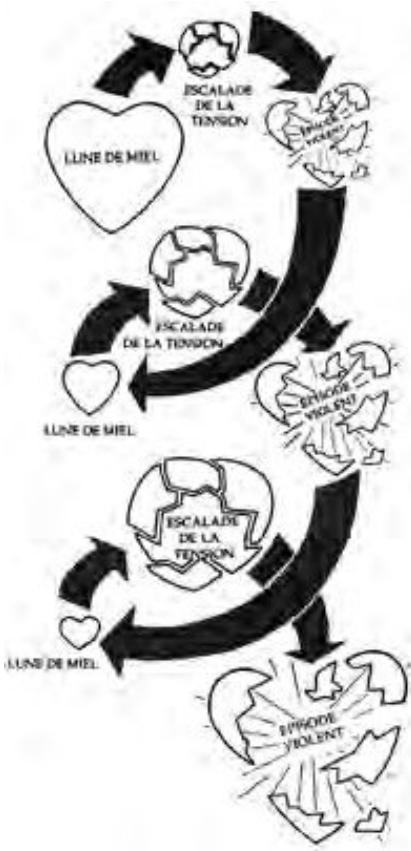


Figure 2 : Schéma du cycle de la violence

2. LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES [1,7]

L'incidence sur la santé des femmes dans le cadre de violences faites aux femmes est majeure. Selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 à 4 années de vie en bonne santé [10]. En effet, les relations étant basées sur la confrontation permanente, la victime va peu à peu se sentir sous l'emprise de son agresseur entraînant ainsi des pathologies diverses à court, moyen et long terme.

2.1. Conséquences des violences faites aux femmes sur leur santé [22, 23]

L'isolement est la conséquence première des violences faites aux femmes. En effet, celui-ci peut être physique ou psychologique. Il existe une réelle perte d'autonomie de la femme. La victime peut sentir une fatigue physique et nerveuse ainsi qu'un sentiment de peur et d'insécurité constants car la prochaine agression ne prévient pas.

Sur le plan psychologique, la femme peut ressentir une perte de l'élan vital, de la honte, de la culpabilité. Souvent celles-ci se sentent dévalorisées, en position d'échec marquant le début d'une véritable perte d'identité. Il est important de souligner une surconsommation possible de psychotropes, de drogues et d'alcool chez ces femmes. On note aussi des troubles de stress post traumatique, communément appelé le syndrome du stress post traumatique, qui désignent un type de troubles anxieux sévères qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Ces troubles sont les suivants : angoisses, troubles du sommeil, dépressions, idées suicidaires voire passage à l'acte. [24]

Par ailleurs chez ces femmes, il a été dénombré plus de consultations en urgence. Celles-ci sont aussi plus souvent hospitalisées et plus longtemps de surcroit. [25]

Sur le plan physique, les lésions traumatisques sont multiples et de natures variées. On observe par ordre de fréquence : des contusions, des plaies profondes, des plaies superficielles, des fractures, des brûlures. [26] D'autres symptômes tels que la perte des cheveux, des douleurs abdominales, la perforation du tympan, des dents brisées ou perdues, ainsi que des maux de tête sont évocateurs.

Les troubles psychosomatiques ainsi que l'aggravation de certaines pathologies chroniques sont souvent révélées dans le cadre de violence.

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

sexuelles imposées. De plus, le refus de méthodes contraceptives engendre notamment des grossesses non désirées mais aussi une surconsommation d'interruption volontaire de grossesse.

De nombreuses études [27, 28] estiment que 4 à 8% des femmes enceintes seraient victimes de violences, ce chiffre atteindrait même les 20 % si on prenait en compte les violences psychologiques. L'état de grossesse est un véritable facteur de risque. [29] Les femmes qui subissent des violences conjugales ont un moins bon suivi de leur grossesse et plus de facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, le tabagisme, la prise d'alcool. Le fœtus se retrouve alors en danger, il est exposé à un stress important, avec des retentissements cardio-vasculaires et neurologiques, à un risque d'avortement (2 fois plus de fausses-couches chez les femmes victimes de violences), à une mort in utero par décollement placentaire ou par rupture utérine, à une hémorragie fœto-maternelle, à un accouchement prématuré (37 % d'augmentation de risque), une souffrance néo-natale et à une hypotrophie (17 % d'augmentation de risque). [29]

2.2. Les conséquences des violences faites aux femmes sur les enfants [28, 30, 31]

Les violences faites aux femmes sont à l'origine de nombreux traumatismes sur les enfants qui en sont témoins voire qui les subissent.

Comme nous avons pu le voir précédemment, ces violences peuvent débuter dès la vie fœtale. Après la naissance, ces violences ne cessent que rarement et constituent donc un danger potentiel pour l'enfant. Il se retrouve doublement en danger : directement par la violence du père qui peut s'abattre sur lui et indirectement par les violences subies par la mère qui peuvent altérer les soins donnés à l'enfant et affecter le lien mère-enfant.

En effet le nouveau-né est très sensible aux effets de la violence qui l'entourent. Il va développer d'importants troubles psychos traumatisques qui peuvent se manifester par des pleurs continuels, des troubles importants du sommeil et de l'alimentation et un retard du développement psychomoteur.

Les enfants traumatisés par des violences présentent davantage de problèmes de santé : retard de croissance, allergies, troubles ORL et dermatologiques, maux de tête, maux de ventre, troubles du sommeil et de l'alimentation, ils sont plus souvent victimes d'accidents et ils subissent plus d'interventions chirurgicales. Ils présentent fréquemment des troubles de l'adaptation : phobies scolaires, angoisse de séparation, hyperactivité, irritabilité, difficultés d'apprentissage, et des troubles de la concentration. Ils présentent fréquemment aussi des troubles du comportement. Ils peuvent présenter à l'âge adulte une augmentation :

- du risque d'être à nouveau victimes de violences tout au long de la vie
- du risque de présenter des conduites agressives
- du risque de présenter des conduites à risque
- du risque de présenter des conduites délinquantes.

Les troubles psychos traumatiques peuvent représenter pour ces enfants un risque vital, particulièrement à l'adolescence avec une augmentation du risque d'avoir un accident mortel et une augmentation importante du risque suicidaire.

Les enfants sont particulièrement exposés à ces troubles lors des violences conjugales du fait de leur vulnérabilité, de leur dépendance affective et physique, de leur immaturité psychique et physiologique, de leur impuissance, et de leur situation d'être en construction et en devenir. Comme les enfants témoins de violences vivent dans un climat de grande insécurité et de terreur, toute leur énergie passe dans la mise en place de stratégies de survie et de défense. Il est essentiel de les protéger, d'assurer leur sécurité et de leur donner des soins spécialisés. Il est essentiel aussi pour leur avenir de leur donner une meilleure image du monde adulte, en leur redonnant confiance en un monde d'égalité, de fraternité et de justice où la loi du plus fort ne règne plus. [32]

2.3. Les conséquences économiques des violences faites aux femmes [33]

Selon l'OMS, « la violence fait peser un énorme fardeau économique sur les sociétés, en induisant une perte de production et un recours accru aux services sociaux ». [10]

Il est difficile d'estimer le coût économique des violences, d'autant plus lorsqu'il s'agit de juger l'impact économique. Une étude a été réalisée par une association nommée « psytel » et les résultats sont alarmants. [34]

En France, le coût global des violences faites aux femmes est composé des:

- coûts directs médicaux, correspondant aux soins de santé qui représentent 483 millions d'euros ;
- coûts directs non médicaux de recours aux services de police et de justice qui représentent 235 millions d'euros ;
- coûts des conséquences sociales et notamment des recours aux aides sociales qui représentent 120 millions d'euros ;
- coûts humains des viols et des préjudices graves qui représentent 535 millions d'euros ;
- coûts des pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme qui représentent 1,099 milliards d'euros.

Selon la même étude, les violences faites aux femmes auraient un coût de 16 milliards d'euros pour l'ensemble des pays européens.

3. EXPLIQUER LE MAL DE CERTAINS MALES [34]

Selon John Gray « les hommes viennent de Mars et les femmes de Vénus » [35]. Sait-on seulement ce qui les rend si différents ? Le cerveau est-il programmé dès la naissance pour que les hommes ne pleurent pas, soient bons en histoire et aiment se battre ? Et pour que les femmes expriment leurs sentiments, maîtrisent leur agressivité, ou soient nulles aux échecs ? Les stéréotypes traditionnels à propos des hommes et des femmes limitent les choix que nous faisons tous les jours. Au fil de l'histoire, les hommes ont en général détenu la majorité du pouvoir de décision dans notre société; même si les rôles sexuels ont évolué au cours des trente dernières années, le pouvoir et le contrôle demeurent encore majoritairement entre les mains des hommes. On peut citer pour exemples : la sous représentation des femmes dans les partis politiques; le fait

que la responsabilité des soins aux enfants incombe encore principalement aux femmes ou le salaire des femmes souvent inférieurs à ceux des hommes.

Les messages que nous recevons durant notre enfance restent dans nos esprits à l'âge adulte. Beaucoup d'enfants sont élevés dans l'idée que les hommes doivent se montrer autoritaires et dominants et que les femmes doivent rester passives et obéissantes. De tels stéréotypes sont nocifs parce qu'ils font croire à l'enfant qu'il est souhaitable et plus valorisant d'être un homme qu'une femme. Quand la famille, les amis et divers membres de la société exposent leurs enfants à des stéréotypes et à des comportements sexistes, les enfants apprennent à agir d'une manière qui renforce les inégalités entre les deux sexes.

Il est alors primordial de confronter deux notions : le genre et le sexe. Le « sexe » renverrait aux caractéristiques strictement biologiques qui distinguent les femmes et les hommes. Par opposition, le « genre » renverrait donc plus directement à un ensemble de règles implicites et explicites régissant les relations femme-homme et leur attribuant des travaux, des valeurs, des responsabilités et des obligations distinctes. [36]

Ainsi, la violence envers les femmes peut se lire comme la traduction, au niveau individuel, du rapport de pouvoir entre les sexes existant dans la société au profit des hommes. La société actuelle organise et pense les rapports entre les hommes et les femmes d'une façon qui, plaçant ces dernières en position d'infériorité, rend possible la violence masculine et la tolère.

3.1. Caractéristiques des hommes violents [37]

Il existe des mythes très prononcées autour de la femme victime et de l'homme souvent entretenus par la presse et les médias. Je m'appuierai d'ailleurs sur le décès de Marie Trintignant, actrice, suite à des coups violents portés par son compagnon, le chanteur Bertrand Cantat. Dès l'annonce de ce fait divers, les médias se sont empressés de dresser un portrait minimaliste de la victime et son agresseur : elle l'ayant provoqué, lui sous l'emprise de l'alcool et de la drogue donc pas dans son état normal...

Tout d'abord il est indispensable de retenir le fait que l'homme violent ne présente aucune caractéristique démographique ou professionnelle particulière. Lui rechercher une classe sociale précise, notamment à la pauvreté ou au manque d'éducation,

constituerait un biais évident. Le portrait de la « brute qui fait peur » est une interprétation populaire qui dissimule la réalité ; l'homme violent est présent dans toutes les catégories socio culturelles.

D'autre part, il est courant de classer l'agresseur dans la catégorie de ceux que l'on classe habituellement comme « malades mentaux » voire des « sociopathes » ou des « psychopathes » ; hormis le faible pourcentage d'hommes qui a de sérieux problèmes de violence généralisée ou de santé mentale, la majorité des hommes violents est composée d'individus dits « normaux ». Ils sont, d'ailleurs souvent, bien adaptés à leur milieu et il est difficile de distinguer un trait marquant par rapport à la norme. Il s'agit là d'un aspect trompeur qui peut nous faire sous estimer la gravité des agressions commises ainsi que le besoin d'aide réel de ces hommes.

Cependant, la caractéristique la plus fréquemment rencontrées chez ces hommes est d'avoir été pour la très grande majorité, victime eux-mêmes de violence physique dans leur enfance, sinon de violence verbale ou émotive, ou à tout le moins fréquemment exposés à des scènes de violence physique entre leurs parents ou auprès de leur frère et sœur. De nombreux chercheurs approuvent cette hypothèse. D'autres pensent qu'ils ont été abusés sexuellement ou physiquement

Un trait marquant des hommes agresseurs est leur tendance à faire porter le poids de la responsabilité de leurs gestes sur les autres. En général, l'homme violent sera porté à nier sinon à minimiser sa participation dans les actes qu'il a posés. Il cherchera à blâmer les autres pour ses actions, accusant entre autres sa victime de l'avoir provoqué. Ce trait accentue son insensibilité. L'homme est centré sur lui-même et un peu conscient des effets de ses actions sur les autres.

Les hommes violents ont beaucoup de peurs. Ils sont, dans beaucoup de cas, possessifs et craignent, par-dessus tout, la perte de l'être aimé. Peu sûres dans leurs univers émotifs, ils ont peine à accepter la "distance", "l'autonomie" de l'autre, et vont chercher par tous les moyens à contrôler la personne aimée. Leurs besoins émotifs sont ramenés à cette partenaire qui se retrouve ainsi surinvestie.

Les hommes auteurs de violence ont une définition rigide et une conception traditionnelle des rôles de l'homme et de la femme. Ils sont pris dans une conception étroite de ce qu'est un homme et de ce qu'est une femme. Plusieurs voient la femme

comme un être inférieur, comme quelqu'un à posséder. Ils sont coincés dans une définition étroite du rôle d'homme qui leur est enseigné. Ils se sentent directement menacés par toute modification de cette image traditionnelle. Leur relation de couple est établie sur un mode de domination.

Un élément qu'on relève chez l'homme violent à un degré encore plus marqué que chez la majorité des hommes est sa très grande difficulté à percevoir ses émotions et à les verbaliser.

Notons enfin que lorsqu'il sent basculer son ménage ou encore lorsque sa conjointe menace de le quitter, il devient un sujet de prédilection pour le suicide ou l'homicide. Cette tendance au suicide ou à l'homicide est fréquente chez ces hommes et doit être considérée avec beaucoup de sérieux.

3.2. Qui sont les femmes victimes

Il n'existe pas de profil type de femmes victime. Le rapport de 2004 publié par Amnesty International le souligne parfaitement : « partout dans le monde, des femmes subissent des actes ou des menaces de violences. C'est une épreuve partagée au delà des frontières, de la fortune, de la race ou de la culture. A la maison et dans les milieux où elles vivent, en temps de guerre comme en temps de paix, des femmes sont battues, violées, mutilées, en toute impunité ».

Toutefois de nombreuses enquêtes ont été menées afin de mieux identifier certaines caractéristiques des femmes victimes de violences.

Tout d'abord, il en ressort que les violences sont souvent liées à l'âge : les tranches d'âges diffèrent selon les études mais toutes se rejoignent en un seul consensus : les jeunes femmes sont plus « à risque » que leurs ainées. En France, selon l'ENVEFF, les 20-24 ans sont 2 fois plus touchées que les plus âgées. Selon la même étude, les femmes immigrées ayant une relation de couple, notamment les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne, déclarent plus de violences. Il est important de prendre en compte le contexte et la situation migratoire car les tensions et les conflits sont amenés par le repli sur les valeurs traditionnelles au sein du couple, par

l'éloignement des membres de la famille restés au pays d'origine. De surcroît, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne présentent, notamment, des situations de mutilations sexuelles. [23]

Si aucun élément ne prédestine une femme à devenir victime, les enquêtes Françaises et Internationales sont d'accords pour s'aligner sur le fait que les femmes qui ont subi des violences ou des sévices durant l'enfance sont cinq fois plus exposées que les autres aux violences. Ces femmes sont souvent repliées sur elle-même et ont un fort sentiment de culpabilité notamment causées par les situations de violences vécues durant l'enfance ou celles dont elles ont été témoins. Ce sentiment de culpabilité est souvent celui qui empêche la victime d'entreprendre les démarches pour cesser le cycle de la violence. Ce trait de caractère est difficile à comprendre de l'extérieur laissant souvent des remarques telles que « si elle reste c'est qu'elle aime ça ». Or ces femmes n'ont parfois même pas conscience d'être victime car rongées par ce sentiment de culpabilité.

Il existe de nombreux préjugés quant au niveau social des femmes victimes. Les violences faites aux femmes ne sont pas l'apanage des catégories socio culturelles défavorisées. Cependant les périodes de chômage, c'est-à-dire la situation par rapport à l'emploi, plus que le capital scolaire sont des facteurs de risque.

La grossesse est une période particulièrement à risque souvent marquée par l'apparition des violences ou l'accentuation de celles-ci. Les auteurs canadiens rapportent que 89 % des femmes violentées au cours de leur grossesse l'ont été lors d'une grossesse non désirée. [38]

La période du post partum est également une période sensible. Les douze mois suivant la naissance représentent une période « propice » aux violences. [39,40]

Le mécanisme de la violence est encore mal compris mais cela peut s'expliquer par les transformations physiques durant la grossesse ainsi qu'une dépendance affective et financière accrue. Le schéma familial s'en trouve ainsi perturbé car le couple conjugal va passer dans une nouvelle dimension qu'est le couple parental. Ainsi un conjoint fragilisé peut éprouver durant cette période de la jalousie voire de l'ambivalence induites par la grossesse, l'augmentation des dépenses, la dépendance de la femme durant cette période voire la diminution de la disponibilité sexuelle de celle-ci.

4. SAGE-FEMME, UNE PROFESSION MEDICALE

4.1. Les compétences de la sage-femme en matière de lutte contre les violences faites aux femmes [41, 42, 43]

Il est primordial de souligner le rôle prépondérant des sages-femmes en matière de lutte contre les violences faites aux femmes. En tant que profession médicale, il incombe aux sages-femmes de prendre en charge ces victimes.

La profession de sage femme est réglementée par le code de santé publique et le code de déontologie des sages-femmes. L'article R.4127-316 du code de déontologie stipule 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 pratique, les violences subies sont rarement le motif de consultation. Le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que la femme ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider. Elle se sent potentiellement comprise, considérée. Une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler. L'écoute fait bien partie du rôle propre du professionnel.

4.2. Sage-femme, rôle de témoin médico-légal [41, 42, 43]

L' article R.4127-333 du code de déontologie des sages-femmes souligne que « l'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et

comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci. ».

Si nous découvrons l'existence de violences passées ou actuelles, nous devons en apprécier la gravité, consigner les éléments utiles dans le dossier et établir un certificat descriptif. En cas de séquelles physiques ou psychiques il convient de proposer à la victime une orientation vers un médecin légiste afin qu'il établisse un certificat médical évaluant le retentissement des violences. Le certificat médical initial est très souvent l'élément maître du dossier juridique, tant au point de vue pénal pour définir l'infraction, qu'au point de vue civil pour indemniser la victime.

4.3. Le paradoxe entre le secret professionnel et le devoir d'assistance à personne en danger : code pénal et code de déontologie

Face à la loi, les professionnels de santé sont dans un dilemme conséquent entre le devoir de protection des patientes et l'obligation de secret professionnel. Le code de déontologie des sages-femmes leur impose le respect du secret établi en faveur des patientes, pour tout ce qu'elles ont pu connaître dans le cadre de leur exercice.

De plus , le code de déontologie souligne à travers l'article 226-14 que « la sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de la famille ».Mais ce même code indique qu'une sage-femme a le devoir d'intervenir en cas de « danger immédiat » ainsi que pour protéger les patients victimes de sévices.

Dès lors plusieurs interrogations émergent. Qu'implique le respect du secret professionnel ? Permet-il de signaler les violences ? Faut-il l'accord de la victime ?

Il est important de préciser que les professionnels de santé ne sont pas redevables d'une obligation de signalement mais d'une obligation de protection. Autrement dit, le signalement ne s'impose que dans le cas où il représente le seul moyen de protéger la victime des violences.

L'article 226-14 du code pénal opère une distinction entre les personnes vulnérables et celles qui ne le sont pas. La jurisprudence repère les mineurs, les personnes âgées et les personnes handicapées comme personnes vulnérables. Si les

personnes sont vulnérables, le signalement peut se faire sans leur accord. Dans le cas contraire, le recueil du consentement est nécessaire. La femme majeure victime de violences ne fait donc pas partie des personnes vulnérables. La protection de ces femmes doit donc passer par un autre moyen. Une précision doit être apportée en ce qui concerne la femme enceinte ; l'article 222-3 du code pénal permet de considérer que la femme enceinte fait partie de la catégorie des personnes vulnérables donc le recueil du consentement n'est pas requis.

En conclusion, il existe, là, un réel cas de conscience des professionnels, notamment pour les sages-femmes qui sont amenées à rédiger des certificats. La règle d'or à respecter est que la protection est obligatoire, le signalement n'en constitue ici qu'un moyen.

Partie 2

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1. Problématique

Les violences faites aux femmes sont un réel problème de santé publique. La compréhension des mécanismes de la violence est récente. Comme nous avons pu le voir en première partie, ce fléau concerne surtout les femmes jeunes. Ces dernières semblent être plus grandes consommatrices des soins médicaux et surtout des consultations en urgences. De ce fait, la sage-femme en véritable professionnelle et citoyenne a un rôle prépondérant à jouer dans le dépistage et la prise en charge des victimes.

1.2. Hypothèses

- Il existe des comportements révélateurs des victimes qui aident au dépistage des violences
- La sage-femme doit adopter un comportement afin de faire « accoucher l'esprit » des femmes victimes
- Tout comme le tabac et l'alcool, longtemps considérés comme des sujets « tabous », l'item des violences faites aux femmes doit faire partie intégrante de l'anamnèse.

1.3. Objectifs

- Certains repères doivent être parfaitement connus de la sage femme afin, d'au moins, éveiller le doute
- Démontrer l'intérêt d'un dépistage systématique

2. PRESENTATION DE L'ETUDE

2.1. Choix de la méthode

D'après mes recherches dans la littérature, la majorité des études réalisées sur le sujet se présentait sous forme de questionnaires adressés aux sages-femmes permettant ainsi une analyse quantitative des données. Il m'a paru intéressant de réaliser mon étude, en miroir de ces dernières, en utilisant la méthode qualitative de l'entretien personnalisé semi directif afin de recueillir des informations auprès des femmes victimes de violences.

En effet, il s'agit d'étudier chez les femmes victimes, les différents types de violences subies, les motifs de consultations en urgences récurrents, leurs différentes prises en charge. Il s'agit plus précisément d'analyser leurs avis concernant le dépistage de ces violences, leurs freins éventuels et tous les facteurs qui peuvent les influencer. Tous ces éléments ont pour but d'aider la sage-femme à mieux connaître la problématique des violences afin de mieux les dépister.

2.1.1. La méthode qualitative

L'approche qualitative est issue des sciences sociales. Elle se définit en opposition aux données quantitatives qui peuvent, elles, être mesurées et qualifiées par une unité de mesure, alors que les données qualitatives seront, elles, simplement décrites. Une étude qualitative ne cherche pas à étendre les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Il n'existe pas de notion de représentativité dans la mesure qu'une information recueillie une seule fois a le même poids qu'une information répétée plusieurs fois dans les entretiens.

2.1.2. L'entretien semi dirigé/ directif

La recherche documentaire, l'observation et l'entretien sont les piliers de l'analyse qualitative.

Selon Piaget, « l'art du clinicien consiste, non à répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer. »

J'ai donc choisi de me consacrer à la méthode de l'entretien car il est, pour moi, le moyen d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier se sente libre de donner des informations qui, de ce fait, sont plus explicatives et plus approfondies.

De plus, le thème des violences faites aux femmes est un sujet sensible, il m'a semblé plus approprié d'opter pour l'entretien semi dirigé. Ainsi, le hors sujet est évité et la liberté d'expression de l'enquêté est conservée.

2.2. Réalisation des entretiens

Afin de pouvoir répondre aux objectifs, j'ai effectué une série d'entretiens semi directifs auprès de femmes victimes de violences. Le but étant de tracer, à partir de leurs histoires, une étude sur les violences subies.

Ont-elles eu à faire aux urgences ? Quelle a été la prise en charge ? Sont-elles favorables au dépistage systématique ? Autant d'interrogations que les entretiens m'ont permis d'explorer.

Mon étude a été effectuée lors d'un stage optionnel d'auto défense et de confiance en soi, communément appelé « WENDO », organisé par l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM).

Créée en 1961, l'AIEM assure, depuis, des actions de différents types notamment l'accueil dans les situations d'urgence, l'hébergement et l'accompagnement social.

Elle assure aussi des fonctions pédagogiques car ce sont des intervenantes de l'AIEM qui assurent la formation initiale des étudiants sages-femmes de la ville de Metz en matière de violences faites aux femmes.

J'ai rencontré lors de mon stage optionnel, qui se déroulait du 12 novembre au 24 novembre 2012 à l'AIEM, rue Mazelle à Metz, 17 femmes victimes de violences. Deux femmes n'ont pas souhaité participer l'entretien.

L'entretien s'articulait en plusieurs parties, à savoir, une première partie qui consistait à mettre en évidence l'existence de motifs de consultations en urgences récurrents lors d'un contexte de violence, ensuite savoir s'il y a eu un élément

déclencheur de ces violences, une autre partie abordait la prise en charge effectuée et les professionnels rencontrés et une dernière partie appréciait la question du dépistage systématique. (ANNEXE I)

Tous les entretiens m'ont permis d'aborder une question qui n'a pas explicitement été posée aux femmes, à savoir sur les sentiments ressentis qui ont pu être un frein ou au contraire une force afin de mettre fin au cycle de la violence.

2.3. Le « Wendo »

Le « Wendo », de women (femme, en anglais) et de do (voie-chemin, en japonais) est une méthode d'autodéfense qui nous vient du Québec, pensée par des femmes pour des femmes. Il tient compte des différences morphologiques entre les femmes et les hommes, de la façon dont nous avons intégré la violence et de la spécificité des agressions contre les femmes.

L'agressivité est aussi bien physique que verbale, on la rencontre partout, dans la rue, au travail, au sein même du foyer.

Le « Wendo » est un mode de pensée et un moyen d'action qui peut aider à faire face aux différentes formes de violence. Il propose aux femmes une première approche : identifier les différents types d'agressions, poser ses limites, apprendre à développer des stratégies et gérer ses émotions dans le seul but d'améliorer sa qualité de vie.

- C'est prendre confiance de sa valeur, de son importance en tant que femme
- C'est développer la confiance en soi, sentir ses limites et les faire respecter, arriver à prendre sa place partout.

Mais c'est aussi...

- être à l'écoute de soi, de ses émotions
- changer son attitude physique et mentale
- être actrice de sa propre vie.

L'AIEM organise tous les ans deux sessions d'une semaine, en novembre et en juin. Ces sessions peuvent accueillir toutes les femmes quelque soient leurs âges, leurs morphologies et leurs horizons.

Ce stage se termine par une séance d'auto défense verbale qui constitue un outil qui permet de gérer en amont les agressions physiques car l'idéal est de ne jamais arriver à l'affrontement physique.

Les techniques de défense apprises lors du stage se doivent de rester secrètes afin de préserver le chemin des femmes.

2.4. Retranscription

Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près. Ils ont été réalisés dans l'anonymat, de manière individuelle.

3. RESULTATS

Les 15 entretiens obtenus m'ont permis de dresser le tableau des résultats suivants. Ceux-ci sont classés par thème.

3.1. Les éléments anamnestiques

3.1.1. L'âge

Les tranches d'âges représentées sont les suivantes :

- 2 femmes sur 15 ont entre 15 et 20 ans;
- 5 femmes sur 15 ont entre 20 et 30 ans;
- 5 femmes sur 15 ont entre 30 et 40 ans;
- 3 femmes sur 15 ont entre 40 et 50 ans.

3.1.2. La catégorie socio professionnelle

Les catégories socio professionnelles représentées sont les suivantes :

- 4 femmes sur 15 sont actuellement sans emploi;
- 3 femmes sur 15 sont étudiantes;
- 2 femmes sur 15 exercent une profession ouvrière;
- 4 femmes sur 15 exercent une profession intermédiaire;

- 2 femmes sur 15 sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur et exercent une profession à responsabilités.

3.1.3. La situation familiale

- 12 femmes sur 15 sont séparées de leurs conjoints violents, et 9 d'entre elles sont, de nouveau en couple;
- 1 seule femme interrogée est toujours en couple avec l'agresseur;
- 2 femmes sur 15 sont célibataires et ont subi des violences par l'agresseur qui n'avait aucun lien avec elles;
- Parmi les 15 femmes, 3 n'ont pas d'enfant ;
- 1 femme n'a pas la garde de ses enfants.

3.1.4. Les antécédents médicaux particuliers

- 2 femmes sur 15 ont fait des tentatives de suicide;
- 4 femmes sur 15 ont ou avaient un traitement anti dépresseurs;
- 3 femmes sur 15 présentent des troubles du sommeil;
- 1 femme sur 15 présente des troubles alimentaires de type « anorexie »;
- 7 femmes sur 15 présentent une consommation tabagique;
- 2 femmes sur 15 ont subi une interruption volontaire de grossesse ;
- 3 femmes sur 15 ont fait une fausse couche ;
- 1 femme sur 15 présente une fracture du radius et de l'ulna.

3.2. Les motifs de consultations récurrents en urgences

Sur les 15 entretiens obtenus, 10 femmes ont consulté en services d'urgences gynécologiques et obstétricales (UGO) pour des motifs que l'on retrouve parfois chez plusieurs femmes :

- 3 femmes déclarent avoir consulté pour des vaginites :

« Je sentais ma vulve en permanence irritée », C., 47 ans, intervenante sociale

« Je me lavais 5 fois par jour, j'avais des brûlures à force », M., 19 ans, étudiante

« J'avais des brûlures au niveau du vagin tout le temps, tout le temps », I., 27 ans, sans emploi

- 2 femmes déclarent avoir consulté pour des fausses couches :

« J'ai eu des saignements après que mon mari m'ait poussé dans les escaliers, j'ai perdu mon enfant à l'hôpital », N., 35 ans, mère au foyer

« Nous avions des rapports à risques, j'ai pourtant été contrainte de subir une IVG (interruption volontaire de grossesse). Peu de temps après, j'ai fait une fausse couche, en arrivant aux urgences, il était presque heureux et il m'a dit que c'était une punition de l'IVG », C., 47 ans, comédienne

- 2 femmes déclarent avoir consulté pour diminution des mouvements actifs fœtaux :

« J'ai consulté plein de fois aux urgences, j'avais peur que mon bébé souffre, il faisait déjà un petit poids et après les disputes, je le sentais moins bouger », S., 34 ans, sans profession

« Après nos disputes, je ne sentais plus bouger mon bébé », M., 32 ans, vendeuse

- 1 femme déclare avoir consulté pour une suspicion de rupture prématurée des membranes :

« Après un rapport violent, j'ai cru perdre les eaux. La sage femme a eu du mal à m'examiner tellement j'avais peur. », S., 23 ans, étudiante

- 1 femme déclare avoir consulté après un traumatisme sur le ventre à 35 SA et une fracture du radius :

« Je suis venue aux urgences parce que mon mari m'a poussé sur le ventre au parc. J'ai aussi eu le bras cassé en tombant », Z., 28 ans, professeur de biologie

- 1 femme déclare avoir consulté à plusieurs reprises sans motif avéré :

« Je consultais sans cesse aux urgences lorsque j'étais enceinte, j'inventais toujours une excuse, je voulais être rassurée en fait. » V., 39 ans, enseignante

Je noterai aussi l'importance de relever les passages suivants, non pas de par l'importance du motif de consultation (car ils n'ont aucun lien avec les violences subies) mais vis-à-vis de la réaction de la patiente qui a laissé suggérer un contexte de violence :

« J'ai subi une hystérectomie parce que je saignais beaucoup, c'était un soulagement pour moi, après ce que j'ai vécu (un viol), cet organe était mort ! » C., 47 ans, intervenante sociale

« J'ai consulté aux urgences pour des douleurs au ventre abominables, le médecin qui était un homme s'est étonnée de voir que j'avais peur qu'il s'approche de moi. J'ai été agressive alors qu'il essayait de me réconforter, mais c'était un homme » M., 19 ans, étudiante

De plus, une femme déclare avoir consulté auprès du service d'urgences pédiatriques :

« Il a pris ma fille (8 mois) et l'a secouée très fort et il a appuyé sur son ventre. Elle avait un énorme bleu » S., 19 ans, sans emploi

Enfin, on notera 2 tentatives de suicide chez deux femmes hospitalisées en urgences.

3.3. Description des différents types de violences subies

2 femmes avec qui je me suis entretenue ont subi des violences uniquement physiques, il s'agissait dans les deux cas d'un viol sans lien avec l'agresseur :

« J'ai subi un viol à l'âge de 16 ans » C., 47 ans, intervenante sociale

« En fait, j'ai subi un viol il y a un an » M., 19 ans, étudiante

Les 13 autres femmes ont subi des violences par le conjoint ou un proche. Ces dernières s'inscrivent dans le cycle décrit en première partie. Dans 11 entretiens, les violences psychologiques sont indissociables des violences physiques. Dans 2 entretiens les agressions se sont révélées exclusivement psychologiques.

« Il avait une certaine manière de faire claquer les portes, j'avais l'impression d'être la prochaine. » F., 45 ans, assistante maternelle

« Après m'avoir forcé à faire une IVG, il prenait un malin plaisir à faire peser le poids du « fantôme » de cet enfant en me disant : « Si tu n'avais pas eu d'IVG, il aurait 2 ans aujourd'hui » C., 47 ans, comédienne

« C'était un mariage forcé et il m'a clairement dit qu'il ne m'aimait pas » I., 27 ans, sans emploi

« Il m'interdisait de prendre une contraception » S., 34 ans, sans emploi

« Il avait fait exprès de choisir un médecin à Forbach alors qu'on habitait à Metz et je n'avais pas le permis. Tout ça pour que je n'y aille pas seule » I., 27 ans, sans emploi

« Parfois, il m'ignorait des journées entières » Z., 28 ans, professeur de biologie

« Pendant la grossesse, les coups ont été violents » M., 32 ans, vendeuse

« Je ne pouvais pas sortir, il m'empêcher de contacter mes proches »N., 26 ans, sans emploi

« Je ratais tous les rendez vous médicaux parce que j'étais enfermée [...] je n'avais ni papier, ni argent sur moi, jamais »S., 34ans, sans emploi

« Il a cassé tous les objets qui me tenaient à cœur »J., 21 ans, étudiante

« Il méprisait les femmes »I., 27 ans, sans emploi

« J'étais folle pour lui, il racontait ça à tout le monde »V., 39 ans, enseignante

« Il me tabassait quand il était énervé, j'avais des bleus partout sur les bras, le ventre, le visage. Je me maquillais pour tout camoufler. » S., 19 ans, sans emploi

« Il est venu à la maternité pour me rabaisser et me critiquer, j'étais épuisée de l'accouchement et je devais supporter ses insultes » J., 21 ans, étudiante

« Quand il a su que j'étais hospitalisée, il est venu à la maternité presque en pleurs avec des cadeaux, il faisait semblant d'être gentil avec le personnel. »Z., 28 ans, professeur de biologie

« Un soir, il m'a étranglée, j'ai appelé la police, j'ai eu peur de mourir et de laisser mes filles. » N., 26 ans, sans emploi

« Aujourd'hui pour la première fois de ma vie, je vais voir un gynécologue, quand j'étais avec mon mari je n'avais pas le droit ! » I., 27 ans, sans emploi

« Il était déjà violent avec son ex femme » S., 34 ans, sans emploi

« Je l'ai contredit un soir chez des amis, en rentrant il m'a violée puis frappée. » V., 39 ans, enseignante

« Nos rapports sexuels étaient violents. » F., 45 ans, assistante maternelle

« Il m'a frappée devant tout le monde le jour de la rentrée des classes des enfants. C'est la première fois qu'il ne se cachait pas pour me faire du mal. » I., 27 ans, sans emploi

« On était à Woippy plage, il s'est mis derrière moi parce que je ne marchais pas assez vite et il m'a poussé sur le ventre, j'étais enceinte de 7 mois. » Z., 28 ans, professeur de biologie

3.4. Les évènements déclencheurs ou aggravants

J'ai retenu ici les entretiens des femmes qui avaient subit des violences répétées lorsqu'elles avaient un lien avec l'agresseur, c'est-à-dire que sur 15 entretiens, 13 ont été relevés.

7 femmes sur 13 déclarent que la grossesse a été l'élément aggravant voire déclencheur des violences. Il est important de noter que 2 femmes ont signalé que l'annonce du sexe de l'enfant, féminin de surcroît, a été vecteur de violences.

« Je suis finalement tombée enceinte. La pire période de ma vie. » C., 47 ans, comédienne

« A l'annonce de ma grossesse, il a pété un câble ! » S., 23 ans, étudiante

« (La grossesse) C'est un moment de la vie qui doit être synonyme de bonheur pour les gens normaux, pour moi c'était un cauchemar. » V., 39, enseignante

« Enceinte, il était encore plus violent. » M., 32 ans, vendeuse

« Elles ont commencé quand je lui ai dit que j'étais enceinte. » S., 34 ans, sans emploi

« Le fait que nous allions avoir une deuxième fille l'a beaucoup énervé . Il m'a dit que c'était de ma faute. En Arménie, il fallait avoir un garçon pour devenir chef de famille plus tard. » N., 26 ans, sans emploi

« Au 5^{ème} mois, juste après l'écho déterminant le sexe de notre futur enfant. Dans son esprit, ça ne pouvait être qu'un garçon. » Z., 28 ans, professeur de biologie

1 femme sur 13 déclare avoir subi des violences après la naissance de l'enfant :

« La naissance de ma fille, qui n'était pas la sienne, l'a rendu fou. » S., 19 ans, sans emploi

5 femmes déclarent avoir subi des violences pour les motifs suivants :

« Mon arrivée en France, loin de ma famille a été un cauchemar. » I., 27 ans, sans emploi

« Il a été violent après une longue période de chômage. » F., 45 ans, assistante maternelle

« Elles ont démarré quelques années après notre mariage. » N., 35 ans, sans profession

« Au travail, il avait de grosses responsabilités, il était stressé, il s'absentait et quand il rentrait, il s'énervait contre moi. » I., 34 ans, sans emploi

« La première fois qu'il m'a mis une claque, c'est quand je l'ai soupçonné de me tromper. » J., 21 ans, étudiante

3.5. La prise en charge et les intervenants

« Devant l'attitude agressive de mon conjoint, la sage femme a fait un signalement. » Z., 28 ans, professeur de biologie

« Les services de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) sont venus un matin à la maternité, ils m'ont demandé de choisir entre aller dans un centre d'hébergement avec ma fille ou de rester avec mon copain sans ma fille. » J., 21 ans, étudiante

« Un matin, j'ai appelé « SOS VIOLS ». » M., 19 ans, étudiante

« Le médecin a menti pour moi, pour me protéger. Je suis allée porter plainte durant mon hospitalisation. Mon mari pensait que j'étais en service de radiologie. » Z., 28 ans, professeur de biologie

« J'ai participé au groupe de paroles à l'AIEM ainsi qu'au « café des parents », je voyais le portrait de mon conjoint à chaque témoignage, du coup j'ai compris. » C., 47 ans, comédienne

« Je me suis découverte en faisant le stage de WENDO. » C., 47 ans, intervenante sociale

« J'ai porté plainte au commissariat, là bas, une femme est spécialisée dans les violences. Le soir même, j'ai été accueillie au gîte Sainte Croix, en urgence. » I., 27 ans, sans emploi

« On m'a parlé d'une sage femme conseillère conjugale. » N., 35 ans, sans profession

« Une assistante sociale m'a trouvé un hébergement. » S., 19 ans, étudiante

« J'ai appelé la police. » N., 26 ans, sans emploi

« Lors de ma 1^{ère} séance avec une kinésithérapeute Mézières pour la rééducation de mon dos, elle a consacré presque 1 heure à me poser des questions. Elle m'a dit « vous en avez plein le dos » ça m'a fait penser à la situation que je vivais. » V., 39 ans, enseignante

« Je me suis réfugiée aux urgences quand j'étais enceinte, le médecin m'a hospitalisée. Le lendemain l'assistante sociale est venue me voir. » S., 23 ans, étudiante

« Je vois un psychologue. » F., 45 ans, assistante maternelle

3.6. L'intérêt du dépistage systématique

Sur les 15 entretiens, 5 femmes ont parlé spontanément des violences subies.

1 seul entretien laisse comprendre que la femme concernée n'aurait pas déclaré être victime car elle n'en était, elle-même, pas consciente.

« J'étais sous l'emprise, il me faisait croire que c'était de ma faute et j'y croyais donc je ne pense pas que j'aurai avoué quelque chose. » J., 21 ans, étudiante

Les 14 autres entretiens nous montrent que certaines ont ou auraient déclaré être victimes de violences ou auraient au moins considéré l'interlocuteur comme une personne de confiance pour en parler.

« J'ai consulté aux urgences pour des douleurs dans le ventre abominables, le médecin, qui était un homme, s'est étonné de voir que j'avais peur qu'il s'approche de moi alors qu'il essayait de me réconforter, mais c'était un homme. Ma mère était là, il a demandé qu'elle sorte. Je savais qu'il avait compris. » M., 19 ans, étudiante

« C'était la 3^{ème} fois que j'allais en cure gynécologiques (pour des troubles vaginaux), la 4^{ème} fois mon gynécologue m'a fait part de ses doutes. » C., 47 ans, intervenante sociale

« Sans aide extérieure, c'est difficile. » C., 47 ans, comédienne

« Le médecin m'a lancé pleins de perches, je savais que je pouvais lui en parler. » M., 32 ans, vendeuse

« Il faut saisir toutes les opportunités pour renseigner les femmes, parfois il nous manque un petit rien, un petit grain de sable, pour tout dévoiler. » S., 34 ans, sans emploi

« Beaucoup de femmes ont besoin qu'on leur dise. Des fois on croit que c'est normal d'être battue, que c'est de notre faute ou qu'on le mérite. » N., 26 ans, sans emploi

« La sage-femme a insisté sur le fait que mon conjoint n'était pas là, elle a fini par me demander si tout allait bien entre lui et moi. J'ai craqué et tout déballé. » S., étudiante, 23 ans

« J'aurai aimé qu'on m'en parle avant. » F., 45 ans, assistante maternelle

« Le fait qu'on me pose la question, m'a aidée à prendre conscience. » N., 35 ans, sans profession

« J'ai composé le 3919, il y avait une affiche dans le cabinet du médecin. » V., 39 ans, enseignante

« Ce qui aide à en parler, c'est quand la personne en face parle de la relation avec le conjoint, de notre vie de femme, de future mère, tout simplement qu'elle nous comprenne. Il y a des choses pas faciles à dire, mais il faut être attentif, on laisse toujours paraître quelque chose. » Z., 28 ans, professeur de biologie

« Pour une fois, ce que je disais n'était pas remis en cause. » I., 27 ans, sans emploi

« Je me suis sentie écoutée. » S., 19 ans sans emploi

« Il faut dire aux qu'elles ne seront pas victimes toute leur vie. » S., 23 ans, étudiante

« J'étais manipulée, j'avais plus de cerveau, le fait qu'on me pose la question m'a réveillée ! » C., 47 ans, comédienne

3.7. Les sentiments ressentis et ce qui retient la victime

« Tu es nulle, personne ne voudra de toi ! Voilà ce qu'il me disait sans cesse. » F., 45 ans, assistante maternelle

« Tous les jours, je me demandais quelle faute j'avais pu commettre. » I., 27 ans, sans emploi

« Je craignais la réaction de mes parents, j'avais peur qu'ils aient honte de moi. » M., 19 ans étudiante

« Je ne savais pas où aller. » Z., 28 ans, professeur de biologie

« Je me sentais salie. J'avais perdu ma dignité. » C., 47 ans, intervenante sociale

« C'était un manipulateur. Il savait être doux et compatissant des fois. » S., 34 ans, sans emploi

« J'avais peur que mes enfants m'en veulent. » M., 32 ans, vendeuse

« Je l'acceptais pour mes enfants, ils avaient besoin d'un père. » N., 26 ans, sans emploi

« Je suis revenue car il m'a juré de me retirer mes enfants. » I., 27 ans, sans emploi

« Je restais car je l'aimais. J'avais l'impression de l'abandonner si je partais. » V., 39 ans, enseignante

« J'avais peur qu'on me juge. Une famille c'est pas ça pour les autres ! » S., 23 ans, étudiante

« J'ai toujours grandi dans un climat instable, mes parents étaient alcooliques donc je supportais. » C., 47 ans, comédienne

« J'ai mis du temps à comprendre qu'il me faisait du mal, quand j'ai compris je suis partie. » N., 35 ans, sans emploi

« Il m'a lavé le cerveau. Je ne savais plus qu'est ce qui était bon pour moi. » S., 19 ans, sans emploi

« Quand j'ai compris qu'il était capable de me tuer, je suis partie. » J., 21 ans, étudiante

Partie 3

Les professionnels de santé ont longtemps considéré que la prise en charge des victimes de violences relevait des autorités judiciaires ainsi que du domaine social.

Les violences faites aux femmes sont à considérer comme une urgence. Les structures d'urgences, y compris gynécologiques et obstétricales sont des lieux privilégiés par les victimes car plus anonymes et surtout plus accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

La sage-femme est, par ses compétences et sa disponibilité, un des garants dans le diagnostic, le signalement et l'assistance des victimes. Détection, examen, constatations des lésions, et rédaction d'un certificat, autant de phases où son intervention doit s'intégrer pleinement dans le processus médico-judiciaire.

Ce mémoire vise à comprendre le processus de la violence afin d'aider les professionnels de santé à mieux les dépister et à les prendre en charge, il ne remet pas en question les pratiques professionnelles mais cherche à apporter des améliorations.

1. CONSTATS ET ANALYSE GENERALE

1.1. Les éléments anamnestiques

L'étude des éléments anamnestiques est en accord avec les études déjà réalisées. En effet, la population étudiée est une population dont l'âge se situe entre 15 et 50 ans. Il s'agit donc d'une population jeune. Comme j'ai pu le dire précédemment et comme j'ai pu le vérifier : être femme exposé aux violences mais être femme et jeune surexposé.

En terme socio économiques, on peut observer que les violences ne concernent pas seulement les classes défavorisées. Dans mon étude, 2 femmes sur 15 exercent même une profession à responsabilités.

Concernant la situation familiale, un élément m'a paru important d'être exposé. Sur les 15 femmes avec qui je me suis entretenu, 12 sont séparées de leur conjoint violent. A savoir que 2 agressions ont été commises par une personne qui n'avait aucun lien avec sa victime. Il s'agit d'un point positif et c'est, aussi, ce qui a permis mon étude car les femmes que j'ai rencontrées se trouvaient dans une situation où elles étaient déjà sorties de l'engrenage que sont les violences. Cela a facilité mon étude mais m'a surtout permis de comprendre le mécanisme des violences et d'en faire part dans ce mémoire.

afin de permettre un dépistage optimal des victimes qui n'ont pas encore entrepris cette démarche.

Quant aux antécédents médicaux particuliers, je recherchais par là des affections médicales, chirurgicales et gynécologiques particulières qui pourraient aiguiller la sage-femme sur un éventuel terrain de violence. Ainsi, une attention particulière devra être portée, sans pour autant faire d'amalgame, devant une patiente, qui, a un traitement antidépresseur, présente des troubles du sommeil, des troubles alimentaires. Les antécédents de fracture mais surtout les circonstances dans lesquelles elles sont arrivées doivent nous interroger.

En tant que professionnels de l'obstétrique et de la gynécologie, nous devrons aussi particulièrement nous intéresser aux circonstances de survenue d'une éventuelle fausse couche et aux raisons de l'interruption volontaire de grossesse.

1.2. Les motifs de consultation dans un contexte de violence

Ici encore, le constat est conforme aux études déjà réalisées : les femmes victimes de violences ont tendance à consulter volontiers aux urgences. 10 femmes sur 15 ont consulté aux urgences gynécologiques et obstétricales. De plus, seulement 5 femmes sur 15 ont spontanément parlé des violences subies.

Je peux donc en conclure que le motif des violences est rarement la doléance pour laquelle ces femmes viennent consulter. Les motifs relevés, comme nous avons pu le voir lors de l'étude, sont les vaginites à répétition, les fausses couches, les diminutions des mouvements actifs fœtaux, les suspicions de rupture prématurée des membranes.

J'ai pu noter une corrélation entre les troubles vaginaux qui étaient décrits et les femmes qui avaient subi une agression sexuelle ou un viol.

En effet, les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle se sont rendues urgences en présentant des troubles tels que des vaginites, des brûlures mictionnelles, des dyspareunies, ou des vulvodynies de type vaginisme.

Dans mon étude 1 femme sur 15 a consulté aux urgences pédiatriques car le conjoint violent s'en était pris à son enfant. Il est important de questionner la patiente sur la santé des enfants à charge. Les femmes se dévoilent plus facilement lorsque les violences atteignent leurs enfants. D'une part, cela montre que nous nous intéressons à elle et d'autre part des informations précieuses peuvent nous être données.

1.2.1. Des indices comportementaux afin de suspecter les violences

Avant même d'examiner la patiente, la sage-femme devra être attentive à certains comportements révélateurs.

1 femme sur 15 déclare même avoir volontairement « abusé » des consultations aux urgences afin de se rassurer sur la bonne évolution de la grossesse. Il s'agit là d'un élément évocateur : il est important de regarder dans le dossier médical des patientes la date des dernières consultations. Une « consommation » excessive des consultations peut nous guider. Il nous appartient d'être attentif et de savoir vérifier la compatibilité entre le motif de consultation et la clinique.

J'ai pu comprendre lors de mon étude que la violence a vraisemblablement de lourdes conséquences physiques mais aussi de lourdes conséquences morales qui amènent les patientes à consulter, souvent, sans dire qu'elles sont victimes de violence et, parfois, sans être consciente que les symptômes qu'elles présentent sont liés à la violence.

Les comportements qui doivent alerter sont les suivants :

- Des consultations médicales fréquentes et répétitives évoquant une « surconsommation médicale » ;
- Une patiente pressée, qui ne peut pas attendre ;
- Un délai important entre l'apparition des symptômes et la demande de soins ou une réelle incohérence dans le récit des faits ;
- Des retards ou « oublis » des rendez-vous. Ils sont à bien noter dans le dossier. Il faut indiquer par une mention que la patiente n'est pas venue et laisser la page de la consultation, normalement prévue, vierge.

- Une dépendance vis-à-vis du conjoint : la femme le regarde avant de parler, semble en avoir peur ;
- Des abus de substances tels que le tabac, l'alcool, les drogues, les médicaments analgésiques ou antidépresseurs ;
- Un refus de l'examen gynécologique, des interruptions volontaires de grossesse à répétition, ainsi qu'un recours fréquent à la contraception d'urgence ;
- Une patiente qui essaierait de dissimuler les blessures en utilisant cosmétiques à outrance, lunettes, couvre-chef ;
- Une patiente qui ne présenterait aucun papiers d'identité ou de carte de sécurité sociale, ceux-ci lui ont peut-être été confisqués.

11 femmes sur 15 ont souligné le caractère ambivalent de l'agresseur qui se montrait tantôt violent tantôt aimant. Il peut s'agir comme certains entretiens ont pu le démontrer, d'un conjoint trop prévenant avec une tendance à « sur jouer ».

Chez le conjoint, il faut être attentif à :

- une attitude envahissante, trop prévenante, à des réponses à la place de la femme, des tentatives de contrôle de la partenaire par des expressions du visage ou attitudes intimidantes ;
- des violences verbales, des critiques des actes de la partenaire.

1.2.2. L'accueil des femmes victimes de violences : une urgence

5 femmes sur 15 déclarent avoir parlé spontanément des violences subies c'est-à-dire, en précisant que les maux pour lesquelles elles consultaient étaient liés à ces dernières.

J'ai pu m'apercevoir lors de mes entretiens qu'il existait un réel enjeu lors des premières minutes de la consultation. L'accueil doit être considéré comme une urgence. En effet, certaines femmes se rendent aux urgences et se voit démotivées par l'attente ; soit parce que l'agresseur minute leur vie et elles craignent des représailles si retard il y avait ou soit par ce que le fait d'attendre vont les pousser à réfléchir sur les

conséquences de leur démarche. La victime doit être reçue rapidement et dans le calme pour qu'elle puisse parler et être écoutée. La personne doit se sentir rassurée, en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec la sage-femme, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne.

Le but de cet accueil est d'évaluer le degré d'urgence de l'examen et la nécessité ou non de transférer la personne vers un centre spécialisé.

La qualité de cet accueil est capitale pour la victime dans le sens d'une restauration ultérieure et pour les suites judiciaires.

1.3. Connaître les différentes manifestations des violences faites aux femmes afin de mieux les diagnostiquer

Les professionnels du domaine de la gynécologie et de l'obstétrique doivent profiter d'une relation en général privilégié de par la proximité au corps. Si le diagnostic apparaît évident dans les situations où la victime déclare les violences, comme j'ai pu l'établir dans 5 entretiens sur 15, l'approche est plus difficile lorsque des violences accidentelles sont avancées par la patiente alors que sont constatés des éléments traumatiques.

L'attention devra être attirée par des manifestations de nervosité, des sursauts, des pleurs, une gêne, un embarras, des regards fuyants, une confusion.

Je tiens aussi à mettre en exergue un élément important, la profession de sage-femme n'étant plus exclusivement réservée aux femmes depuis 1982, mes futurs collègues hommes devront être particulièrement vigilants aux réactions des femmes victimes de violences. 1 femme sur 15 déclare avoir été agressive envers le soignant suite à un geste de réconfort qui lui avait été prodigué par ce dernier. Cette réaction doit éveiller le doute chez le soignant de sexe masculin.

Les entretiens recueillis m'ont permis de souligner quelques repères qui doivent être parfaitement connus de la sage-femme notamment sur les lésions contuses. Elles sont

produites par des objets contondants, poing, pied, manche d'outil, marteau, ... qui agissent par leur masse et leur vitesse.

Le stage de « WENDO » m'a fait comprendre que les agresseurs respectaient une certaine logique lorsqu'ils portaient leurs coups. On retrouve, ainsi, souvent les mêmes localisations de blessure chez les femmes victimes. Il peut s'agir de façon simultanée de plusieurs parties du corps, le visage et le dos, par exemple. Mais aussi des zones non saillantes telles que les creux poplités, les lombes, le cou. Il existe des zones de « défense » comme la face postérieure des mains et des avant-bras, des zones de « prises » telles que le bras, et des zones « typiques » que sont le nez, les tempes, les pommettes, les lèvres et le cadre orbitaire. En cas de suspicion de fracture, comme j'ai pu le retrouver dans 1 entretien sur 15, une radiographie devra être réalisée.

Les lésions peuvent reproduire l'objet à l'origine de ces dernières. Pour les brûlures, par exemple, une cigarette laissera une trace circulaire et creusante.

Il est primordial de dénombrer les lésions et de les dater. Pour cela des indices peuvent guider la sage-femme. La maternité régionale de Nancy a présenté un protocole, lors du colloque de Nantes en 2010, qui contient des schémas simples qui aident les professionnels à localiser les différentes lésions (ANNEXE II). Il faut savoir que les lésions contuses sont évolutives :

- Les érosions cutanées ou dermabrasions qui existent sur les muqueuses cicatrisent en moyenne en moins d'une semaine.
- Les ecchymoses qui sont des extravasations de sang coagulé infiltrant les tissus. Ils sont rougeâtres ou noirâtres le premier jour, parfois accompagnés d'un œdème et de chaleur au toucher. Ils deviennent violacés en deux à trois jours, bleuâtres en trois à six jours, verdâtres en cinq à dix jours, brunâtres en dix à quinze jours. Ils disparaissent en deux à quatre semaines.

Enfin, comme j'ai pu le constaté dans 11 entretiens les violences physiques étaient indissociables des violences psychologiques. Il faut déceler lors d'une anamnèse attentive des troubles du sommeil et / ou alimentaires, psychosomatiques ou des addictions.

1.4. La grossesse, un catalyseur de violences

Comme l'a précisé le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, sur la santé du Monde, réalisé en 2005, la grossesse est une période particulièrement à risques, souvent marquée par l'apparition des violences ou leur recrudescence.

J'ai pu vérifier cette constatation auprès des femmes rencontrées, 7 d'entre elles ont subi des violences durant leur grossesse dont 2 lors de l'annonce du sexe de l'enfant (féminin), ce qui marque la volonté de l'agresseur d'établir un rapport de force basé sur le genre.

En regard des hypothèses, la sage-femme est donc un professionnel de santé « phare » dans le dépistage des violences faites à ses patientes.

1.5. La prise en charge en urgence des patientes victimes de violences

Lorsque le diagnostic des violences faites aux femmes est posé, ou que la patiente fait part spontanément des sévices subis, la sage-femme se doit de fournir une qualité d'écoute optimale.

Ce qu'il faut faire :

- la rassurer sur la confidentialité de l'entretien (ne jamais parler d'interrogatoire) ;
- la croire et le lui dire ;
- la déculpabiliser, lui dire qu'elle n'est aucunement responsable ;
- dire que les violences faites aux femmes sont des délits punissables par la Loi ;
- respecter ses choix.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Faussement rassurer la patiente ;
- Dire ou donner l'impression que tout va se régler facilement ;
- Dire qu'il faut ou qu'il suffit de partir pour en finir ;
- Culpabiliser par des remarques comme « Pourquoi restez-vous avec lui ? Qu'est ce que vous avez fait pour qu'il soit violent ? Si vous voulez vraiment que cela cesse, vous partiriez. » ;

- Gérer le problème comme un simple souci de couple, il ne s'agit pas là de médiation car celle-ci n'est pas possible dans la mesure où le rapport est inégalitaire entre l'homme et la femme ;
- Avoir une attitude choquée ou catastrophée.

Une fois l'examen réalisé, il faut consigner les éléments dans le dossier médical. La sage-femme a un rôle de soutien et de témoin médico-légal. Elle peut donc rédiger un certificat descriptif dont une copie doit rester dans le dossier dans le cas où la patiente n'est pas dans une démarche de prise en charge.

Il faut faire rédiger, ensuite, par un médecin un certificat médical décrivant de manière précise les lésions constatées, le retentissement moral et physique des violences ainsi que l'établissement de l'incapacité totale de travail (ITT). Une ITT inférieure à 8 jours constitue une contravention, une ITT supérieure à 8 jours constitue un délit. Selon l'article 222-13 du nouveau code pénal, les violences exercées dans le cadre familial sont considérées comme un délit quelque soit la durée de l'ITT. Ce certificat (ANNEXE III), peut être remis à la patiente si elle souhaite porter plainte.

1.5.1. Un devoir d'assistance

La sage-femme se voit confier un nouveau rôle. Au-delà de son rôle de soignant qui consiste, bien sûr, en la prescription d'examens complémentaires ou encore en thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques, anti-inflammatoires, par exemple), elle est appelée à assister non plus la patiente, mais la victime qu'elle est désormais.

Mon étude a pu montrer un bel exemple de l'un des devoir du soignant : le secret médical. En effet, une femme a dévoilé que le médecin lors de son hospitalisation a « menti » sur le motif de son absence dans le service lorsque son conjoint lui a rendu visite afin de lui permettre d'aller porter plainte. La protection de nos patientes nous est obligatoire. Cette protection peut aussi passer par l'hospitalisation de la patiente en cas de danger imminent.

Le devoir d'assistance peut passer par le signalement. Il s'agit de l'étape la plus délicate sans doute parce que le professionnel démarre la procédure judiciaire.

Dans 1 entretien, la sage-femme a dû avoir recours au signalement car elle jugeait que l'environnement de l'enfant né était dangereux. Dans ce cas, le consentement n'a pas été relevé car le nouveau-né est considéré juridiquement comme une personne « vulnérable ».

Dès lors, je me suis demandé si les lacunes législatives, notamment concernant les modalités du signalement, vues en première partie, ne représentaient pas un obstacle pour les professionnels de santé. Cela peut induire « une frustration » chez ces derniers qui peuvent parfois se sentir impuissants, d'où la nécessité de s'intégrer dans un parcours pluridisciplinaire.

Les femmes avec qui je me suis entretenues m'ont fait part des différents professionnels rencontrés. La sage-femme ne doit pas s'enfermer dans cette démarche seule.

1.5.2. Connaître les autres intervenants

Toutes les études s'alignent sur le fait que les victimes de violences se dirigent d'abord vers la Police ou la Gendarmerie puis le corps médical apparaît en deuxième position et les travailleurs sociaux en troisième position.

L'étude menée en deuxième partie décrit les différents professionnels rencontrés lors du parcours de ces femmes. Ces dernières ont rencontré :

- Des soignants : médecins, sages-femmes, psychologues, infirmières, kinésithérapeute, souvent en urgence, mais pas seulement, parfois en hospitalisation et en ambulatoire ;
- Les associations d'aide aux victimes, les assistantes sociales, la justice et ses auxiliaires, les officiers de police judiciaire (gendarmerie ou police nationale) .

Un élément est important à souligner une femme déclare avoir rencontré une personne spécialisée en matière de violences faites aux femmes lorsque celle-ci s'est rendue au commissariat pour porter plainte. En effet, il faut savoir que la ville de Metz dispose d'un dispositif d'accueil des femmes victimes de violences à l'Hôtel de police qui se situe 6 rue Belle Isle.

Les assistantes sociales, comme j'ai pu m'en apercevoir, sont souvent sollicitées car elles permettent un travail efficace dans la mise en relation avec les centres d'hébergements en urgence. Celles-ci orientent la femme vers les différents centres d'accueil en fonction de la présence d'enfants et de leurs âges.

2. .L'INTERET DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

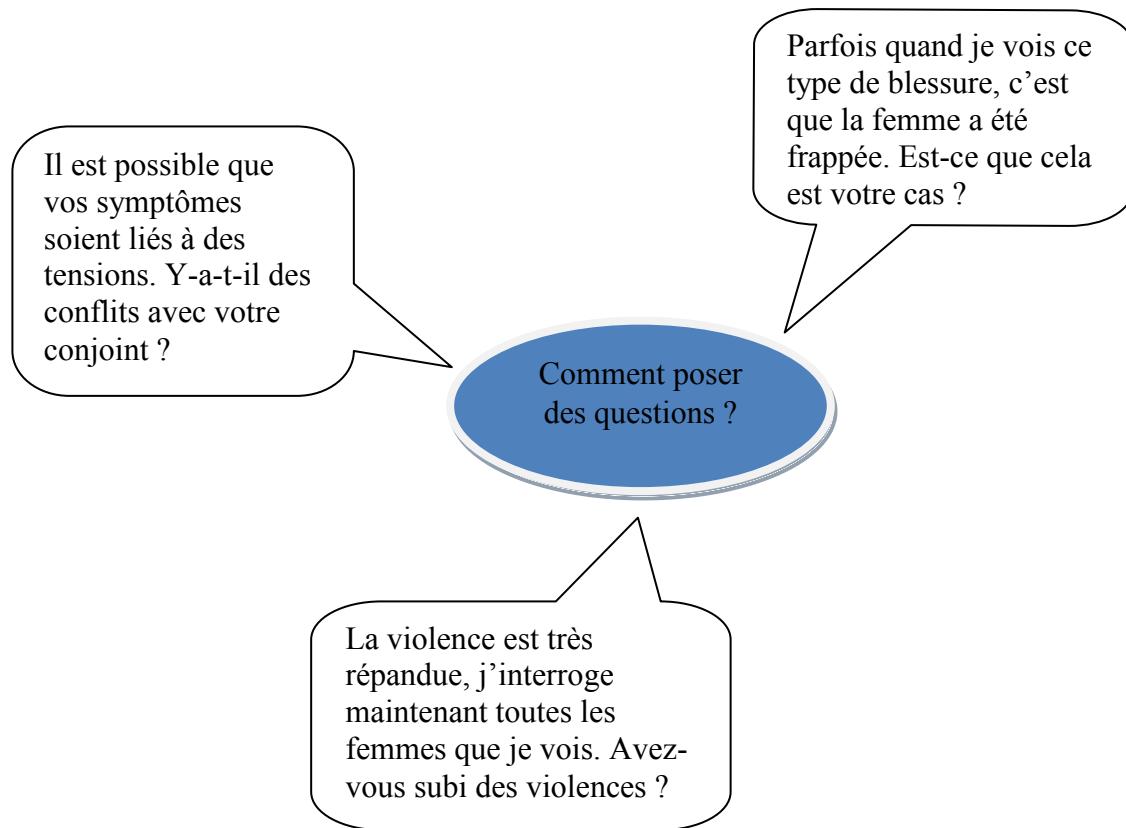
Tous les entretiens ont laissé paraître les sentiments ressentis par les femmes qui ont été un frein au dévoilement des violences subies.

J'ai pu comprendre que les femmes étaient régies par certains mécanismes qui alimentaient leur silence. Parmi ces derniers, je peux citer :

- « L'hyper identification à autrui » qui correspond à une trop grande compréhension pour autrui de la victime malgré son comportement inadmissible, rare sont les femmes qui partent au premier acte de violence d'autant que les sentiments ne disparaissent pas si vite.
- « L'abandonisme » qui est un état psychologique qui implique une peur de la séparation, une difficulté à se projeter seul. Ce caractère installe la victime dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'agresseur.
- La difficulté à confier une souffrance et à communiquer avec l'extérieur sur son vécu douloureux.
- La lucidité nécessite du temps, parfois les femmes espèrent que les violences subies ne sont que temporaires. Il est difficile d'accepter que la relation dans laquelle elles ont cru se délite petit à petit.

Une femme m'a confié que les victimes avaient besoin qu'on le leur dise, dès lors se pose la question du dépistage systématique. En regard de mon hypothèse, la sage-femme doit adopter un comportement particulier afin de faire « accoucher l'esprit » de ses patientes. Quand cette dernière a une intuition, il est judicieux qu'elle avance des pions neutres pour aider son interlocutrice à parler. Sans être intrusif, elle peut « tendre des perches ». La victime en parlera à quelqu'un dont elle pense qu'il ou qu'elle a deviné : « *Je savais que je pouvais lui en parler.* »

Ainsi j'ai pu vérifier l'acceptabilité des femmes face au dépistage des violences. Les questions posées à la patiente lors de l'anamnèse pourraient être des simples questions sur la relation de couple, ou sur sa vie de femme.



Il est important de trouver une forme qui nous est propre, pour être à l'aise avec le dépistage.

3. LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

3.1. Faire connaître la nouvelle campagne de sensibilisation

La nouvelle campagne d'information de lutte contre les violences faites aux femmes s'inscrit dans le plan triennal 2011-2013, piloté par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Son slogan « Osez en parler » souligne la volonté de favoriser la parole des victimes.

Le dépistage des violences faites aux femmes peut être direct comme nous avons pu le voir précédemment, ou de manière indirecte à travers l'affichage. Les affiches de lutte contre les violences faites aux femmes peuvent être placées en salle d'attente, derrière le bureau d'admission ou en salle d'examen, par exemple. (ANNEXE IV).

L'intérêt de cette campagne est de faire connaître le « 3919 » qui est un numéro destiné aux femmes victimes de violences, ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels concernés car trop peu en ont connaissance (ANNEXE V). C'est un numéro d'écoute national et anonyme, il n'apparaît pas sur les factures téléphoniques. Il est accessible et gratuit depuis un poste fixe en métropole et dans les DOM. Ce numéro permet d'assurer une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Le 3919 n'est pas un numéro d'appel d'urgence.

3.2. L'item des violences peut faire partie intégrante de l'anamnèse

Les dossiers de l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologique, « Audipog », montre l'exemple du dépistage systématique.

On peut retrouver l'item des violences faites aux femmes qui fait partie intégrante de l'anamnèse en page 2 du dossier de consultation de grossesse « C41 ». (ANNEXE VI)

Ainsi, lorsque l'item apparaît de manière officielle dans le dossier, je pense que non seulement il est plus facile pour le professionnel de questionner et la patiente ressent moins le fait d'être « pointée du doigt » car il s'agit là de questions posées à toutes les femmes. Dès lors, les femmes victimes se sentent moins stigmatisées.

Les dossiers de suivi de grossesse pourraient donc contenir un item destiné au contexte familial avec une approche sur l'existence d'un contexte de violence dans l'enfance, d'éventuelles agressions physiques ou sexuelles ou dans la relation de couple actuelle.

3.3. Développer la notion de victimologie dans des structures spécialisées

La notion de victimologie est récente. Le but de la victimologie humaniste est d'éviter tous les soucis que la victime peut rencontrer dans sa reconstruction. On parle de « parcours du combattant » pour les victimes qui décident de porter plainte. Il serait idéal que la prise en charge de la victime se complète dans des unités où la sage-femme aurait tout à fait sa place.

Le CHU de Nantes en possède un exemple : l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (Ugomps), créée en 2004.

Quatre médecins, une sage femme, deux assistantes sociales, deux psychologues et une sexologue assurent l'accueil des femmes en situation de vulnérabilité. Ces dernières sont adressées par les urgences gynécologiques et obstétricales, les autres services de soins (notamment la Protection Maternelle et Infantile) et les services sociaux. L'équipe assure le suivi de grossesse des femmes fragilisées et propose un suivi gynécologique aux femmes victimes de violences.

Il s'agit de la seule structure en France réunissant ces compétences et missions, l'unité prend en charge les victimes de violences physiques ou morales et depuis, 2011, les femmes ayant subi des mutilations sexuelles.

Cette structure semble parfaire le suivi des femmes victimes de violences. Ainsi, je pense que le développement de ces unités pourrait représenter un point positif dans la prise en charge de ces dernières.

Conclusion

La sage-femme en service d'urgences gynécologiques et obstétricales représente un interlocuteur « phare » pour les femmes victimes de violences.

Les violences faites aux femmes constitue un problème extrêmement préoccupant tant au plan personnel des victimes qu'au plan de la société. Nous devons être conscients qu'il s'agit, là, d'une réelle urgence de santé publique.

En tant que citoyen et professionnel de santé, nous avons à dépister les victimes, femmes et enfants témoins, pour leur proposer des soins adaptés et pratiquer ainsi une médecine de qualité. Nous nous devons de mettre nos compétences au service des victimes, d'améliorer nos pratiques afin de mieux les accueillir et les prendre en charge.

La sage-femme doit saisir toutes les opportunités de dépistage que lui offre sa pratique, notamment en services d'urgence d'autant plus que les femmes sont très largement favorables à celui-ci. Il s'agit d'aborder le sujet avec la plus grande circonspection. Ecouter, effectuer un examen clinique complet et consigner les éléments dans le dossier médical constituent notre rôle de soignant et de témoin médico légal. Orienter la patiente et l'informer font partie d'une prise en charge optimale et ne doivent pas être négligés. Il ne s'agit pas de s'enfermer seul dans une démarche qui nécessite tout un réseau de professionnels.

Ainsi comme nous avons pu le constater, les violences faites aux femmes s'inscrivent dans un contexte de domination masculine. Les rapports homme-femme sont pensés, et cela dès le plus jeune âge, de telle sorte que les hommes sont plus forts que les femmes. Un travail est à réaliser en amont et notamment par, nous, étudiants sages-femmes, lors de nos interventions en Collège et Lycée. Une approche sur les violences basées sur le « genre » doit impérativement être faite lors de ces séances.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rapport sur les violences domestiques du conseil de l'Europe du 17 juillet 2002 27p.
- [2] Etude nationale des décès au sein du couple, 2006, Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire
- [3] Henrion R., Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au ministère de la santé, 2001.
- [4]. Gaudin M., Boismain A., thèse de médecine, Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère., 24p.
- [5] Campagne d'informations sur la lutte contre les violences faites aux femmes « osez en parler » 24 novembre 2011, 11p.
- [6] Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, 2011/2013, 79 p.
- [7] Jaspard M. et al, Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale, 2003, Paris, la découverte, 27p.
- Lien internet: <http://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/jaspard.pdf> (consulté le 11 novembre 2012)
- [8] Jaspard M., Les violences contre les femmes, la Découverte, Paris, 2005, 36p.
- [9] 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 « PROTECTION, PREVENTION, SOLIDARITE », synthèse consulté le 22 avril 2012 sur <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
- [10] Rapport sur les violences domestiques du conseil de l'Europe du 17 juillet 2002 27p.
- [11] Sénécat A., L'express, 25 novembre 2011
- [12] Jaspard Maryse, les violences contre les femmes, la découverte, numéro 424, 9p.
- [13] Hirigoyen MF, Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple, paris, Pocket, 2006, 35p.
- [14] Michaud Y.A, La violence, P.U.F, Paris, 1973, 94p.
- [15] Amnesty international, Les violences faites aux femmes en France, une affaire d'état, Autrement, collection « mutations », n° 241, 27p.
- [16] Code pénal, article 222-22, Dalloz, Paris, 2005

[17] Morbois C., Casalis M-F., Mécanismes de la violence conjugale, Paris, Délégation régionale aux droits des femmes d'Ile de France, 2004, 29 p.

[18] Vocation sage-femme, La sage-femme face aux violences conjugales, n° 95, mars avril 2012, 12 p.

[19] Brunel C., Pour en finir avec les violences faites aux femmes, le cherche midi, 2010, 205p.

[20] Wright John et al., manuel pratique des psychothérapies de couple, Presses de l'université du Québec, 461p.

[21] Arcand S., Violences faites aux femmes, PUQ, 2008, 202p.

[22] Middlesex-London health Unit, Rapport final du « task force on the health effects of woman abuse », 2000

[23] Gynécologues sans frontières, Colloque de Nantes, 26 juin 2007

http://www.canalu.tv/video/canal_u_medecine/gsf_2010_4_violences_conjugales_conséquences_chez_la_femme.5547 (visité le 12 septembre 2012)

[24] American psychiatric association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Masson, 122p.

[25] Vocation Sage-femme n° 80, Mars 2010, Etude réalisée du 1^{er} juin 1999 au 31 octobre 2008 dans les maternités et hospices civils de Lyon, 15p.

[26] Bacino E., médecine de la violence, prise en charge des victimes et des auteurs, 2006, Paris, Masson, 43p.

[27] Cokkinides VE et al., Physical violence during pregnancy, maternal complications and birth outcomes., 1999

[28] Huth-Bocks AC et al ., The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health, 2002

[29] Gazmarian JA, Lazorick Set al., Prevalence of violence against pregnant women, JAMA, 1996

[30] PINCEMAILLE V., psychologue, intervention décembre 2012 à l'école de Sages-femmes de Metz, Conséquences des violences faites aux femmes sur les enfants.

[31] Arcand S., Violences faites aux femmes, PUQ, 2008, 219 p.

[32] Institut National de santé publique du Québec, Les enfants (0-12 ans) exposés à la violence conjugale : projet d'intervention concertée et intersectorielle dans la région de Québec, 2003

[34] www.psytel.eu, consulté le 13 octobre 2012

[33] Programme Européen « Daphné », Estimation du coût des violences conjugales en Europe, Juin 2009

- [34] Hamza Nabila, les violences basées sur le genre, manuel de formation à l'intention des écoutantes du réseau Anaruz, 16p.
- [35] Gray John, Les hommes viennent de Mars, les femmes de vénus, j'ai lu, Mai 2004
- [36] 100 mots pour l'Egalité, Publication de la Commission Européenne – 1998
- [37] Jaspard M, Les violences contre les femmes, la découverte, 2005, pages 50 à 62
- [38] Agence de santé publique du Canada, Mesure de la violence faite aux femmes. Tendance statistique 2006
- [39] Saurel-Cubizolles M.-J et al, Violence conjugale après une naissance, Contraception. Fertilité. Sexualité., Vol 25, n°2, 1997, pages 159 à 164
- [40] GALLOT E., Prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales, Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Grenoble, Ecole de sage-femme de Grenoble, Faculté de médecine de Grenoble, 2005, 98p.
- [41] Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonnes pratiques, Octobre 2011
- [42] Vocation Sage-femme n°95, Le cadre législatif en matière de violences conjugales, mars avril 2012, 21p
- [43] www.legifrance.gouv.fr, consulté le 1^{er} novembre 2012

ANNEXE I : MON OUTIL D'ENQUETE

OUTIL D'ENQUETE : ENTRETIEN SEMI DIRECTIF **(Outil vu et validé par Madame TOMASSI le 8 novembre 2012)**

Je m'appelle Malika GOUNE, je suis actuellement étudiante en 4^{ème} année à l'Ecole de Sages-femmes Pierre Morlanne, à Metz. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire de fin d'études sur le thème des violences faites aux femmes et le rôle de la sage femme dans le dépistage. C'est pourquoi je vous demande si vous me permettez de m'entretenir avec vous ?

Éléments anamnestiques

Age de la femme

Parité gestité

Situation familiale actuelle

Enfants à charge

Profession

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux particuliers

Entretien semi directif

- Question 1 : avez-vous déjà consulté auprès d'une sage femme ou des urgences pour des problèmes gynécologiques, obstétricaux ou autres ?

Objectif : connaître les motifs de consultations aux urgences des femmes victimes de violences.

SI OUI : la femme a déjà consulté auprès d'une sage femme

- Question 2 : est ce que les violences étaient déjà présentes à ce moment là ? sous quelle forme ?

Objectif : mettre en évidence le fait que les sages femmes sont amenées à rencontrer ces patientes.

- Question 3 : à quel moment ont-elles démarré ?

Objectif : savoir s'il existe des moments ou évènements dans la vie des femmes propices au déclenchement des violences.

- Question 4 : quand avez-vous consulté ?
- Question 5 : avez-vous parlé spontanément des violences subies ?

Objectif : mettre en évidence le fait que la sage femme peut être un interlocuteur privilégié.

Si OUI: la femme a fait part spontanément des violences subies

- Question 6 : quelle a été la prise en charge ?quels professionnels avez-vous rencontrés ?

Objectif : mettre en évidence la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Si NON: la femme n'a pas fait part spontanément des violences subies

- Question 6 : auriez-vous apprécié que l'on aborde le sujet spontanément ?

Objectif : mettre en évidence l'intérêt du dépistage systématique

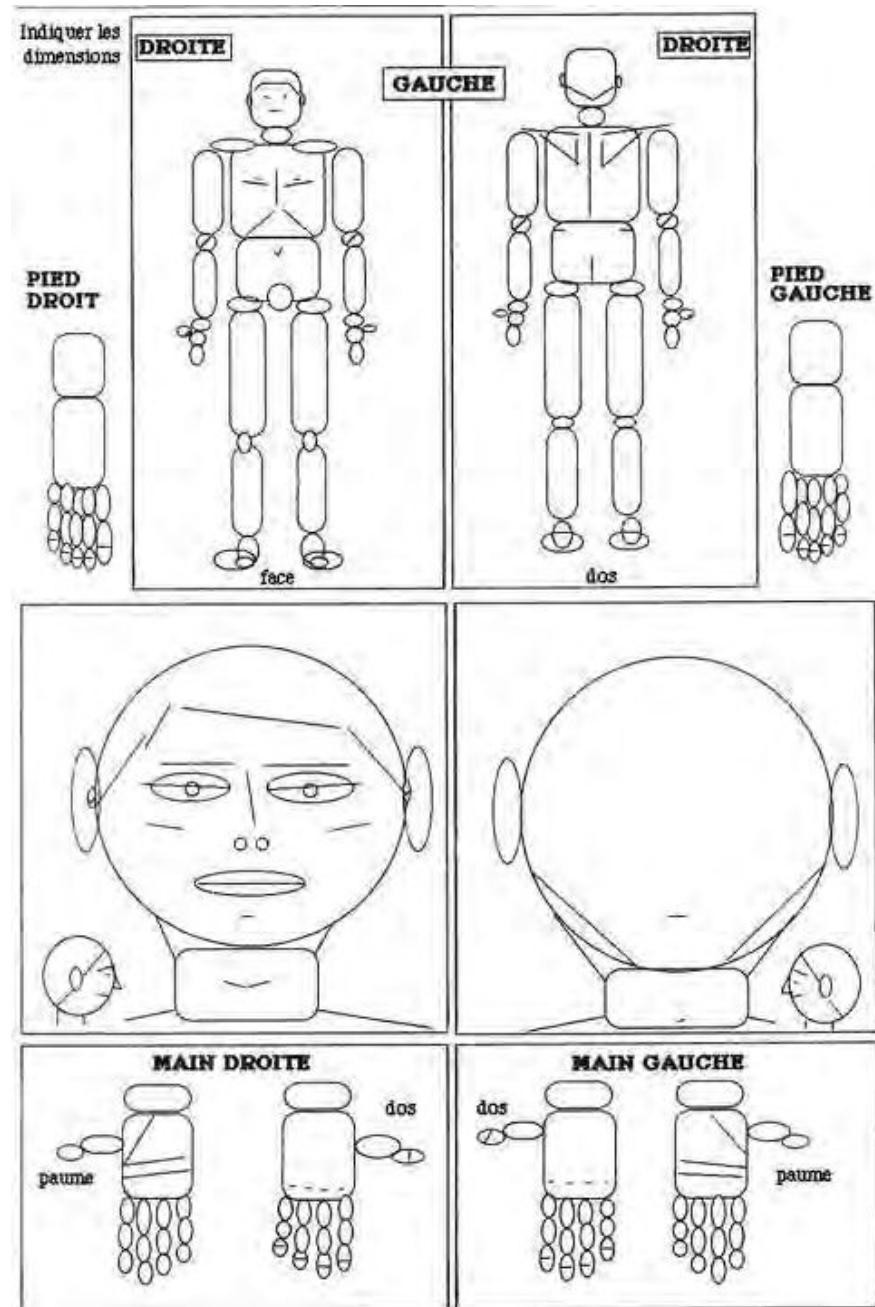
Si NON : la patiente n'a jamais consulté auprès d'une sage femme ou aux urgences

Question 2 : qu'est qui vous aurait aidé à en parler ?auriez vous apprécié que l'on aborde le sujet spontanément ?

Objectif : mettre en évidence l'intérêt d'un dépistage systématique.

ANNEXE II : PROTOCOLE MATERNITE REGIONALE DE NANCY : LOCALISER LES LESIONS

Ecchymoses	XXXX
Hématomes	
Plaies	
N° DOSSIER date NOM	



ANNEXE III : UN MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussignée

Docteur en médecine

Certifie avoir examiné ce jour

Madame

Née le

Domiciliée à

Elle/il déclare avoir été victime de

Le

à par

Elle se plaint de

Elle présente à l'examen somatique

Les examens complémentaires pratiqués

Sur le plan psychologique, elle présente

En conclusion, Madame présente des traces de violences et une réaction psychique compatible avec l'agression qu'elle dit avoir subie.

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de ... jours, sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

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

Signature :

ANNEXE IV : AFFICHE DU COLLECTIF « NI PUTES, NI SOUMISES »



ANNEXE V : AFFICHE POUR LA CAMPAGNE « OSEZ EN PARLER », MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE



ANNEXE VI : DOSSIER DE SUIVI DE GROSSESSE

« C41 AUDIPOG », P.2

Sur le plan psychologique (mère)	
<input type="checkbox"/> Nombre d'enfants vivants au foyer : 04 (y compris enfants du conjoint ou en garde)	
<input type="checkbox"/> Situation particulière dans l'enfance <input type="checkbox"/> perte d'un parent <input type="checkbox"/> maltraitance <input type="checkbox"/> mère placée dans l'enfance <input type="checkbox"/> autre	
<input type="checkbox"/> Situation particulière à l'adolescence <input type="checkbox"/> anorexie /boulimie <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> autre	
<input type="checkbox"/> Situation familiale particulière <input type="checkbox"/> violences conjugales <input type="checkbox"/> mère isolée <input type="checkbox"/> absence d'entourage familial <input type="checkbox"/> autre	
<input type="checkbox"/> Stress ou agressions <input type="checkbox"/> agression physique <input type="checkbox"/> agression sexuelle <input type="checkbox"/> harcèlement au travail <input type="checkbox"/> autre	
Conclusion :	
Situation nécessitant un accompagnement : Secon <input type="checkbox"/> sur le plan social <input type="checkbox"/> sur le plan psychologique <input type="checkbox"/> si oui, lequel	

RESUME

Les violences à l'égard des femmes sont la principale cause de décès et d'invalidité chez ces dernières. Les chiffres récents indiquent qu'une femme décède tous les trois jours des suites de violences qui lui sont infligées.

La prise en compte des violences contre les femmes en tant que problème de société est relativement récente en France.

Ces violences ne sont l'apanage ni d'une culture, ni d'une classe sociale, ni d'un groupe particulier de femmes. La seule loi universelle en la matière semble être celle du silence. Et d'abord le silence des victimes elles-mêmes.

Ce silence doit être brisé et pour cela il existe des outils dont la sage-femme doit s'armer pour le faire.

Ce mémoire présente une étude qualitative réalisée suite à la rencontre de 15 femmes victimes de violences. Ces entretiens ont mis en évidence de nombreux exemples de manifestations de violences qui permettent de comprendre comment s'installe l'emprise. Ils ont également permis de montrer l'intérêt du dépistage par les professionnels de santé et comment celui-ci peut être réalisé.

La sage-femme doit se considérer comme un « maillon » fort dans la prise en charge des femmes victimes de violence.

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