

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
ANNEE 2012 **THESE N° 2012PA06G052**

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Mlle JOUDRIER Hélène

NEE LE 18 mars 1983

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2012

**VIOLENCES CONJUGALES, GROSSESSE
ET MEDECINE GENERALE**

ENQUETE AU SEIN DE L'ASSOCIATION SOS FEMMES 93

JURY :

Directrice de thèse : Dr Emmanuelle PIET

Président de thèse : Pr Jean CABANE

Pr Dominique PATERON

Dr Virginie HALLEY DES FONTAINES

Dr Gilles LAZIMI

A mon père, qui aurait été fier.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Emmanuelle Piet, pour m'avoir éclairée sur le sujet des violences conjugales et guidée tout au long de ma thèse.

Un grand merci à tous (toutes) les membres de l'association SOS Femmes 93 pour leur implication dans ce travail, et à toutes les femmes ayant accepté de répondre à cette enquête : sans vous ce projet n'aurait pas été possible.

Je remercie le Pr Cabane pour sa disponibilité et pour avoir accepté d'être président du jury.

Merci au Dr Lazimi qui m'a permis de rencontrer le Dr Piet et ainsi de me lancer dans ce projet.

Merci aux autres membres du jury d'avoir accepté d'en faire partie : Pr Pateron et Dr Halley des Fontaines.

Je remercie également le Dr Jean-François Renard pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Merci à Guillaume de m'avoir soutenue et supportée pendant toute la durée de ce projet.

Merci à ma mère et à mon frère pour leur relecture attentive et attentionnée.

Merci à mes amies pour leur soutien personnalisé.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	5
I INTRODUCTION	6
II CONTEXTE	7
III MATERIELS ET METHODE	12
1) MATERIELS	12
2) METHODE	14
a. Définition de la population étudiée.....	14
b. Questionnaires	15
c. Entretiens complémentaires.....	16
d. Analyse statistique	16
IV RESULTATS DE L'ENQUETE.....	17
1) Généralités	17
2) Avant la (première) grossesse.....	21
3) Pendant la grossesse.....	22
4) Au moment de l'accouchement.....	28
5) En post-natal (retour au domicile)	29
6) Entretiens complémentaires	31
V DISCUSSION.....	34
VI CONCLUSION	39
VII BIBLIOGRAPHIE	40
VIII ANNEXES	43
Annexe 1 : Questionnaire	43
Annexe 2 : Conduite à tenir lors de la découverte de violences conjugales en consultation de médecine générale	48
Annexe 3 : Partenaires à connaître.....	50
IX RESUME	51
X MOTS-CLES	51

ABREVIATIONS

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIDFF : centre départemental d'information sur le droit des femmes et des familles

CME : centre mère-enfants

ENVEFF : enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

FNSF : fédération nationale SOS femmes

HAS : haute autorité de santé

HTA : hypertension artérielle

IMG : interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

LAO : lieu d'accueil et d'orientation

PMI : protection maternelle et infantile

SMS : service de mise en sécurité

UMJ : urgences médico-judiciaires

I INTRODUCTION

Les violences conjugales touchent dans leur grande majorité les femmes.

Leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie des femmes victimes sont lourdes, en terme de pathologies somatiques (notamment gynéco-obstétricales et lésions traumatiques directement liées à la violence physique) et psychiatriques (conduites addictives, troubles psycho-traumatiques). Les décès en rapport avec les violences conjugales peuvent découler de traumatismes physiques directs ou être la conséquence de suicides. L'isolement social enfin, en entretenant les violences, nuit encore plus à ces femmes.

Le médecin généraliste, par son approche multidimensionnelle à la fois médicale, psychologique et sociale, est un professionnel de santé de choix pour prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. A cette fin, il doit s'entourer des différents professionnels indispensables à cette prise en charge multidisciplinaire, pour un travail en réseau efficace.

Situation particulière pour les femmes, la grossesse mérite d'être étudiée de façon plus spécifique à l'intérieur de la problématique des violences conjugales. Comme elle nécessite des consultations régulières, elle est un moment clé pour leur prise en charge, d'autant plus que l'enfant à naître constitue un autre individu à protéger. Les médecins généralistes font partie des professionnels de santé sollicités par les femmes enceintes pour leur suivi. Ils sont ainsi bien placés pour dépister et prendre en charge, à l'occasion de la grossesse, ces femmes victimes de violences conjugales.

Quelles sont les caractéristiques et les particularités des violences conjugales entourant la grossesse ? Celle-ci représente-t-elle une période d'accalmie pour les femmes victimes de violence, ou favorise-t-elle les violences ? Quelle est la pratique actuelle des médecins généralistes dans l'accompagnement de ces patientes ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous avons mené, en partenariat avec l'association SOS Femmes 93, des entretiens semi-directifs auprès des femmes prises en charge par l'association. Certains de ces entretiens ont été plus poussés afin de recueillir des témoignages plus précis concernant les rapports entre ces femmes et les médecins généralistes.

II CONTEXTE

Il y a une dizaine d'années, Madame le Dr Piet et les membres de l'association SOS Femmes 93 avaient débuté une enquête concernant les violences conjugales autour de la grossesse auprès des femmes prises en charge par cette association. Douze femmes avaient répondu au questionnaire, dont la trame était similaire à celle utilisée dans notre étude. Onze d'entre elles avaient été victimes de violences pendant une grossesse (92 %), la douzième avait subi des violences juste après l'accouchement. Huit femmes avaient déjà subi des violences (tous types confondus) avant leur grossesse. Pour 3 d'entre elles, les violences avaient augmenté durant la grossesse (37 %). Quatre femmes signalaient des problèmes de santé, et 2 ont fait des fausses-couches. La moitié des femmes avaient été violées pendant la grossesse, et 78 % juste après l'accouchement.

Sept femmes avaient parlé des violences à un professionnel de santé. Aucun d'entre eux n'avait pu les aider concrètement à s'en sortir : seuls des conseils étaient prodigués aux victimes, notamment pour quitter le domicile conjugal...

Devant ces données frappantes, nous avons décidé de réaliser une étude afin de compléter et d'approfondir les caractéristiques des violences conjugales entourant la grossesse.

Le département de Seine-Saint-Denis fut le premier à posséder un Observatoire des violences envers les femmes, à l'initiative du Conseil Général du département (1). Il reste malheureusement le seul. Cet observatoire permet de faire connaître l'existence des violences à l'encontre des femmes, et articule en réseau les différents partenaires utiles à leur prise en charge. La ministre des droits des femmes et porte-parole du gouvernement Najat Vallaud-Belkacem s'est récemment engagée à créer un observatoire national d'ici la fin de l'année 2012 (2).

Les violences conjugales sont maintenant un enjeu reconnu de santé publique en France, et ont fait l'objet d'une loi spécifique le 9 juillet 2010. Cette loi a pour objectif d'adapter la loi pénale à la particularité des violences conjugales, d'améliorer leur prévention et d'assurer la protection des victimes. La principale avancée apportée par cette loi est la création de l'ordonnance de protection qui organise en cas de danger immédiat la mise en sécurité de la femme victime de violences conjugales ainsi que celle de ses enfants, le cas échéant. Cette loi prévoyait, déjà, la création d'un observatoire national, qui n'a pas pu être finalisée à ce moment-là pour des raisons financières (3).

On estime que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé, avec un coût multiplié par deux en matière de santé (4). Ces dépenses sont évaluées à 2,5 milliards d'euro par an pour l'Etat français, et réparties en coûts directs médicaux (20 %), coûts sécuritaires et juridiques (10 %), coûts des conséquences sociales (5 %), coûts humains des viols et préjudices graves (21 %), et coûts des pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme (44 %) (5).

Les données disponibles concernant la prévalence des violences conjugales en France et à travers le monde sont variables, en raison de la difficulté de mener des enquêtes méthodologiquement rigoureuses sur ce sujet (définition des violences, sélection des enquêtées, difficultés à en parler) (6). La fréquence des violences conjugales varie selon les études de 10 % à plus de 50 % des femmes (7-9), ce qui représente une forte proportion de femmes susceptibles d'être prises en charge en médecine générale.

En tant que professionnels de santé de premier recours, nous, médecins généralistes, devrions être les interlocuteurs privilégiés pour dépister ces femmes victimes de violences conjugales, les orienter et les accompagner afin de les aider à sortir de la spirale de ces violences.

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) en 2000, première enquête statistique nationale réalisée en France sur le sujet, rapporte que deux tiers des femmes victimes de violences conjugales sexuelles n'en avaient jamais parlé. Cette enquête montre également que les femmes victimes de violences physiques et en ayant parlé à un professionnel le font auprès de leur médecin traitant en premier lieu (24 % des cas) (8).

Cependant, dans la grande majorité des cas ce sont elles qui abordent le sujet des violences. Les médecins généralistes restent encore peu habitués à effectuer un dépistage systématique des violences conjugales chez leurs patientes, même si son intérêt et sa faisabilité ont été prouvés (7,10).

En effet, deux enquêtes sur le questionnement systématique des femmes à propos des violences par le Dr Gilles Lazimi ont montré que ce dépistage permettait de mettre en évidence une forte proportion de femmes victimes de violences. La première étude (11), menée en 2004 auprès de 100 femmes de 18 à 92 ans consultant en médecine générale, a révélé que 54 % d'entre elles déclaraient avoir été victimes de violences (49 % avaient été victimes de violences verbales, 31 % de violences physiques et 21 % de violences sexuelles). Parmi elles, 90 % en parlaient pour la première fois à leur médecin. La seconde étude (10) a été réalisée en 2006 auprès de 51 médecins généralistes et 2 sages-femmes qui ont posé, de

façon systématique lors de leur consultation, 3 questions à 557 patientes pour dépister des violences subies au cours de leur vie. Soixante-trois pour cent d'entre elles ont déclaré avoir été victimes de violences (63 % avaient été victimes de violences verbales, 43 % de violences physiques et 18 % de violences sexuelles).

Mathilde Delespine dans son mémoire (12), a précisé l'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes durant la grossesse. En interrogeant 7 sages-femmes, exerçant dans différentes maternités, qui ont expérimenté ce dépistage auprès de 90 femmes enceintes, elle a renforcé l'idée de son caractère faisable et efficace dans cette population de femmes. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande également de « repérer les situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé » lors de l'entretien du premier trimestre de la grossesse ou aux alentours du quatrième mois (13).

Malheureusement, cette pratique n'est pas encore intégrée à nos cours de sémiologie à la faculté. Alors que l'on nous apprend très tôt dans notre cursus à mener un interrogatoire en posant la question des habitus de vie, notamment à propos de sujets tabous comme la consommation d'alcool, ce n'est qu'au cours du troisième cycle, après plus de 6 ans d'études, que l'on nous encourage à ajouter cette question sur les violences dans nos « tiroirs »...

Que ces femmes viennent nous consulter au sujet de violences conjugales ou pour tout autre chose, nous devons profiter de cette opportunité pour poser la question des violences, les écouter et savoir comment les aider. Sachant que les médecins s'estiment globalement mal formés pour gérer le problème des violences conjugales (et qu'ils n'orientent pas vers un professionnel adapté à cette situation par manque de contacts en réseau dans les trois quarts des cas (9)), il s'agit d'améliorer nos connaissances par notre propre volonté afin d'être suffisamment à l'aise avec ce problème pour aider efficacement les femmes victimes. « Ne pas poser la question n'est pas un acte de neutralité, c'est une prise de parti en faveur de l'agresseur » (14).

Particulièrement impensables pour tout un chacun, les violences conjugales durant la grossesse sont de plus en plus étudiées depuis quelques années, surtout dans les pays anglo-saxons (15).

Certaines explications à l'existence d'une corrélation entre violences conjugales et grossesse sont proposées. La grossesse est une période de vulnérabilité en raison des changements concernant les besoins physiques, sociaux, émotionnels et économiques qu'elle entraîne (16). Les deux partenaires doivent remplir un nouveau rôle, celui de parents, et

souvent le conjoint violent ne sait pas comment être père. Les femmes victimes de violences conjugales peuvent par ailleurs utiliser leur corps comme refuge contre la violence subie. Leur partenaire violent est ainsi exclu de la nouvelle relation entretenue entre la mère et son enfant. Cela déclenche la jalousie de l'agresseur envers l'enfant à naître qu'il voit comme un rival, et la perte du contrôle qu'il exerçait sur sa victime (14,17).

Plusieurs études contradictoires essaient d'établir une corrélation entre violences conjugales et grossesse. Elles sont résumées dans un article du SIViC (Site internet d'Information pour les professionnels de santé destiné à les aider à prendre en charge les Violences Conjugales). Selon cet article il ne semble pas y avoir de données statistiques démontrant que la grossesse est un facteur déclenchant des violences ou un facteur aggravant des violences existantes (18).

D'après un article récent de Taylor et Nabors, la question de la grossesse en tant que facteur de risque de violences conjugales est un des sujets les plus débattus dans ce domaine (19). En effet, d'après leur revue de la littérature, les violences conjugales seraient plus fréquentes et plus sévères durant la grossesse. De plus, les violences conjugales durant la grossesse semblent également être un facteur de risque d'homicide.

D'autres études font apparaître la grossesse comme un facteur de risque de violences conjugales : risque multiplié par 2 à 4 (9,17), avec un risque 4 fois plus important de subir des violences très graves (20).

L'étude de Brownridge et al en 2011 (16) conclut, elle, au caractère protecteur de la grossesse envers le risque de violences conjugales.

Dans tous les cas, les auteurs s'accordent pour dire que même si les violences conjugales sont moins importantes pendant la grossesse, les conséquences encourues doivent être recherchées et prévenues activement. Par la fréquence avec laquelle les femmes enceintes sont amenées à consulter, la grossesse est l'opportunité d'un dépistage et d'une prise en charge des violences conjugales, d'autant plus que l'enfant à naître sera une deuxième personne à protéger.

Les pathologies découlant des violences conjugales durant la grossesse peuvent être la conséquence de violences physiques directes, mais aussi de violences psychologiques et économiques (abus de substances, carences alimentaires etc.). La grossesse elle-même peut être la conséquence directe d'un viol conjugal. Il ne faut pas oublier que les interruptions volontaires de grossesse (IVG) font suite à une situation de violences conjugales dans de nombreux cas. L'étude de Cécile Sarafis en 2009 (21) auprès de 100 femmes en demande d'IVG retrouve une situation de violences à l'origine de cette décision pour 23 femmes. Pour

14 d'entre elles il s'agissait de violences conjugales (soit 61 % des cas de violences). Une autre étude, menée par le Dr Emmanuelle Piet en 2010, montre des résultats similaires en ce qui concerne les IVG itératives (plusieurs IVG réalisées par la même femme).

La problématique des violences conjugales durant la grossesse porte à la fois sur la santé de la femme (décès, décollement placentaire, hémorragies, douleurs pelviennes chroniques, anémie, dépression, conduites addictives, mauvais suivi médical...) et sur celle du fœtus (mort fœtale in utero, retard de croissance intra-utérin, fracture intra-utérine, accouchement prématuré, petit poids de naissance, difficultés d'allaitement, perturbation de la relation mère-enfant...). Elle implique également une prise en charge plus complexe incluant les enfants (hébergement des enfants de la mère ayant quitté le domicile, suivi psychologique, gestion de la possibilité pour ces enfants de continuer ou non à voir leur père...).

Les violences conjugales chez les femmes enceintes sont plus fréquentes que la plupart des pathologies liées à la grossesse que l'on nous apprend à dépister depuis des années (20,22). Eclampsie et diabète gestationnel compliquent respectivement 2 à 8% et 1 à 5% des grossesses, alors que la fréquence des violences conjugales est estimée entre 3% et 8% en ce qui concerne les violences physiques, et atteint 20% pour ce qui est des violences toutes formes confondues (4,6,8,9).

L'objectif de cette étude est de présenter un état des lieux des violences subies par les femmes avant, pendant et après la grossesse, et de définir des pistes pour aider les médecins généralistes à prendre en charge ces patientes de manière adaptée et efficace.

III MATERIELS ET METHODE

1) MATERIELS

Cette étude descriptive, rétrospective, monocentrique, s'est déroulée au sein de l'association SOS Femmes de Seine-Saint-Denis sur une période de 3 mois, d'avril à juin 2012.

Cette association (loi 1901) est adhérente à la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), qui forme un réseau national d'associations de lutte contre les violences faites aux femmes, et en particulier contre les violences conjugales. La FNSF gère le 3919 (Violences Conjugales Infos), service national d'écoute téléphonique ouvert de 8h à 22h du lundi au samedi, et les dimanches et jours fériés de 10h à 20h (23).

L'association SOS Femmes 93 est composée de trois pôles.

Un pôle accueil, ou Lieu d'Accueil et d'Orientation (LAO), dont l'objectif est d'entendre et évaluer les violences, les traiter sur un plan psychologique, soutenir les femmes accueillies, les informer et les orienter (en situation d'urgence et au quotidien), et leur apporter une aide matérielle :

- ✓ Il existe une permanence d'accueil collectif le matin : il s'agit d'un groupe de parole apportant écoute et soutien aux femmes, animé par deux travailleuses sociales. Une troisième personne s'occupe de l'accueil à proprement parler, en accompagnant les femmes dans leurs démarches judiciaires (ordonnance de protection notamment), sociales et médicales, en leur donnant les informations dont elles ont besoin, en les aidant à constituer les dossiers requis (photocopies, mise à disposition du téléphone et d'internet). Une quatrième personne est prévue (en fonctionnement normal, ce qui est variable selon les dotations budgétaires) pour s'occuper exclusivement des enfants présents, les mères ne pouvant souvent pas faire autrement que de les amener avec elles au LAO, ce qui rend plus difficile le temps d'écoute.
- ✓ L'après-midi est consacré aux entretiens individuels, avec les travailleuses sociales ou avec la psychologue (présente à temps partiel), permettant le suivi et l'accompagnement personnalisés des femmes victimes de violences conjugales.

- ✓ Une juriste spécialisée du Centre départemental d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles (CIDFF) est présente un jour par semaine.
- ✓ Ce lieu possède également une salle de douche, un lave-linge, un coin cuisine/repas, et il fournit des denrées alimentaires, des produits nécessaires à la vie quotidienne, ainsi que, ponctuellement et dans les situations les plus précaires, des aides matérielles (tickets services, titres de transport, cartes de téléphone, places de cinéma) et financières (y compris la prise en charge des soins médicaux). Il peut aussi servir de lieu de réception du courrier. Il intègre également des activités culturelles ou de loisirs.
- ✓ Enfin, le LAO aide également les femmes accueillies à accéder au logement, en partenariat avec le Conseil Régional d'Ile-de-France (CRIF), la FNSF et le dispositif « Un toit pour elle » du Conseil Général. Cette aide au logement concerne les femmes vivant encore au domicile conjugal et restant complètement dépendantes financièrement de leur conjoint violent, ainsi que les femmes qui en sont parties mais qui ont des moyens financiers extrêmement limités. A la difficulté pour ces femmes d'entrer dans la vie active, s'ajoute celle de devoir s'éloigner de la ville où elles ont construit leurs repères, ainsi que les contraintes administratives de cette démarche (critères stricts, délais courts pour le dépôt du dossier).

Le pôle hébergement est lui-même divisé en deux centres :

- ✓ Le Service de Mise en Sécurité (SMS) concerne l'hébergement de très courte durée (7 nuits maximum). L'accès s'y fait via les commissariats, les Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) et le 115 la nuit et le week-end. Dès le lendemain de leur arrivée et durant 7 jours, les femmes victimes de violences conjugales y rencontrent une travailleuse sociale.
- ✓ Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), et le Centre Mère Enfants (CME, spécifique aux femmes accompagnées d'enfants de moins de 3 ans) sont des centres d'hébergement à long terme, de 6 mois renouvelables en appartements autonomes. Les femmes y sont orientées à partir des professionnels du réseau social, ou parfois de leur propre initiative. Elles peuvent y rencontrer une psychologue qui y travaille à temps plein.

Enfin, le pôle ressources, créé en 2010, gère :

- ✓ les interventions extérieures de l'association et les actions de sensibilisation, auprès des partenaires de différents réseaux auxquels elle appartient, et auprès du public ;
- ✓ la formation des professionnels de police, de la santé, du social et de l'hébergement.

Par ailleurs, l'association assure également une permanence d'écoute téléphonique, en semaine de 14h à 17h (au 01 48 48 62 27).

L'association SOS Femmes 93 fonctionne avec tout un réseau partenarial :

- Observatoire départemental des violences envers les femmes ;
- Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) ;
- commissariats, urgences médico-légales ;
- services sociaux de secteur ;
- Centres Médico-Psychologiques (CMP), Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), centres d'aide aux victimes ;
- services de proximité, écoles, services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), centres de Planification Familiale, haltes garderies, crèches ;
- services judiciaires : avocats du département sensibilisés à la problématique des violences, Juges aux Affaires Familiales ;
- autres associations : CIDFF, Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), Femmes relais, Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS), Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués (CIMADE), Inter Services Migrants Interprétariat (ISM Interprétariat), Association pour les Victimes de Répression en Exil (AVRE), Femmes de la terre... ;
- centres d'hébergement, autres SOS femmes d'Ile de France et de la France entière.

2) METHODE

a. Définition de la population étudiée

L'enquête a été proposée dans un premier temps aux femmes les mieux connues de l'association, en raison du caractère détaillé du questionnaire qui aurait pu paraître intrusif

pour les femmes commençant à peine à fréquenter l'association. Par la suite, les propositions de participation ont été élargies, en excluant cependant les femmes ne parlant pas français, l'exhaustivité du questionnaire ne se prêtant pas à un interprétariat. Aucun autre critère de non inclusion n'a été mis en place.

b. Questionnaires

Les questionnaires avaient été confectionnés par les membres de l'association, conjointement avec Madame le Dr Piet, il y a une dizaine d'années (*cf. chapitre contexte II*). Pour la présente étude, nous l'avons revu ensemble et avons précisé certaines questions. Les items le constituant sont basés sur les éléments caractéristiques des violences conjugales selon les études existantes (*cf. annexe 1*).

Ainsi, les caractéristiques sociodémographiques des femmes n'en font pas partie, n'étant pas discriminantes de la présence ou non de violences (6,8,21,24). Les types de violences qui ont été recherchées sont les 4 catégories généralement décrites (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques), ainsi que les violences plus spécifiques à la grossesse : celles qui révèlent le comportement du conjoint tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat (14,15,20). Pour la période précédant la grossesse, les notions de désir de grossesse et de contraception ont été intégrées au questionnaire, ce critère étant habituellement reconnu comme influençant la présence ou non de violences conjugales (14,20).

Le questionnaire est découpé en 4 parties :

- avant la grossesse : aspects de la vie de couple, contraception, désir d'enfant ;
- pendant la grossesse : réactions à l'annonce, suivi médical, évolution des violences, conséquences des violences sur la grossesse, relations sexuelles, IVG envisagée, préparation matérielle de l'arrivée du bébé, stratégies de contrôle du conjoint dans la vie quotidienne ;
- au moment de l'accouchement : terme, lieu, déroulement, conduite/présence du conjoint, déception par rapport au sexe de l'enfant, choix du prénom, reconnaissance de l'enfant, conséquences des violences sur le nouveau-né ;
- en post-natal (retour à domicile) : allaitement, soins post-natals, suivi médical de l'enfant, attitude du père envers sa conjointe et envers l'enfant, relations sexuelles, évolution des violences.

Les travailleuses sociales de l'association ont interrogé les femmes lors de rendez-vous dédiés, d'une durée prévisible d'une demi-heure à une heure par questionnaire. Pour des raisons pratiques (contraintes de temps notamment), un questionnaire regroupait parfois plusieurs grossesses pour une même femme.

c. Entretiens complémentaires

J'ai passé plusieurs journées au sein de l'association, au LAO puis au pôle hébergement, afin, d'une part, de suivre le déroulement des questionnaires et de guider les travailleuses sociales sur certains points qui pouvaient leur paraître moins clairs, et, d'autre part, de recueillir des précisions au sujet du suivi médical de quelques femmes victimes de violences conjugales (prises au hasard). Ces entretiens complémentaires se sont déroulés sur le même temps que les entretiens menés pour les questionnaires.

d. Analyse statistique

L'analyse statistique comparative a été réalisée par un test exact de Fischer (petits échantillons) pour les données qualitatives, et par un test t de Student pour les données quantitatives. Un seuil de significativité de 5 % a été pris.

IV RESULTATS DE L'ENQUETE

1) Généralités

Sur les 30 femmes auxquelles le questionnaire a été proposé, seules 2 ont refusé de répondre, l'une au CHRS et l'autre au CME, en raison du caractère trop personnel des questions. Il s'agissait d'une femme encore peu connue de l'association, et d'une autre femme qui n'avait jamais vraiment réussi à parler depuis qu'elle fréquentait l'association. Dans les deux cas les refus portaient principalement sur la question des violences sexuelles.

Pour l'ensemble des analyses, nous n'avons pris en compte que les violences exercées par le dernier conjoint violent.

Vingt-huit femmes ont été interrogées. Leur moyenne d'âge était de 35 ans, celle des conjoints violents de 45 ans ($p = 0.0001$).

Toutes ont connu au moins une grossesse. Le nombre moyen de grossesses dans l'union violente concernée était de 2,96. Le nombre total de grossesses étudiées était de 62.

Sur ces 62 grossesses, 45 ont abouti à l'accouchement d'un enfant vivant, dont l'un concerne la deuxième et dernière grossesse d'une femme ayant quitté le domicile conjugal après 2 mois de grossesse ; pour elle les données concernant l'accouchement ne sont pas disponibles. Parmi ces 44 grossesses dont les données sont disponibles, 10 ont donné lieu à un accouchement prématuré. Onze grossesses parmi les 62 se sont terminées par une fausse-couche, 5 par une IVG et 1 par une interruption médicale de grossesse (IMG).

Sur ces 28 femmes, 26 ont spontanément déclaré avoir été violentées durant la grossesse. Une autre l'a réalisé au cours du questionnaire, et la dernière a été victime de violences en post-partum précoce :

- Une femme de 46 ans ne rapportait aucune grossesse violente sur 7 (4 enfants, 2 fausses-couches, 1 IVG). En évoquant ses 3 dernières grossesses, elle mentionnait cependant que son conjoint l'obligeait à rester à la maison dès le post-partum de la première de ces 3 grossesses. Les relations sexuelles étaient forcées durant la deuxième grossesse, elle ne pouvait assumer son travail régulièrement, et son conjoint était énervé par son manque de disponibilité en post-partum. Elle avait souhaité une IVG pour cette grossesse, que son conjoint

lui a refusée. Paradoxalement enfin, elle évoquait l'arrêt des violences lors de la dernière grossesse. D'après elle, les violences ont débuté 3 ans après la dernière grossesse, quand son conjoint a commencé à boire.

- Une femme âgée de 26 ans rapportait une grossesse heureuse (et une IVG sans notion de violences). D'après elle, les violences psychologiques, physiques et économiques ont commencé 1 an après l'accouchement. Elle mentionnait cependant que son conjoint l'obligeait à rester à la maison dès le post-partum précoce.

Deux autres femmes ont répondu avoir vécu une ou plusieurs grossesses heureuses :

- Une femme âgée de 44 ans, ayant eu 4 grossesses : une IMG, une fausse-couche (termes non précisés), puis 2 enfants. Pour elle les violences ont commencé en post-partum proche de la troisième grossesse : son conjoint l'obligeait à rester à la maison, et exerçait des violences psychologiques devant le bébé, dont il niait la paternité. Durant la dernière grossesse, les violences ont diminué, puis elles ont à nouveau augmenté en post-partum. Les viols conjugaux ont commencé 4 ans après la dernière grossesse.
- Enfin, une femme de 35 ans ayant eu 4 grossesses (3 enfants et 1 fausse-couche), rapportait des violences uniquement lors des 2 dernières grossesses, d'ordre psychologique, physique et économique. Cependant, dès la première grossesse elle évoquait sa difficulté à avoir accès aux revenus du ménage, ainsi qu'une modification du comportement de son compagnon en post-partum : il devenait indifférent à la situation, la laissait sans ressources, et l'obligeait à rester à la maison. Malgré cela, pour elle, il n'est devenu violent que 6 mois après la naissance de leur premier enfant, « par jalousie ».

Précisons qu'à plusieurs reprises il a fallu expliquer aux femmes qui répondaient au questionnaire ce que signifiait le terme de « relations sexuelles forcées ». Il s'agit bien de viol conjugal, défini selon la loi comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ».

Ainsi au total, 96 % des femmes interrogées ont subi des violences conjugales durant au moins une de leurs grossesses, et si l'on considère la période du post-partum précoce, on obtient un taux de 100 % de femmes victimes de violences conjugales durant la grossesse.

Dix de ces 28 femmes (soit 36 %) n'ont pas choisi leur conjoint. Toutes étaient victimes de viol conjugal. Quatre-vingt dix pour cent d'entre elles subissaient toutes les formes de violences.

Treize des 18 femmes ayant choisi leur conjoint étaient victimes de viol conjugal, soit 72 % des cas. Cinquante pour cent d'entre elles étaient victimes de toutes les formes de violences.

Les violences ont commencé (tous types confondus) :

- avant la (première) grossesse pour 19 femmes (soit 68 %) ;
- au cours de la grossesse pour 2 femmes (soit 7 %) : pour l'une par des violences économiques, et pour l'autre par des violences psychologiques, physiques et économiques ;
- après l'accouchement pour 3 femmes (soit 11 %) : pour 2 d'entre elles par des violences psychologiques, et pour l'autre par des violences à la fois psychologiques et économiques ;
- Ce critère de début des violences était non renseigné ou incertain dans 4 cas.

En prenant chaque type de violence séparément, on constate que, sur les 28 femmes interrogées (*figure 1*) :

- Toutes ont été victimes de violences psychologiques. Celles-ci ont débuté avant la grossesse dans 16 cas, à l'annonce de la grossesse dans 1 cas, pendant la grossesse dans 2 cas, après l'accouchement dans 5 cas (4 cas non précisés) ;
- Vingt-quatre ont été victimes de violences physiques (89 %). Celles-ci ont débuté avant la grossesse dans 14 cas, pendant la grossesse dans 3 cas, après l'accouchement dans 2 cas, à distance de la grossesse dans 1 cas (4 cas non précisés) ;
- Vingt-trois ont été victimes de violences sexuelles (82 %). Celles-ci ont débuté avant la grossesse dans 15 cas, pendant la grossesse dans 4 cas, après l'accouchement dans 1 cas (3 cas non précisés) ;
- Vingt-quatre ont été victimes de violences économiques (89 %). Celles-ci ont débuté avant la grossesse dans 11 cas, à l'annonce de la grossesse dans 2 cas, pendant la grossesse dans 4 cas, après l'accouchement dans 2 cas, à distance de l'accouchement dans 1 cas (4 cas non précisés).

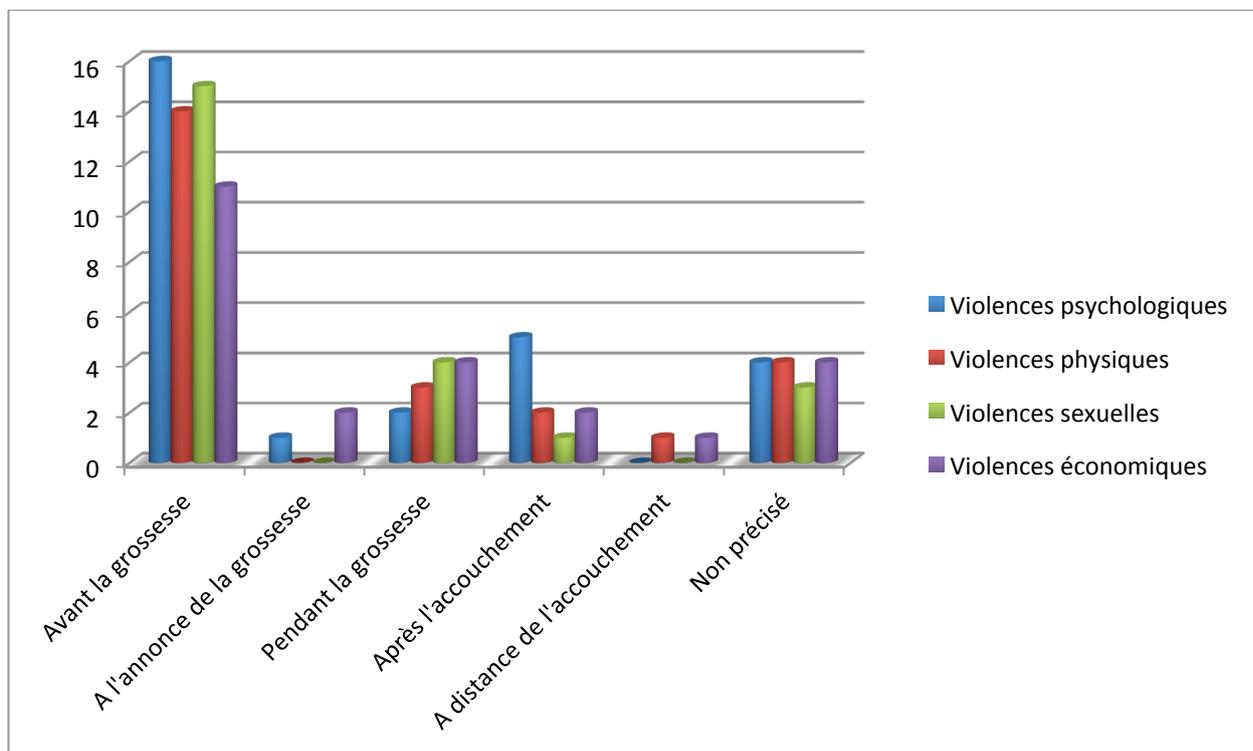


Figure 1 : Nombre de femmes victimes selon le type et le début des violences

La dynamique des violences conjugales suit habituellement le schéma suivant : les violences subies sont d'abord psychologiques (incluant les violences verbales), puis évoluent vers les violences physiques après plusieurs cycles de violences, chaque cycle se déroulant selon la séquence suivante : montée de la tension émotionnelle => violences => déni de la violence par l'agresseur et culpabilisation de la femme => période d'accalmie avec illusion du bonheur retrouvé => montée de la tension etc. Chaque cycle est répété dans le temps avec une fréquence et une intensité des scènes de violences de plus en plus importantes, et une diminution puis une disparition des moments de calme (relatif).

Sur les 28 femmes interrogées, cette notion d'évolution graduelle des violences n'est presque pas retrouvée par rapport à la période de la grossesse :

- Une femme rapportait avoir été victime auparavant de violences psychologiques, auxquelles se sont ajoutées des violences sexuelles pendant la grossesse, puis physiques lors du post-partum proche. Une autre femme avait été victime de violences psychologiques avant la grossesse, puis de violences sexuelles pendant la grossesse ; pour elle les violences physiques n'ont débuté que 3 ans après sa dernière grossesse, lorsque son mari a commencé à boire ;
- Pour 11 femmes, les violences avaient toutes commencé avant la grossesse ;
- Pour les 15 autres, le schéma était variable ou incomplet.

Les violences ont commencé dès la première grossesse pour 19 femmes (soit 68 % d'entre elles). Treize d'entre elles ont eu d'autres grossesses par la suite : dans aucun cas les violences conjugales n'ont cessé.

2) Avant la (première) grossesse

Dix-huit femmes sur 28 (soit 64 %) estimaient ne pas avoir une vie de couple satisfaisante avant la grossesse.

La décision de prendre ou non une contraception était imposée par le conjoint violent pour 14 des 62 grossesses (23 % des cas), et imposée par la femme pour 3 grossesses (5 % des cas).

La prise de contraception était un choix venant de la femme pour 22 grossesses (soit 35 % des cas), et des deux partenaires dans 19 cas (31 % des grossesses).

La part du désir d'enfant entre les deux conjoints selon les grossesses est récapitulée dans le *tableau 1*.

	Nombre de grossesses (et pourcentage)
Désir d'enfant	
- les deux	27 (43 %)
- elle	10 (16 %)
- lui	11 (18 %)
- aucun	13 (21 %)
- non renseigné	1

Tableau 1 : Désir d'enfant pour chacun des conjoints

3) Pendant la grossesse

Les réactions des femmes et de leur conjoint à l'annonce de la grossesse sont regroupées dans le *tableau 2* (plusieurs réponses possibles).

	Elle : nombre de grossesses (et pourcentage)	Lui : nombre de grossesses (et pourcentage)
Heureux(se)	37 (60 %)	35 (56 %)
Contrarié(e)	26 (42 %)	14 (23 %)
Refus de la grossesse	2 (3 %)	7 (11 %)
Agressif(ve)	1	21 (34 %)
Doute quant à la paternité	0	6 (10 %)
Absence de réaction	0	2
Ne sait plus	4	1
Non au courant de la grossesse	0	3

Tableau 2 : Types de réaction à l'annonce de la grossesse selon les conjoints

Concernant les relations sexuelles durant la grossesse, sur les 28 femmes interrogées :

- les relations étaient toujours forcées pour 14 d'entre elles, et parfois forcées pour 5 d'entre elles : 68 % des femmes interrogées ont ainsi été victimes de viol conjugal durant la grossesse ;
- elles étaient désirées pour 5 d'entre elles (18 %) ;
- il n'y avait pas de relations sexuelles pour 4 d'entre elles, par refus de la femme elle-même (14 % des cas).

Pour 53 grossesses parmi les 62 étudiées, les violences ont commencé auparavant (85 % des cas) :

- dans 20 cas sur ces 53 grossesses, les violences ont augmenté pendant la grossesse (soit 38 %) ;
- dans 10 cas sur 53, les violences ont diminué pendant la grossesse ; à celles-ci s'ajoutent 6 grossesses pendant lesquelles les violences physiques ont diminué, alors

que les violences psychologiques et économiques ont continué sous la même forme.

Ainsi pour 30 % des grossesses les violences conjugales ont diminué ;

- dans 13 cas sur 53, les violences ont continué sur la même forme pendant la grossesse (soit 25 %) ;
- lors d'une seule grossesse les violences se sont arrêtées (2 %).

Ce critère était non évaluable dans 3 cas (fausses-couches précoces).

Pour 45 grossesses parmi les 62 grossesses étudiées, les femmes ont subi des violences physiques (soit 73 %), et pour 8 grossesses ces violences comprenaient des coups portés précisément au ventre (13 % du total). Une femme rapportait même que son agresseur montait sur elle avec ses pieds lorsqu'elle était allongée sur le dos...

Une IVG a été envisagée par la femme pour 13 des 62 grossesses (21 %), et n'a pas été réalisée :

- pour raisons religieuses dans 6 cas (46 %) ;
- par refus du conjoint dans 2 cas (15 %) ;
- parce qu'elle a changé d'avis dans 2 cas ;
- parce que son conjoint a changé d'avis dans 1 cas ;
- parce qu'elle a fait une fausse-couche précoce dans 1 cas ;
- parce que le délai était dépassé dans 1 cas.

Une IVG a été envisagée par le père pour 11 des 62 grossesses (18 %). Elle a été effectuée pour l'une d'entre elles, et n'a pas été réalisée :

- par refus de la femme dans 7 cas (64 %) ;
- pour raisons religieuses dans 1 cas ;
- pour fausse-couche précoce dans 1 cas ;
- car il a changé d'avis dans 1 cas.

Dans les 4 autres cas d'IVG, la personne à l'origine de la démarche n'était pas précisée.

L'attitude du conjoint durant la grossesse, sur les 53 grossesses ayant duré suffisamment longtemps parmi les 62 étudiées (5 IVG et 4 fausses-couches dont les données ne sont pas disponibles, la grossesse n'ayant pas duré suffisamment longtemps), est représentée dans la *figure 2*.

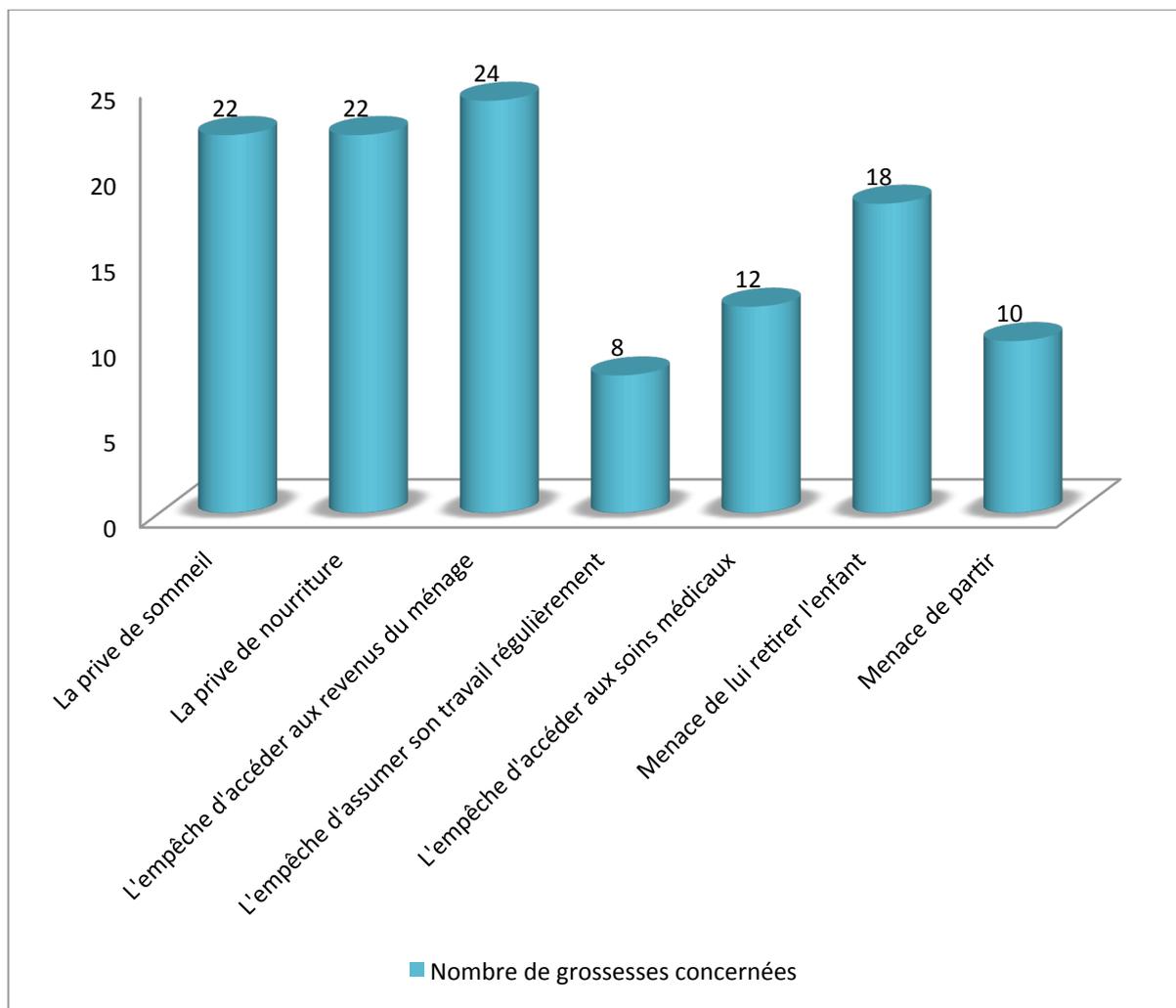


Figure 2 : Attitude du conjoint durant la grossesse, pour les 53 grossesses concernées

Concernant la possibilité de préparer l'arrivée matérielle du bébé, parmi les 44 grossesses menées à terme dont les données sont disponibles :

- cela n'a pas pu être fait dans 7 cas (16 %) ;
- seule la femme s'en est chargée dans 21 cas (48 %) ;
- le conjoint s'en est chargé seul dans 2 cas seulement (5 %) ;
- les 2 s'en sont chargés dans 12 cas (27 %) ;
- les données ne sont pas disponibles pour 2 grossesses.

Conséquences sur le déroulement de la grossesse :

Sur les 62 grossesses, 11 se sont terminées par une fausse-couche (dont une directement à la suite d'une dispute avec violences physiques) et 5 par une IVG. Les autres pathologies rapportées sont mentionnées dans le *tableau 3*. Une femme rapporte également un alitement de 5 mois pour cerclage suite à une dilatation du col.

	Nombre de grossesses (et pourcentage)
Fausses-couches	11 (18 %)
IVG	5 (8 %)
Diabète gestationnel	5 (8 %)
Hospitalisation	5 (8 %)
Hypertension artérielle (HTA)	4 (6 %)
Troubles psychologiques	3 (5 %)
Métrorragies	3 (5 %)
Carences alimentaires ou amaigrissement	3 (5 %)
Psychotropes	1
Retard de croissance intra-utérin	1
IMG	1

Tableau 3 : Complications des grossesses

Suivi médical durant la grossesse (*figure 3*) :

Sur les 51 grossesses ayant duré suffisamment longtemps (4 IVG et 7 fausses-couches n'ont pas été suivies en raison de la durée de la grossesse), quarante-six (soit 90 %) ont bénéficié d'un suivi régulier : 20 à l'hôpital, 15 par leur médecin traitant, 15 par une sage-femme, 13 par un gynécologue, 13 par la PMI et 3 en clinique. Deux grossesses ont également bénéficié d'un suivi psychologique.

Deux grossesses ont été suivies partiellement (4 %) : l'une ne l'a été qu'à partir du quatrième mois (car la femme a dû cacher sa grossesse jusque là), l'autre ne l'a pas été durant le dernier trimestre (par manque de moyens fournis par son conjoint).

Trois grossesses (6 %) n'ont pas pu être suivies du tout.

Détection des violences conjugales par un professionnel de santé (*tableau 4*) :

Pour 18 des 62 grossesses étudiées (soit 29 % des cas), les femmes ont parlé des violences subies avec un professionnel de santé. Pour 12 d'entre elles (19 % de toutes les grossesses), c'est la femme elle-même qui a signalé être victime de violences conjugales. Ainsi, pour seulement 6 grossesses sur 62 (soit 10 % des cas), un professionnel de santé a interrogé sa patiente sur les violences conjugales.

Pour 42 des 62 grossesses, soit dans 68 % des cas, les femmes victimes de violences conjugales n'en ont parlé avec aucun professionnel de santé.

Les données n'étaient pas disponibles pour 2 grossesses.

	Grossesses pour lesquelles la femme a parlé spontanément des violences conjugales	Grossesses pour lesquelles un professionnel s'est aperçu des violences ou a posé la question
Hôpital	4	0
Sage-femme	1	4
Médecin traitant	5	1
PMI	5	2
Gynécologue	1	1
Clinique	0	0
Psychologue	1	0
Kinésithérapeute	0	1
Assistante sociale	2	0

Tableau 4 : Nombre de grossesses pour lesquelles la femme a parlé à un professionnel de santé ou a été interrogée sur les violences conjugales subies

Aide apportée par un professionnel de santé (*figure 3*) :

Sur les 62 grossesses, dont 46 étaient suivies régulièrement :

- pour une seule grossesse l'hôpital a apporté de l'aide en adressant la femme à une assistante sociale ;

- pour 2 grossesses une sage-femme (hors hôpital ou PMI) a apporté des conseils à la femme ou un soutien psychologique ; pour 1 grossesse elle l'a adressée à une assistante sociale ;
- pour 3 grossesses un médecin traitant a apporté des conseils à la femme, pour une grossesse un soutien psychologique, et pour une grossesse il l'a adressée à l'hôpital pour qu'elle soit examinée et qu'un certificat médical soit rédigé ;
- pour 1 grossesse une sage-femme de PMI a adressé la femme auprès de l'association SOS Femmes 93, et pour une autre elle l'a adressée à une assistante sociale ; pour 1 grossesse la PMI (sans précision du professionnel concerné) a apporté un soutien psychologique à la femme, et pour une autre elle a été adressée à une assistante sociale ;
- pour 2 grossesses une gynécologue a adressé la femme auprès de l'association SOS Femmes 93 ;
- pour 3 grossesses une assistante sociale a apporté des conseils à la femme, pour une elle l'a aidée à porter plainte.

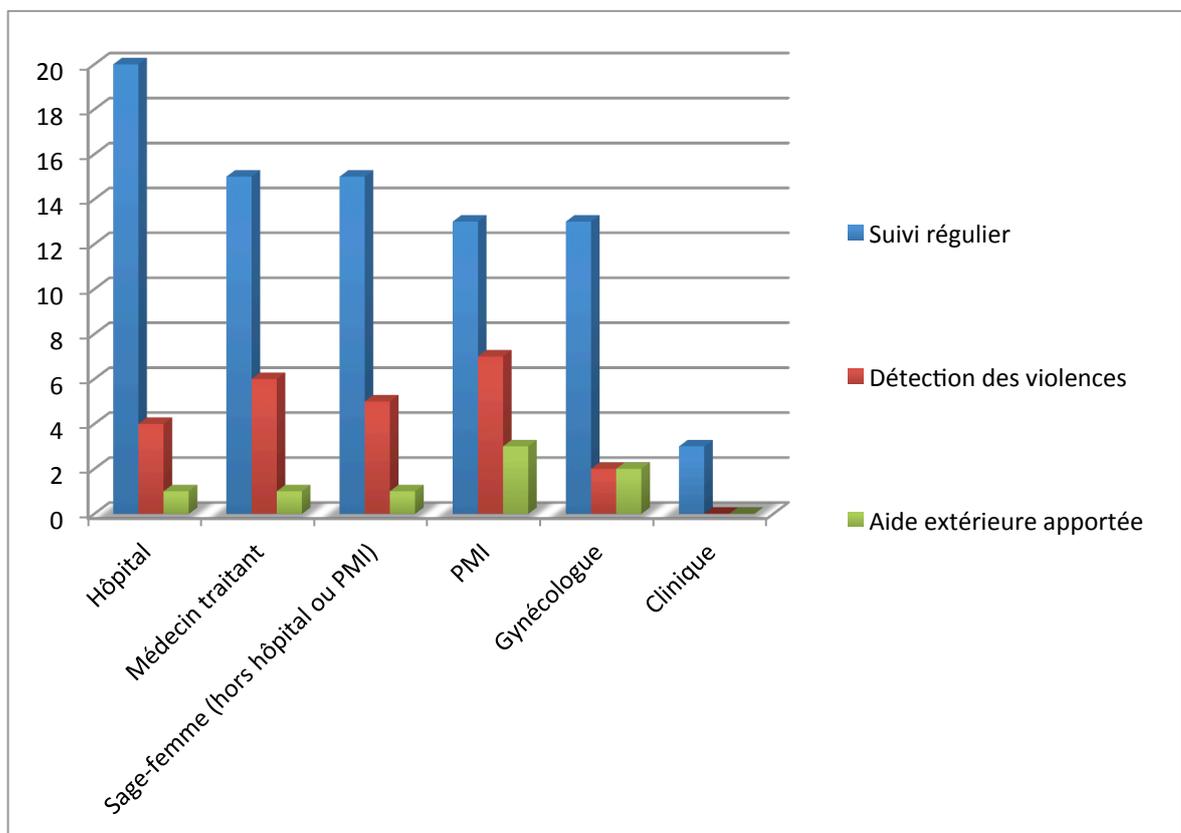


Figure 3 : Suivi médical et interventions concernant les violences conjugales durant les grossesses

Une femme est partie du domicile à 2 mois de grossesse (grâce au soutien d'une sage-femme travaillant en PMI ; pour elles les données concernant l'accouchement et ses suites ne sont pas disponibles). Pour une autre, c'est son conjoint qui est parti au deuxième mois de grossesse (mais ce dernier a continué à influencer sur sa vie jusqu'après l'accouchement).

4) Au moment de l'accouchement

Dix accouchements ont eu lieu prématurément parmi les 44 grossesses menées jusqu'à leur terme et dont les données sont disponibles (soit 23 % des cas).

Les accouchements se sont déroulés à l'hôpital ou en clinique, sauf pour 3 parturientes (7 % des cas) :

- Pour la première, le conjoint n'a été prévenu qu'après l'accouchement. Il l'a emmenée à l'hôpital ensuite.
- Le conjoint de la deuxième l'a laissée accoucher entièrement seule à domicile pendant qu'il se disputait avec son ex-compagne, ne la croyant pas lorsqu'elle lui disait qu'elle était en train d'accoucher...
- Le conjoint de la dernière est allé dans un bar alors qu'elle perdait les eaux, ne croyant pas qu'elle allait accoucher. Elle n'a pu aller à l'hôpital que le lendemain, et son conjoint est arrivé plusieurs heures après l'accouchement.

Dans 28 cas (64 % des grossesses) l'accouchement s'est bien déroulé selon la mère.

Conduite du père au moment de l'accouchement :

- dans 8 cas (18 %) il était volontairement absent ;
- dans 2 cas (5 %) il n'a fait que déposer la future mère à l'hôpital ;
- dans 4 cas (9 %) il était présent mais non soutenant ;
- dans 4 cas (9 %) il était présent mais l'insultait ou la menaçait ;
- dans 11 cas (25 %) il a pris des décisions contre son souhait à elle ;
- dans 4 cas (9 %) il a pris des décisions contre l'équipe médicale.

La durée d'hospitalisation était supérieure à 4 jours pour 19 des 44 grossesses menées à terme, soit 43 % des cas.

Après la naissance :

- la mère était déçue du sexe de l'enfant dans 2 cas (2 garçons, 5%), le père dans 9 cas (6 filles et 3 garçons, 20 %) ;
- les 2 étaient déçus dans 2 cas ;
- la mère était heureuse de cette nouvelle maternité dans 36 cas (82 %), le père dans 22 cas seulement (50 %) ;
- dans tous les cas le père a reconnu l'enfant ;
- le prénom a été choisi par la mère dans 12 cas (27 %), par le père dans 20 cas (45 %), par les deux dans 12 cas (27 %).

5) En post-natal (retour au domicile)

Concernant l'allaitement, parmi les 44 grossesses menées à terme, quel que soit le moment du déclenchement des violences conjugales par rapport à la grossesse :

- 27 enfants ont été allaités selon le souhait de la mère (61 %) ;
- dans 11 cas l'allaitement n'a pas été possible pour raisons médicales (25 %) ;
- dans 3 cas l'allaitement n'a pas eu lieu par choix de la mère (7 %) ;
- dans un cas l'allaitement n'a pas eu lieu car la mère ne savait pas comment faire ;
- dans un cas le conjoint a empêché l'allaitement ;
- dans un cas la mère a été obligée d'allaiter par l'hôpital qui ne voulait pas que l'allaitement soit artificiel...

Concernant les soins post-natals :

- dans 30 cas la mère a pu en bénéficier (68 %) ;
- dans 6 cas les soins n'ont pas été réalisés par manque de moyens financiers et/ou d'informations (14 %) ;
- dans 4 cas il n'y a pas eu de soins post-natals car la mère n'en ressentait pas le besoin (9 %) ;
- dans 3 cas les soins n'ont pas été possibles en raison de l'éloignement géographique du centre de soins (7 %), notamment pour la femme qui avait quitté le domicile, et pour une autre femme hébergée par le 115 suite au départ de son agresseur ;
- dans un cas le conjoint a empêché la mère d'en bénéficier.

Concernant le suivi de l'enfant :

- 36 ont pu être suivi régulièrement (82 %) ;
- 8 n'ont pu bénéficier que des consultations obligatoires (18 %).

L'attitude du père envers sa conjointe et envers le nouveau-né est détaillée dans les figures 4 et 5.

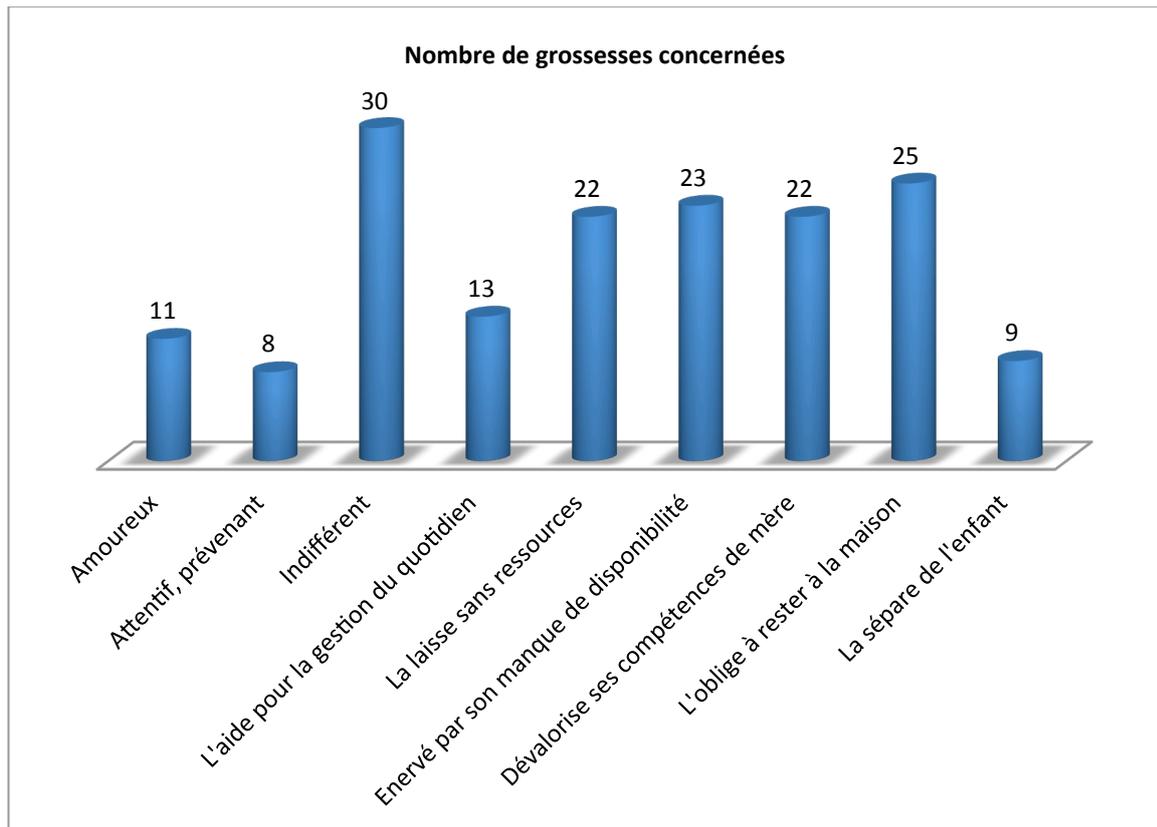


Figure 4 : Attitude du père envers sa conjointe en post-partum des 44 grossesses concernées

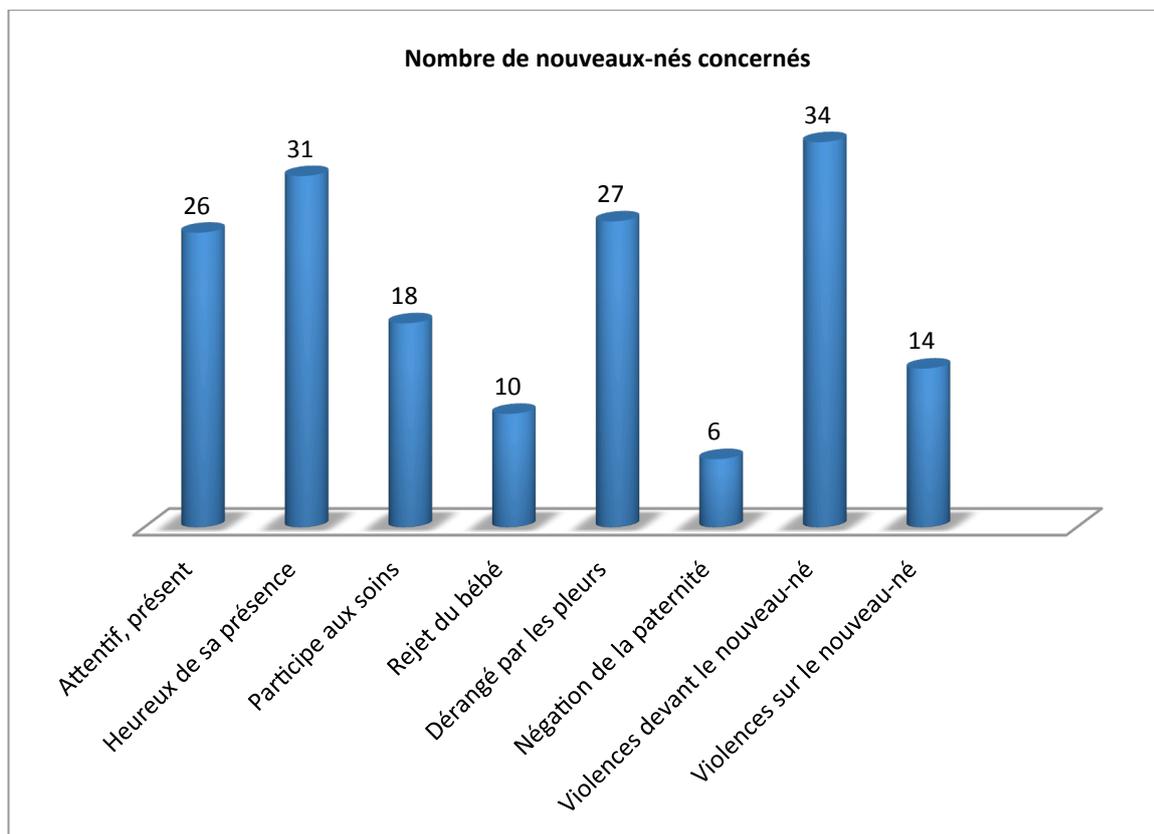


Figure 5 : Attitude du père envers le nouveau-né au retour au domicile des 44 grossesses concernées

Sur les 26 femmes ayant accouché, la moitié était victime de relations sexuelles forcées après la naissance de l'enfant.

Pour aucune d'entre elles, pour aucune des grossesses, les violences n'ont cessé après la grossesse.

Pour 29 des 44 grossesses concernées (soit 66 %), les violences ont augmenté après la grossesse.

6) Entretien complémentaires

Z a commencé à recevoir des coups dès le deuxième jour de vie commune avec son conjoint. L'annonce de sa grossesse déclencha en elle l'envie de partir, c'était pour elle « l'occasion » de mettre un terme aux violences de toutes sortes qu'elle subissait.

Le lendemain de son IVG, elle a rencontré un gynécologue qui lui a demandé pour quelle raison elle l'avait souhaitée : c'est là que Z a parlé des violences qu'elle subissait. Le

gynécologue l'a adressée auprès de l'association SOS Femmes 93, point de départ du processus de sortie de l'emprise des violences.

C a habité avec son conjoint quelques mois après l'avoir rencontré : il « s'est incrusté » chez elle, dans la chambre au-dessus du restaurant où elle travaillait. Le frère de son conjoint était souvent chez eux, et contribuait aux violences qui lui étaient infligées.

Elle a rencontré plusieurs professionnels de santé : les 2 gynécologues qui l'ont suivie pour ses grossesses n'ont pas évoqué la possibilité de violences. Le pédiatre de sa fille, à qui elle a parlé des violences lors d'une consultation de routine, ne l'a adressée à personne. Elle a consulté une fois un médecin généraliste pour les violences conjugales, qui lui a rédigé un certificat médical, mais ne l'a orientée vers aucune aide extérieure. C'est finalement l'assistante sociale de son quartier qui l'a adressée à SOS Femmes 93. Quatre ans plus tard, après 20 de vie commune, C a enfin quitté son conjoint violent.

A a connu 6 mois de vie de couple satisfaisante, avant de se mettre en ménage, moment où les violences de tous types ont commencé. Son médecin traitant, consulté à de nombreuses reprises pour des hématomes ou des torticolis, lui a rédigé une fois un certificat médical (sur sa demande) pour des blessures au visage. Jamais il n'a posé de questions sur d'éventuelles violences subies.

B, lors de sa première grossesse, « ne s'était pas rendu compte que c'étaient des violences » qu'elle subissait. Il s'agissait de violences psychologiques, sexuelles et économiques. Le médecin traitant qui la suivait ne s'est pas aperçu des violences. Lors de sa deuxième grossesse, B est allée le voir car elle souhaitait « mettre son mari sous tutelle ». Il lui a dit que ce n'était pas possible, mais elle ne lui a pas expliqué ce qu'elle vivait. Elle pensait que « le médecin était très occupé, qu'il n'avait pas le temps de s'occuper de ça ; si on lui avait posé la question, elle en aurait parlé ». Précisons que ce médecin était également le médecin traitant de son mari, et de ses enfants. B a par contre parlé à la sage-femme qui la suivait à domicile, mais aucune aide concrète ne lui a été apportée (elle lui a conseillé de divorcer). Lors de sa troisième grossesse, elle a parlé à l'assistante sociale de l'hôpital qui la suivait de son absence de ressources financières ; là encore aucune aide ne lui a été fournie.

R a été victime de toutes sortes de violences, déclenchées ou exacerbées pour chacune de ses deux grossesses. Elle n'a pas consulté son médecin traitant durant ses grossesses. La gynécologue qui la suivait ne lui a pas posé de questions concernant les violences conjugales

durant sa première grossesse, et R n'en a pas parlé. Lors de sa seconde grossesse, la gynécologue « a vu que ça n'allait pas », et lui a posé des questions, car elle venait sans carte vitale, et sans argent. Elle lui a proposé de l'adresser vers une association, mais R avait déjà un contact associatif par une assistante sociale avec qui une de ses voisines l'avait mise en rapport.

S n'avait pas accès à l'Aide Médicale d'Etat (AME) lors de sa première grossesse, et n'était pas suivie médicalement. Elle a rencontré une fois une sage-femme de PMI lorsque la grossesse s'est compliquée d'une fausse-couche ; à cette occasion l'AME lui a été délivrée. S a pressenti que « la sage-femme avait compris », et elle lui a parlé des violences qu'elle subissait. La sage-femme l'a orientée vers SOS Femmes 93, où elle n'est finalement allée que 2 ans plus tard, lors de sa deuxième grossesse, quand la même sage-femme a envoyé à son domicile des documents relatifs au dépistage de la trisomie 21 : son conjoint l'a insultée par téléphone, et elle n'est plus jamais rentrée. Elle a quitté le domicile à 2 mois de grossesse.

En dehors de ses grossesses, S avait également consulté à plusieurs reprises un médecin à l'association Médecins du Monde, qui consulte gratuitement pour les personnes sans argent et sans papiers. Ce médecin lui a posé la question des violences conjugales, et lui a proposé un suivi, des coordonnées d'associations, et rédigé plusieurs certificats médicaux.

V DISCUSSION

Les violences sexuelles ont été les plus difficiles à aborder avec les femmes victimes de violences conjugales. A plusieurs d'entre elles nous avons dû expliquer ce qu'étaient des relations sexuelles forcées. Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) définit clairement le viol conjugal. Malgré les campagnes d'information réalisées, cela reste toujours un sujet tabou, alors que 30% des viols sont commis par le conjoint ou le partenaire (25).

Dans notre étude, 82 % des femmes subissaient des viols conjugaux avant, pendant ou en post-partum proche de la grossesse ; il s'agissait des violences conjugales les moins dites. Une enquête auprès de médecins généralistes en Ile-de-France montre que les violences sexuelles sont les moins rapportées par les femmes victimes à leur médecin traitant (9). L'ENVEFF rapporte que deux tiers des victimes de violences sexuelles conjugales n'en avaient jamais parlé avant l'enquête (8).

A titre de comparaison, les violences sexuelles ne concernent que 5 % des appels au 3919 (23). Il est clair que les femmes victimes de violences sexuelles ne sont pas suffisamment dépistées lors de ces appels téléphoniques.

L'âge moyen de 36 ans des femmes interrogées victimes de violences conjugales est similaire à la moyenne retrouvée dans une étude de 2000 aux UMJ de l'hôpital Hôtel-Dieu de Paris (4).

Une différence d'âge importante, de 10 ans en moyenne, était constatée entre les femmes victimes de violences et leur conjoint dans notre étude. L'ENVEFF rapporte que cette différence d'âge serait effectivement un facteur de risque de violences conjugales (8).

Pour près d'un quart des grossesses, les femmes s'étaient vues imposer la prise de la contraception par leur conjoint violent. L'Institut de l'Humanitaire rappelle à ce propos la nécessité de demander à la patiente si son conjoint intervient dans sa décision lors de la prescription d'une contraception en consultation (18).

Pour une grossesse sur 5, aucun des deux conjoints ne désirait d'enfant. Les études existantes rapportent un taux de violences 3 à 4 fois plus élevé en cas de grossesse non désirée ou non planifiée (4,6).

Dans 55 % des cas dans notre étude, la grossesse n'était pas désirée par les 2 conjoints, ce qui concerne 68 à 89 % des cas de femmes victimes de violences durant la grossesse dans la littérature (4,26,27).

Pour 68 % des femmes interrogées, les violences conjugales ont débuté dès la première grossesse. Plusieurs études ont montré que les violences conjugales durant la grossesse étaient plus fréquentes lors de la première grossesse, du fait de la transition vers la parentalité (22).

Les taux des différents types de violences conjugales aux abords de la grossesse variaient de 82 % (violences sexuelles) à 100 % (violences psychologiques). Une étude auprès de femmes hospitalisées en grossesse pathologique rapporte également un taux de violences sexuelles moins déclaré, avec par contre une majorité de violences physiques, concernant 80 % d'entre elles (17). Une autre étude, réalisée auprès de 43 femmes enceintes victimes de violences conjugales en Ile-de-France, rapporte elle un taux de 50 % de violences sexuelles subies (26).

Pour 7 % des femmes interrogées, les violences ont commencé pendant la grossesse. Une étude canadienne datant de 1993 et portant sur plus de 500 patientes enceintes, rapporte un taux relativement proche de 14 % (28).

Pour 38 % des grossesses pour lesquelles les violences avaient commencé auparavant, les violences subies augmentaient pendant la grossesse. Pour 32 % des grossesses elles diminuaient ou s'arrêtaient, et pour 24 % d'entre elles les violences continuaient sous la même forme. L'étude canadienne de Stewart et Cecutti (datant de 1993) retrouve la même tendance mais avec des taux différents, respectivement de 64 %, 30,5 % et 5,5 % (28).

Nous avons constaté que 89 % des femmes enceintes de notre étude étaient victimes de violences physiques. Brownridge et al, à partir des données d'une précédente étude canadienne (16), notent que les femmes victimes de violences conjugales durant la grossesse subissent 3 fois plus de violences physiques que les femmes victimes de violences conjugales en dehors de la grossesse.

Pour 13 % des grossesses, il existait des violences physiques dont les coups étaient portés précisément à l'abdomen. Cette notion apparaît également dans 2 études canadiennes (6,28).

Pour 13 % des grossesses, l'agresseur empêchait sa conjointe d'assumer son travail régulièrement. Une étude récente rapporte un taux beaucoup plus élevé de 81 % des femmes enceintes signalées au service social de 2 cliniques en Ile-de-France qui ne pouvaient chercher du travail à cause de leur conjoint qui les en empêchait (26). Cette différence est probablement due à un recrutement plus étroit dans cette dernière étude.

Le diabète gestationnel compliquait 8 % des grossesses, l'HTA 6 % et les femmes étaient hospitalisées dans 8 % des cas. Les chiffres en Seine-Saint-Denis en 2010 sont respectivement de 6,7 % ($p = 0.425$), 2,6 % ($p = 0.057$) et 2,4 % ($p = 0.017$, soit un risque multiplié par plus de 3). Le diabète gestationnel et l'HTA n'apparaissent pas significativement plus élevés par rapport à la population du département, alors que selon une étude américaine de 2006 (29), les femmes victimes de violences conjugales durant leur grossesse risquent plus de développer ces pathologies. Cela peut être en rapport avec la taille des échantillons, trop faible pour mettre en évidence cette différence.

Les taux de complications psychiatriques rapportées dans notre étude étaient très faibles, comparativement aux incidences relevées dans les études existantes chez les femmes victimes de violences conjugales en général : incidence supérieure à 50 % pour les troubles psychologiques, et consommation de psychotropes 4 à 5 fois plus élevée par rapport aux femmes non victimes (9). Ces grandes différences sont probablement dues au fait que ces critères n'étaient pas demandés spécifiquement dans notre étude.

Enfin, les IVG concernaient 8 % des grossesses dans notre étude. La demande émanait du conjoint violent dans 1 cas sur les 5 IVG réalisées. Cécile Sarafis, dans son étude de 2009 auprès de 100 femmes en demande d'IVG (21), rapporte que 23 % d'entre elles demandent une IVG à la suite de violences subies, et 14 % dans le cadre de violences conjugales. Deux femmes font cette démarche à la demande du mari violent uniquement, soit 14 % des IVG dues aux violences conjugales.

Dans notre étude, 18 % des grossesses se sont terminées par une fausse-couche. Le rapport Henrion montre que le risque de fausse-couche est augmenté en cas de violences durant la grossesse (4).

Les accouchements prématurés compliquaient 23 % des grossesses. Sur le département de Seine-Saint-Denis en 2010, 7,4 % des enfants sont nés prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhée) ($p = 0.001$, soit un risque multiplié par plus de 3) (30). L'ENVEFF rapporte 1,6 fois plus de femmes ayant accouché prématurément parmi celles qui ont déclaré avoir subi des violences (8), et l'étude de Silverman montre un risque de prématurité 1,37 fois plus important en cas de violences conjugales durant la grossesse (29).

Trois femmes dans notre étude ont accouché à domicile, soit 7 % d'entre elles. Par comparaison à la moyenne nationale d'accouchements inopinés au domicile de moins de 0.5 % (31), il s'agit d'un taux extrêmement élevé.

Pour 66 % des grossesses, les violences s'étaient intensifiées après l'accouchement. Dans une étude canadienne de 1994, 95 % des femmes sont concernées (6).

Lors du retour au domicile, le conjoint violent aidait sa partenaire pour la gestion du quotidien dans seulement 29 % des cas dans notre étude. L'ENVEFF a mis en évidence un lien entre les situations de violences et la répartition inégalitaire du travail domestique (8).

Pour 57 % des grossesses, l'agresseur obligeait sa conjointe à rester au domicile en post-partum. A titre de comparaison, cette violence psychologique concerne 81 % des femmes durant leur grossesse dans l'étude précédemment citée (26).

Dans notre étude, 68 % des femmes n'avaient pas parlé des violences conjugales durant leurs grossesses. L'étude de Stewart et Cecutti (28) rapporte un taux s'élevant à 97 % de femmes victimes de violences conjugales n'en ayant pas parlé au professionnel de santé qui les a suivies durant leur grossesse.

Les femmes victimes de violences conjugales en avaient spontanément parlé à un professionnel de santé pour 19 % des grossesses. Une étude réalisée en 2000 en Ile-de-France auprès de médecins généralistes rapporte un taux de 85 % de femmes s'étant signalées spontanément (9). Dans notre étude, pour seulement 10 % des grossesses un professionnel de santé avait interrogé les femmes sur les violences conjugales. Lors d'une étude d'Emmanuelle Gallot en 2005 auprès de femmes hospitalisées en grossesse pathologique, 60 % d'entre elles ont été questionnées (17).

Pour 3 grossesses sur 62 (5 % des cas), la victime de violences conjugales a été adressée à l'association SOS Femmes 93 par un professionnel de santé. Dans aucun de ces 3 cas elle le fut par son médecin traitant, qui suivait pourtant 14 des 62 grossesses. Le rapport d'activité du LAO de l'association en 2010 rapportait des chiffres similaires : seules 5 femmes sur les 205 qui fréquentaient le lieu d'accueil (soit moins d'1 % d'entre elles) étaient adressées par un médecin, alors que 29 % d'entre elles en avaient déjà consulté un en raison des violences. L'étude de Lebas et al en 2000 rapporte que 23 % des patientes de médecins généralistes victimes de violences conjugales en général sont orientées vers une association (9).

Notre étude comporte plusieurs biais, à commencer par un biais de mémorisation évident dû au délai parfois proche d'une vingtaine d'années entre le moment des violences subies et celui du questionnaire.

L'échantillon de femmes interrogées est faible, la portée de l'étude en est donc limitée. Cela est du en partie à l'exhaustivité du questionnaire, avec la nécessité pour les travailleuses sociales de l'association d'aménager leur temps de travail habituel. D'autre part, la précision des questions, et plus particulièrement l'abord des violences sexuelles, a entraîné soit des refus de la part des femmes de répondre au questionnaire, soit l'évitement de certaines questions trop intimes,

créant ainsi un biais de sélection.

Les femmes incluses dans notre étude sont uniquement représentatives de la population des femmes victimes de violences conjugales en Seine-Saint-Denis. On ne peut donc pas extrapoler les résultats obtenus à une population plus large.

La personnalité de la personne interrogeant la femme victime de violences influe forcément sur la façon dont elle va répondre aux questions. Le travail en résultant n'est donc pas homogène, et ne pourra donc pas être utilisé sur une base scientifique, mais uniquement à titre informatif.

Enfin, s'est posée la question du retentissement du questionnaire sur ces femmes, qui se trouvent chacune à un point différent de leur parcours pour sortir des violences. La possibilité de faire surgir des violences enfouies jusqu'à présent, ou bien de faire ressurgir des violences qui étaient « traitées », qui n'avaient plus d'impact sur la vie des femmes, a bien entendu, été prise en considération par toute l'équipe. Une prise en charge plus soutenue a été proposée après les entretiens à chacune des femmes pouvant en ressentir le besoin.

VI CONCLUSION

D'après notre étude, la grossesse se révèle sans aucun doute être une période à risque pour les femmes d'être victimes de violences conjugales. Les violences sexuelles, très fréquentes, restent les plus cachées.

Ces violences retentissent à la fois sur leur santé physique (complications de la grossesse avec hospitalisations plus fréquentes), mais aussi sur leur bien-être psychologique, avec un isolement social fréquent durant la grossesse et le post-partum.

Le risque de fausse-couche et plus encore de prématurité paraît très augmenté lors des grossesses de femmes victimes de violences conjugales. L'accouchement inopiné à domicile est également très fréquent.

Le dépistage de ces violences par les médecins généralistes reste encore très insuffisant, et la prise en charge qui le suit reste inadaptée. Au-delà de l'importance d'effectuer un dépistage des violences conjugales durant la grossesse, il faut insister sur la nécessité pour le médecin traitant d'organiser une prise en charge en réseau de ces femmes (*cf. annexes 2 et 3*).

Travailler avec l'association SOS Femmes 93 m'a permis de réaliser que TOUTES les femmes sont susceptibles d'être victimes de violences conjugales, et que pour aucune d'entre elles je n'aurais pu deviner leur situation sans poser clairement la question. Cette expérience m'a également aidée à comprendre à quel point la mise en relation de ces femmes victimes de violences avec le personnel de l'association et les autres femmes victimes permettait une prise en charge efficace.

VII BIBLIOGRAPHIE

1. Ronai E. Observatoire des violences envers les femmes. <http://www.seine-saint-denis.fr>. 2010.
2. De Maistre S. Création d'un observatoire national des violences envers les femmes : la ministre prend des engagements devant le Sénat. <http://www.senat.fr>. 2012.
3. Geoffroy G, Bousquet D. Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République; 2012 janv p. 70.
4. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé - Rapport au ministre chargé de la santé. 2001. Report No.: 014000292.
5. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. 2011 2013.
6. Chemiak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pellizzari R. Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. Directives cliniques de la SOGC. 2005. p. 389-418.
7. Gazonne L. Violences faites aux femmes : poser la question est-il possible ? Faculté de médecine Saint Antoine; 2008.
8. Jaspard M, équipe Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. La Documentation Française; 2003.
9. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002.
10. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? [Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies »]. Université Paris VI; 2007.
11. Lazimi G. Evaluation des violences faites aux femmes : étude auprès de cent consultantes en médecine générale [Mémoire de DIU Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste]. 2004.
12. Delespine M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes [mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme]. Faculté de médecine Paris Descartes; 2009.
13. Pauchet-Traversat A-F. Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS; 2005.

14. Pancrazi S. Apprendre à repérer les violences exercées à l'encontre des femmes enceintes [Diplôme Universitaire de Criminologie et d'agressologie]. Université Paris 13; 2003.
15. Salmona M. Qu'est-ce que la violence conjugale ? Spécificités pendant la grossesse, données épistémologiques, cliniques et thérapeutiques. Beauvais; 2010.
16. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women*. 2011 july;17(7):858-81.
17. Gallot E. Prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales [mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Joseph Fourier - UFR médecine Grenoble; 2005.
18. L'institut de l'Humanitaire. Repérage et suivi des femmes victimes de violences conjugales. sivic.org.
19. Taylor R, Nabors EL. Pink or blue ... black and blue? Examining pregnancy as a predictor of intimate partner violence and femicide. *Violence Against Women*. 2009 nov;15(11):1273-93.
20. Bolaria R, Browne A, Bryanton J, Carson G, Miller L. Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Santé Canada; 1999.
21. Sarafis C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales [Diplôme Universitaire de Victimologie]. Université René Descartes - Paris V; 2009.
22. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010 nov;18(36):158-70.
23. Fédération Nationale Solidarité Femmes. <http://www.solidaritefemmes.org>.
24. Delespine M. Violences faites aux femmes et maternité [Master I Recherche en éthique médicale]. Faculté de médecine René Descartes - Paris V; 2011.
25. Collectif Féministe Contre le Viol. Campagne contre le viol conjugal - Dossier de presse. <http://www.cfcv.asso.fr> ; 2011.
26. Joureau C. La violence conjugale en anténatal : constats et leviers d'action. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2010.
27. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996 june 26;275(24):1915-20.
28. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993 nov 1;149(9):1257-63.

29. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006 july;195(1):140-8.
30. Bureau d'Epidémiologie et de Statistiques. Analyse descriptive du Premier Certificat de Santé du huitième jour des enfants domiciliés en Seine-Saint-Denis en 2010. 2011.
31. Coisnard M. Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine : revue des cas de 2007 à 2010 et étude cas-témoins à la maternité Port-Royal [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Paris Descartes; 2011.

VIII ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

GROSSESSE ET VIOLENCES CONJUGALES

- Age de la femme : _____ Age du conjoint : _____
- Avez- vous déjà été enceinte : oui non
Si oui,
Nombre de grossesses : _____
Nombre d'enfants : _____
Nombre d'IVG : _____ Nombre d'IMG : _____ Nombre de fausses couches : _____
- Avez-vous été victime de violences pendant la grossesse ? oui non
Laquelle ? 1 2 3 4 5

(Renseigner sur la première grossesse ayant comporté des violences ou remplir fiches numérotées)

- Les violences ont-elles commencé :

	Psychologiques	Physiques	Sexuelles	Economiques
Avant la grossesse				
A l'annonce de grossesse				
Au mois				
Après l'accouchement				

Avant la grossesse

(Renseigner pour la dernière union violente)

- Durée d'existence du couple : _____ Durée de la vie commune : _____
- Choix du conjoint : oui non
- Votre vie de couple était-elle satisfaisante avant la grossesse ? oui non
- Vos relations sexuelles étaient-elles forcées ? oui toujours oui parfois non
- Nombre de grossesses dans cette union : _____
- Nombre d'enfants nés dans cette union : _____

- Avez-vous utilisé une contraception ? Elle Lui Les deux Aucun

Etait-ce le choix de : Elle Lui Les deux

Etait-ce l'obligation de : Elle Lui Les deux

- Désir d'enfant :

	Elle	Lui	Les deux	Ni l'un ni l'autre
Grossesse 1				
Grossesse 2				
Grossesse 3				
Grossesse 4				
Grossesse 5				

Pendant la grossesse

- Réactions au moment de l'annonce de la grossesse :

	Elle	Lui
Heureuse / heureux		
Contrarié/e		
Refus		
Agressif		
Doute quant à la paternité		

- Avez-vous été régulièrement suivie pendant votre grossesse ? oui non

Si oui par qui :

Médecin traitant PMI Sage-femme Hôpital

Autre :

Que vous a-t-il proposé pour vous aider ?

Avez-vous parlé des violences à un professionnel de santé ? oui non

Lequel ?

Que vous a-t-il été proposé pour vous aider ?

Est-ce qu'un professionnel de santé s'est aperçu des violences ? oui non

Lequel ?

Qu'a-t-il fait ?

- *Si violences avant la grossesse :*
Lors de la grossesse, les violences ont-elles Diminué
 Continué sous la même forme
 Augmenté

Si violences physiques :
Avaient-elles un caractère « spécifique » à la grossesse (préciser) :

- Conséquences des violences sur le bon déroulement de la grossesse :

- Problèmes de santé. Préciser :
- Fausse couche
- IVG / IMG
- Autre. Préciser :

- Y-a-t-il eu des relations sexuelles pendant la grossesse ? oui non

Si oui :

- désirées forcées

Si non, en raison de :

- Elle Lui Les deux

- Une IVG a-t-elle été envisagée par : Elle Lui Les deux

A-t-elle été réalisée : oui non

Si non, pourquoi ?

- L'arrivée du bébé a-t-elle pu être préparée matériellement ? oui non

Si oui, par : Elle Lui Les deux

Si non, pourquoi ?

- Pendant votre grossesse votre mari vous a-t-il empêché de :

Dormir suffisamment oui non

Vous alimenter correctement oui non

Assumer votre travail régulièrement oui non

Avoir accès libre aux revenus du ménage oui non

Avoir accès à tous les soins médicaux oui non

- Votre mari vous a-t-il menacé :

De vous quitter oui non

De vous retirer (ou de faire retirer) l'enfant oui non

Au moment de l'accouchement

- L'accouchement a eu lieu : A terme
 Prématurément. De combien ?
Pourquoi ?

 Où ? (domicile/hôpital...) Pourquoi ?

- Conduite du père au moment de l'accompagnement et de l'accouchement :

L'accouchement s'est-il bien déroulé ? oui non
Le père était-il présent ? oui non
A-t-il pris des décisions : contre votre souhait
 contre les indications du corps médical

- Durée de l'hospitalisation :

- Sexe de l'enfant : fille garçon
Y a-t-il eu déception à l'annonce du sexe de l'enfant ?
 Elle Lui Les deux

- Etiez-vous heureuse de cette nouvelle maternité ? oui non
Le père était-il heureux de cette nouvelle paternité ? oui non

- A-t-il reconnu l'enfant ? oui non

- Qui a choisi le prénom de l'enfant ? Elle Lui Les deux

- *Si violences au cours de la grossesse,*
Ont-elles eu des conséquences sur le bébé ? oui non
Préciser :

Post-natal : retour au domicile

- Si vous le souhaitiez, avez-vous pu allaiter ? oui non
Si non, pourquoi ?

- Si vous ne le souhaitiez pas, avez-vous dû allaiter ? oui non

- Avez-vous bénéficié des soins post-natals ? oui non
 Consultations gynécologiques kinésithérapie
Si non, pourquoi ?

- L'enfant est-il suivi médicalement ? Visites obligatoires uniquement
 Régulièrement
 Non

- Attitude du père,
Envers elle : Amoureux oui non
Attentif, prévenant oui non
Indifférent oui non
L'aide pour la gestion du quotidien oui non
La laisse sans ressources oui non
Enervé par son « manque de disponibilité » oui non
Dévalorise ses compétences de mère oui non
L'oblige à rester à la maison oui non
La sépare de l'enfant oui non
Autres. Préciser :

- Envers le bébé : Attentif, présent oui non
Heureux de sa présence oui non
Participe aux soins oui non
Rejet du bébé oui non
Dérangé par pleurs oui non
Négation de la paternité oui non
Violences devant le bébé oui non
Violences sur le bébé oui non
Autres. Préciser :

- Y a-t-il eu des relations sexuelles forcées après l'accouchement ?
 oui non

- Les violences ont-elles cessé après l'accouchement ? oui non

- Les violences ont-elles augmenté après l'accouchement ? oui non

- Si les violences ont commencé après l'accouchement, combien de temps après ?
Pour quelle(s) raison(s) ?

Annexe 2 : Conduite à tenir lors de la découverte de violences conjugales en consultation de médecine générale

- Savoir poser la question des violences :
 - A partir d'un motif de consultation : « *Pourquoi dormez-vous mal ? Y a-t-il quelqu'un ou quelque chose qui vous empêche de dormir/vous rend anxieuse ? Avez-vous des soucis à la maison ?* »
 - En dépistage systématique : par exemple : « *Mon expérience m'a amenée à constater que de nombreuses femmes sont victimes de violences de la part de leur conjoint. Cela vous est-il déjà arrivé ?* »

- Et être prêt à entendre la réponse, c'est-à-dire savoir quoi répondre :
 - Ecouter ce que la victime a à dire
 - Lui dire qu'elle peut revenir en parler plus tard quand elle le souhaite si elle reste mutique
 - Croire ce qu'elle dit, la rassurer, lui dire que ce n'est pas de sa faute... et croire ce que l'on dit
 - L'assurer que son conjoint n'a pas le droit de faire cela, qu'il s'agit d'un délit puni par la loi
 - Lui dire que l'on comprend sa colère ou sa peur
 - Lui dire qu'il existe des solutions à son problème, qu'elle n'est pas seule
 - Lui dire que l'on sait que ce n'est pas simple de quitter son conjoint violent
 - Réaliser un examen clinique détaillé pour la rédaction d'un certificat médical (selon le plan Déclarations - Lésions objectives physiques et psychologiques)
 - L'orienter vers les professionnels dont elle a besoin : police ou gendarmerie, association spécialisée, aide juridique, travailleuse sociale, psychologue
 - Assurer sa mise en sécurité en cas de danger immédiat : hébergement chez un proche ou aide à l'hébergement par le 115, mise à l'abri des enfants
 - Mise en œuvre d'un plan de sécurité en situation de danger potentiel : enregistrement du numéro de téléphone de la police ou de la gendarmerie, mise à l'écart des documents officiels (ou photocopies), préparation d'un sac d'urgence avec vêtements, clés, argent etc.
 - Respecter son choix si elle n'est pas encore prête à effectuer des démarches

➤ A ne pas faire :

- La rassurer en lui disant que tout va se régler facilement
- La culpabiliser, en lui demandant pourquoi elle reste, ou ce qu'elle a fait pour qu'il soit violent...
- Sous-estimer les conséquences de la violence subie
- Adopter une attitude choquée par son discours, risquant de la renforcer dans son idée qu'elle n'aurait pas dû en parler car ce n'est pas racontable...
- Avoir des préjugés sur le stéréotype de la femme victime de violences. Elle peut parfois mentir, déformer la réalité, hésiter dans ses propos ; les effets de la violence sur le psychisme sont tels que la femme peut avoir une vision déformée de la réalité

Annexe 3 : Partenaires à connaître

Contacts nationaux :

- Violences Conjugales Infos 39 19 (Prix d'un appel local ; Du lundi au samedi 8h-22h, jours fériés 10h-20h)
- Numéro vert d'urgence sociale 115 (Gratuit ; 24H/24H-7J/7)
- Viols Femmes Informations 08.00.05.95.95 (Gratuit ; Du lundi au vendredi 10h-19h)
- Et d'autres encore sur le site de SOS Femmes :
http://www.sosfemmes.com/ressources/contacts_tel_national.htm

Site internet d'information pour les victimes :

- www.sosfemmes.com
- Et listes des centres d'hébergement et d'accueil http://www.sosfemmes.com/ressources/contacts_chrs.htm

Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF) :

01 42 17 12 00 : informations juridiques, conseils et orientations, antennes départementales

Site internet d'information pour les professionnels de santé :

L'Institut de l'Humanitaire : www.sivic.org

IX RESUME

Les violences conjugales entourant la période de la grossesse ont été peu étudiées. Afin d'en déterminer les caractéristiques, et la place des médecins généralistes dans leur prise en charge, nous avons réalisé une enquête auprès des femmes victimes de violences conjugales de l'association SOS Femmes 93.

Lors d'entretiens semi-directifs, nous avons questionné ces femmes sur les violences subies avant et pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, et lors du retour au domicile. Certains questionnaires ont été complétés par des entretiens afin de préciser le rôle du médecin traitant auprès de ces femmes victimes.

Sur les 28 femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire, 27 ont été victimes de violences conjugales durant au moins une de leurs grossesses, et 100 % d'entre elles l'ont été en considérant la période du post-partum proche. Les violences sexuelles, les moins représentées, concernaient cependant 82 % d'entre elles. Sur les 62 grossesses étudiées, 11 se sont terminées par une fausse-couche (18 %), et 5 par une interruption volontaire de grossesse (8 %). Dix accouchements ont eu lieu prématurément sur les 44 grossesses menées à terme, soit 23 %. Trois accouchements sur 44 ont eu lieu à domicile (7 %). Pour seulement 18 des 62 grossesses étudiées, les femmes ont parlé des violences subies à un professionnel de santé (soit 29 % d'entre elles).

La grossesse est une période à risque pour les femmes d'être victimes de violences conjugales. Les conséquences de ces violences sur les femmes et sur le fœtus sont une raison supplémentaire d'en améliorer le dépistage et la prise en charge, notamment par les médecins généralistes qui sont en première ligne.

X MOTS-CLES

Médecine générale, violences conjugales, grossesse.