

Concours sur titres DE SAGE-FEMME TERRITORIAL

SESSION 2015

Ouvert par le Centre de Gestion des Côtes d'Armor pour les collectivités et établissements publics territoriaux affiliés ou conventionnés aux Centres de Gestion des départements suivants : Calvados (14), Côtes d'Armor (22), l'Eure (27), Finistère (29), Ile et Vilaine (35), Loire Atlantique (44), Loiret (45), Maine et Loire (49), Manche (50), Mayenne (53), Morbihan (56), l'Orne (61), Sarthe (72), Seine-Maritime (76), Seine et Marne (77), Vendée (85), Grande couronne (78,91,95) et Petite couronne (92,93,94)

Le jeudi 26 mars 2015 à St Brieuc

Epreuve d'admissibilité

Rédaction d'un rapport, à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales, et notamment la déontologie de la profession

**Durée : 3 heures
Coefficient : 1**

Ce sujet comporte 33 pages. Veuillez vérifier que ce document est complet.

Toute note inférieure à 5 sur 20 entraîne l'élimination du candidat.

IMPORTANT

Aucun signe distinctif ne doit apparaître sur votre copie : ni votre prénom ou votre nom (ou nom fictif), ni votre n° de convocation, ni votre signature ou paraphe.

Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne...) autre que celle figurant le cas échéant sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître sur votre copie.

Seul l'usage d'un stylo noir ou bleu est autorisé (bille, plume ou feutre). L'utilisation d'une autre couleur, pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.

Le non-respect des règles indiquées ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.

L'utilisation d'une calculatrice de fonctionnement autonome et sans imprimante est autorisée.

Les feuilles de brouillon (de couleur) ne seront en aucun cas corrigées

Vous êtes sage-femme en PMI (Protection Maternelle et Infantile) et recevez lors d'une de vos permanences de consultation, une patiente faisant partie de la communauté Rom de 29 ans. Elle se présente car elle pense être enceinte de quelques mois et dit ressentir des mouvements actifs fœtaux.

Cette femme est une grande multipare, elle a cinq enfants issus de deux pères différents. Ils sont âgés de 13 mois, 2 ans ½, 4 ans (conjoint actuel), 7 ans et 10 ans (1^{er} conjoint), elle a par ailleurs vécu trois fausses couches spontanées.

Elle est arrivée en France il y a 12 ans et vit dans un campement dans des conditions d'hébergement précaires (insalubrité du logement, pas ou peu de chauffage).

Elle se présente avec ses deux derniers enfants et vous explique dans un français approximatif, que son conjoint actuel l'oblige à « faire la manche » dans la rue avec ses deux enfants les plus petits (les aînés sont scolarisés).

Comment menez-vous votre consultation ?

Outre la consultation médicale, vous devez rédiger un rapport circonstancié et exhaustif de la situation.

Documents joints :

- Document 1 - «**La Santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?**», Synthèse forum, forum du 25 février 2010, Médecins du Monde (6 pages)
- Document 2 - «**Roms : un accès aux soins difficile pour les femmes**», article publié en juin 2013 sur le site internet du Secours Catholique France (2 pages)
- Document 3 - «**Accompagner les femmes enceintes de la communauté rom**», intervention d'Anita NAGY, 7^{ème} journée des PASS Rhône-Alpes « Le public en difficultés sociales et l'hôpital – Accueil, contraintes, réponses » (5 pages)
- Document 4 - «**Paris : condamnés pour avoir mendié avec leurs enfants**», extrait du journal Le Parisien, 26 mars 2014 (1 page)
- Document 5 - «**Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue**», Thomas BARNAY, Nicolas DE RICCARDIS, Etudes et Résultats DREES, n°898, décembre 2014 (5 pages)
- Document 6 - «**Les professionnels de santé sont tous concernés par le repérage des violences**», Yasmina OUHARZOUNE et Sylvie WARNET, entretien avec Ernestine RONAI, La revue de l'infirmière, novembre 2014 (4 pages)
- Document 7 - «**La sage-femme face aux situations de maltraitance, le cadre légal**», Marie-Josée KELLER, Revue Vocation Sage-Femme, novembre-décembre 2014 (3 pages).
- Document 8 - «**Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences**», Mathilde DELESPINE, Revue Vocation Sage-Femme, novembre-décembre 2014 (5 pages).

La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?

Jean-François CORTY

Bonsoir à tous. Le forum de ce soir sera consacré à la population rom migrante en France. Nous tenterons d'établir à travers les exposés des participants un état des lieux de la situation sanitaire et sociale de cette population et de recenser les obstacles qui entravent l'accès aux droits des Roms.

Principale minorité en Europe, cette population présente des indicateurs de santé alarmants telle qu'une faible espérance de vie – 50 à 60 ans – et une couverture vaccinale des enfants inférieure à 20 %. Dans un contexte d'expulsions répétées, Médecins du Monde mène actuellement sept projets auprès des Roms. Notre légitimité pour nous exprimer sur la question est donc réelle.

Michèle MEZARD

Comme vous le savez, Médecins du Monde se préoccupe des Roms depuis de nombreuses années. Le collectif Romeurope a été créé en octobre 2000, à Paris, à l'issue d'un colloque consacré à la santé des Roms réunissant 27 pays européens. Cette conférence présentait les résultats alarmants d'une recherche menée à l'initiative de Médecins du Monde dans six pays de l'Union européenne dont la France. A l'époque, un constat d'impuissance prévalait dans la mesure où les Roms n'avaient pas accès aux droits fondamentaux : logement, minimum vital, scolarisation, etc. Deux orientations prioritaires furent dégagées à l'occasion de ce colloque: la promotion de la santé maternelle et infantile et l'amélioration de l'accès aux soins.

Romeurope a notamment pour objectif de défendre les droits fondamentaux des Roms et de lutter contre les discriminations et le racisme dont ils font l'objet. Nous avons ainsi mis en place un observatoire à travers la France afin de faire remonter les informations de terrain et de développer les meilleures pratiques. Nous interpellons également les responsables politiques et institutionnels de façon régulière. Nous avons par exemple adressé une lettre ouverte au secrétaire d'Etat aux Affaires européennes qui, lors d'un récent déplacement en Roumanie, a associé Roms et délinquance et envisagé de limiter le retour de ces derniers en France en violation du principe de libre-circulation des personnes. Le ministre des Affaires étrangères Roumain a, quant à lui, tenu des propos inadmissibles en parlant d'une race physiologiquement délinquante. Nous avons réagi conjointement avec des ONG roumaines pour dénoncer ces propos.

“
La mortalité néonatale
chez les Roms est huit
fois supérieure à la
moyenne française et la
mortalité infantile, cinq
fois supérieure ».

Que savons-nous des Roms ?

Cette population de 10 à 12 millions de personnes constitue la plus grande minorité transnationale en Europe et l'une des plus discriminées. Je vous rappelle que près de 500 000 Roms furent exterminés par les nazis au cours de la Seconde Guerre mondiale. Les Roms sont par ailleurs victimes de stéréotypes persistants qui influencent les choix politiques. Ces clichés font l'objet d'une récupération politique de la part des élus qui refusent ainsi de loger ces personnes ou de scolariser leurs enfants. La France compte 10 000 à 15 000 Roms sédentaires qu'il convient de distinguer des Gens du voyage, lesquels sont des citoyens Français. La migration des Roms est avant tout d'ordre économique et politique en raison des discriminations dont ils souffrent dans leur pays d'origine.

Romeurope développe deux axes de travail principaux : l'accès à la scolarité et la promotion de la santé materno-infantile. Nous avons ainsi lancé un projet pilote, auprès des femmes et enfants vivant dans des bidonvilles, visant à promouvoir l'accès au droit commun dans toutes ses composantes. Par ailleurs, nous avons réalisé une étude sur la non-scolarisation des enfants Roms démontrant que 5 000 à 7 000 d'entre eux ne vont pas à l'école. Nous avons également organisé des réunions de presse et des parlementaires ont reçu des familles Roms à l'Assemblée nationale afin de prendre la mesure de ce phénomène qui handicape l'avenir de ces enfants.

Ce projet s'inscrit dans un contexte sanitaire déplorable. La mortalité néonatale chez les Roms est huit fois supérieure à la moyenne française et la mortalité infantile, cinq fois supérieure. En 2007, seules deux



**les stéréotypes dont
sont victimes les Roms
perduent et impactent
leur accès aux soins ».**

grossesses sur quatre aboutissaient à la naissance d'un enfant vivant. De nombreuses interruptions de grossesse sont pratiquées et résultent d'un accès limité à la contraception. Ce projet vise notamment à déterminer quels sont les facteurs les plus susceptibles de favoriser une prévention sanitaire efficace.

Préalablement à la mise en place de ce projet, nous avons réalisé une étude commandée par la Direction Générale de la Santé afin de déterminer un périmètre d'action de la prévention sanitaire et de recenser toutes les actions mises en œuvre auprès des Roms. Les médiateurs sanitaires qui s'investissent auprès des Roms font l'interface entre les populations et les structures de soins mais doivent être indépendants des unes comme des autres. Ni travailleur social ni interprète – bien que le fait de parler roumain soit un avantage –, ni soignant, le médiateur social est chargé d'identifier les faiblesses comme les atouts spécifiques à cette population. Il informe les migrants sur leurs droits et les structures de soins susceptibles de les accueillir et organise des rencontres entre les différents acteurs de santé afin d'assurer une cohérence des réseaux de soins.

Par ailleurs, Médecins du Monde doit faire valoir son expérience de terrain et inciter les structures à se rendre directement dans les bidonvilles ce que les puéricultrices et les PMI font encore trop rarement. En outre, le système de rendez-vous avec les soignants gagnerait à être assoupli dans un contexte de précarité qui rend difficile le respect d'échéances fixées trop longtemps à l'avance. A cet égard, des accueils sans rendez-vous par les médecins de ville sont cruciaux.

Une évaluation de ce travail sera effectuée par une structure institutionnelle notamment par le biais d'indicateurs de suivi tel que le nombre de visites à un obstétricien durant la grossesse et d'entretiens qualitatifs.

Jean-François CORTY

Merci Docteur pour ce double éclairage qui prouve à quel point les stéréotypes dont sont victimes les Roms perdurent et impactent leur accès aux soins. A cet égard, les indicateurs de santé que vous avez mis en exergue sont stupéfiants.

Céline GABARRO,
*doctorante à l'Université Paris VII, URMIS
(Unité de recherches « Migrations et
société »)*

Je mène actuellement une thèse portant sur l'accès à l'AME (Aide Médicale d'Etat) et j'aimerais évoquer les problèmes d'affiliation aux prestations sociales des ressortissants communautaires notamment depuis l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne en 2007.

En effet, les agents de l'assurance maladie opèrent fréquemment un amalgame entre Roumains et Roms et, de ce fait, restreignent leur accès à la CMU. Jusqu'au 1er janvier 2007, les ressortissants communautaires pouvaient être affiliés à la CMU car ils étaient considérés en situation régulière du fait de leur statut de communautaire. En adhérant à l'Union européenne, les ressortissants roumains auraient ainsi dû bénéficier de la CMU. Toutefois, la loi du 24 juillet 2006, transposant une directive européenne, impose une double condition à l'établissement de ressortissants communautaires inactifs sur le territoire français : la souscription à un régime d'assurance maladie et des ressources suffisantes. Les ressortissants communautaires inactifs ne remplissant par ces conditions ne sont dès lors plus éligibles à la CMU mais à l'AME, réservée aux personnes en situation irrégulière. Plusieurs caisses primaires firent application de cet article dès janvier 2007 suite à l'entrée dans l'UE de la Roumanie et de la Bulgarie. Or, les CPAM ne doivent appliquer les lois qu'à la suite d'instructions nationales émanant du niveau central qu'elles retraduisent et interprètent à travers leurs propres notes d'instruction.

La CPAM, objet de mon étude, a appliqué l'article 23 de cette loi prématurément alors même que des Roumains et des Bulgares se présentaient aux gui-

chets afin de bénéficier de droits sociaux. Lors de mon enquête, j'ai noté que les agents administratifs opéraient fréquemment un amalgame entre Roms et Roumains. J'ai ensuite échangé avec les agents en charge de l'instruction des demandes d'AME et la plupart ont seulement évoqué l'entrée de la Roumanie dans l'UE sans mentionner celle de la Bulgarie. Ils relayaient par ailleurs de nombreux clichés associés aux Roms les décrivant comme une population paresseuse et assistée. Le service craignait un déferlement massif de Roms venus demander la CMU et évoquait le péril que cet afflux représentait pour les comptes de l'assurance maladie.

Certains agents firent clairement la différence entre bons et mauvais migrants, les premiers, tels les retraités Britanniques, représentant une chance pour le tissu économique du pays ; les seconds, comme les Roumains, un danger pour le système social français. Les agents de l'Assurance-maladie associèrent également immédiatement les Roms à la catégorie des inactifs en faisant une application différenciée de cet article pour les autres populations.

La CPAM n'ayant obtenu aucune réponse de la caisse nationale, le service CMU/AME décida de mettre en instance les dossiers déposés par les Roumains et Bulgares. Les demandes déposées furent comptabilisées dans un tableau et les agents purent donc recenser une partie de cette population. La règle ne s'appliquait donc qu'à eux. Un mois plus tard, la CPAM refusa d'octroyer la CMU aux ressortissants communautaires pour les deux raisons précitées mais également l'AME, l'article 23 de la loi n'ayant pas encore été retranscrit dans les codes et circulaires en vigueur. Ils n'étaient donc éligibles ni à l'une ni à l'autre prestation.

Le 14 mars 2007, la CNAM confirma les dispositions de la loi en précisant que les ressortissants inactifs ne pouvaient accéder à la CMU. Cette instruction fut nationalisée à partir d'août 2007 et déclencha de fortes protestations notamment de la part des ressortissants Britanniques qui vivent en France depuis plusieurs années et bénéficient déjà de la CMU. Après intervention du ministre dans sa circulaire du 23 novembre 2007, les personnes sans ressources et inactives bénéficiant déjà de la CMU purent conserver ce droit acquis et reconnu. Cette circulaire limite l'accès à la CMU des ressortissants Bulgares et Roumains puisqu'ils n'étaient pas membres de l'Union européenne avant 2007 et rencontraient alors plus de difficultés à résider de façon régulière en France, la régularité de leur séjour étant alors subordonnée à la détention d'un titre de séjour.

De fait, la lenteur de la CNAM laisse une latitude d'action aux CPAM qui appliquent parfois des textes en les durcissant en raison de préjugés persistants à l'égard de certaines minorités et singulièrement des Roms.

Jean-François CORTY

Merci. A l'évidence, les préjugés et les stéréotypes impactent directement l'accès aux soins des populations Roms assimilées aux mauvais migrants inactifs.

Bernard MORIAU

L'implication de Médecins du Monde auprès de la population Rom est ancienne puisque nous sommes intervenus pour la première fois voici 17 ans, notamment à Nanterre. Nous sommes aujourd'hui présents partout en France dans la plupart des lieux d'implantation roms. Le contexte a toujours été caractérisé par des expulsions mais celles-ci se sont multipliées depuis 2006. Ces expulsions du lieu de vie pénalisent un peu plus l'accès et la continuité des soins que souhaitent assurer les professionnels de santé. Je pense par exemple aux 2 200 Roms récemment expulsés en pleine trêve hivernale ou à la préparation d'une nouvelle vague d'expulsions massives en mars prochain. Récemment, nous avons même dû recourir à une opération habituellement réservée aux pays du tiers-monde en construisant un camp de déplacés européens suite au décès d'un enfant de 10 ans dans un incendie survenu dans une zone industrielle à Bobigny. MDM a mis en place des tentes ainsi qu'un système de ramassage des ordures, d'accès aux soins et de scolarisation pour sortir ces populations de l'urgence.

Concrètement, les Roms s'établissent souvent discrètement sur des territoires en retrait : entrepôts, immeubles abandonnés, chemins de campagne, bordures de forêt, etc. Ils vivent dans des caravanes délabrées ou des cabanes et subissent les rigueurs du climat et de l'environnement immédiat (bruit, odeurs, pollution). Ces territoires sont souvent dangereux et leur isolement se révèle problématique en cas de souci de santé. Cette problématique géographique particulière est prise en compte par MDM qui ne souhaite pas mener de démarches intrusives. Sur le plan de l'accès aux soins, nous déployons des équipes mobiles composées de sages-femmes, d'infirmières et de médecins. Nous soignons sans juger et tentons d'apaiser les souffrances physiques comme psychiques.

Notre mission Rom à Saint-Denis est composée de 33 bénévoles dont 20 professionnels de santé qui

organisent de nombreuses sorties. Nous effectuons également une médiation hospitalière afin de faire l'interface entre les Roms et les soignants car de nombreux malentendus subsistent. En 2009, nous avons ainsi réalisé 1 075 consultations de médecine générale et 384 vaccinations. Sur le plan médical, plusieurs constats s'imposent. L'accès aux soins est limité puisque 90 % de la population n'a pas ouvert de droit à l'AME et le retard de soins est fréquent : 35 % des maladies auraient dû être prises en charge plus tôt. Nous notons également une absence de prise en charge des pathologies lourdes (diabète, pneumopathies, etc.) et une chronicisation des pathologies aiguës (respiratoires, gastriques ou dorsales). La couverture vaccinale est faible et ne concerne que 8 à 12 % des patients. De même, la santé maternelle et infantile est dégradée. Seule une femme sur 10 est suivie durant sa grossesse et bénéficie d'une contraception et la prévention des maladies infantiles ou du rachitisme est lacunaire. Pour toutes ces raisons, la population rom est exposée à un fort risque épidémique : tuberculose, coqueluche, conjonctivites, gripes, parasitoses intestinales notamment. Enfin, l'automédication de base est inaccessible pour des raisons financières. Nous sommes donc sollicités lors de nos déplacements pour distribuer des médicaments. De fait, la santé des Roms reste une urgence permanente et les indicateurs alarmants établis depuis quelques années restent d'actualité. Cette population souffre au quotidien.

Médecins du Monde souhaite l'arrêt de cette politique d'expulsion systématique et une amélioration en urgence des conditions de vie sanitaire des Roms ainsi qu'une amélioration de l'accès à l'AME avec un dispositif de domiciliation efficace notamment pour les femmes enceintes. Nous souhaitons également favoriser les rencontres entre Roms et pouvoirs publics et la création d'unités mobiles hospitalières. Enfin, nous plaçons pour un renforcement des actions de médiation sur le terrain et à l'hôpital et une amélioration de la scolarisation des enfants. Toutes ces mesures devraient faire l'objet de tables rondes régionales réunissant tous les acteurs concernés afin de mettre en œuvre des solutions pérennes.

Jean-François CORTY

Merci pour ce témoignage qui met en évidence les contraintes auxquelles fait face Médecins du Monde et les réponses que nous tentons d'apporter sur le terrain qui se rapprochent parfois des opérations d'urgence que nous menons à l'étranger.



Médecins du Monde souhaite l'arrêt de cette politique d'expulsion systématique et une amélioration en urgence des conditions de vie sanitaire des Roms ainsi qu'une amélioration de l'accès à l'AME ».

Laurent EL GHOZI

Je suis chirurgien hospitalier à Nanterre, élu de cette même ville et membre du comité consultatif de la HALDE qui a considéré en 2005 que la question de la prise en charge des Gens du voyage et des Roms recouvrait également des problématiques liées à la discrimination. Nous avons ainsi mis en place un groupe de travail et proposé des mesures pour ces populations migrantes françaises ou étrangères. En octobre 2009, après de multiples consultations, nous avons rendu un rapport traduit en délibération par le collège de la HALDE.

J'insiste sur la nécessité de lire cette délibération et de s'en saisir comme d'un outil. Lors de nos travaux, j'ai pu mesurer la force du droit qui permet d'agir et de modifier certaines situations d'urgence. De fait, il convient d'opposer cette délibération aux CPAM, à l'Education nationale, aux élus et à tous ceux qui font obstacle à l'intégration des Roms.

En effet, depuis 20 ans, nous allons d'échecs en échecs. De nombreuses politiques ont été mises en œuvre, des plus restrictives aux plus tolérantes. Toutes se sont soldées par des déconvenues, plus ou moins prononcées. Pourquoi fabriquons-nous une catégorie de quelques milliers de personnes discriminées catalysant la haine et le rejet de la population ? Selon moi, il s'agit d'une catégorie de population fabriquée à des fins de stigmatisation. Contrairement aux prévisions de certains, l'entrée de la Roumanie dans l'UE en 2007 n'a pas modifié les perceptions comme en témoigne la circulaire du 22

décembre 2006 restreignant le séjour en France des Roumains et des Bulgares.

La délibération de la HALDE estime que Roumains comme Bulgares font l'objet de discriminations du fait des mesures transitoires restreignant leur accès au territoire français. Cette circulaire durcit les conditions de séjour des Roumains et des Bulgares en France et rend toute insertion professionnelle quasiment impossible. De plus, un employeur susceptible de les embaucher doit verser une taxe à l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) ce qui pénalise un peu plus leur accès à l'emploi. En outre, les CPAM se sont focalisées sur les Roumains et les Bulgares du fait même de cette circulaire qui les plaçait dans une situation particulière les exposant à d'autres formes de stigmatisation.

De même, je vous rappelle que sur les 29 500 personnes expulsées en 2008, 8 470 étaient des Roumains dont 95 % de Roms. La focalisation des pouvoirs publics sur la population rom est inimaginable : les 2/3 des Roms présents en France sont expulsés chaque année. Par ailleurs, l'accès aux droits sociaux minima est difficile en dépit des dispositions de la CESDH qui prévoient un accès universel à l'éducation quelle que soit la situation des parents. Saisie d'un refus de domiciliation pour une famille rom dans une commune, la HALDE a obligé le maire à scolariser l'enfant. J'insiste sur le respect de ces droits fondamentaux. Le droit à un hébergement d'urgence est difficilement appliqué alors que rien ne doit entraver la bonne application de ces droits reconnus par l'Europe.

Face à cette situation dramatique, les collectivités territoriales doivent concilier les récriminations des citoyens favorables aux expulsions des Roms et ceux qui souhaitent, à l'inverse, accueillir cette population. De nombreuses collectivités ont pourtant tenté de trouver des solutions. Depuis deux ou trois ans, des villages d'insertion ont été mis en place au sein desquels un véritable travail social est mis en œuvre. Mais l'accès au travail demeure problématique dans la mesure où la majorité des postes proposés aux Roms ne sont pas reproductibles et n'ouvrent pas la voie à une intégration réussie au sein de la population sur un territoire donné.

Pour toutes ces raisons, la HALDE recommande la fin des mesures transitoires qui constituent un obstacle quasi insurmontable pour le maintien des Roms sur le territoire. L'expérience montre que les Roms qui ont réussi à se fixer sur un territoire ont également trouvé un emploi, scolarisé leur enfant et se sont intégrés. Il s'agit avant toute chose d'un problème politique.

Un intervenant

Vous avez mentionné l'existence d'une taxe payée par l'employeur avant d'embaucher des étrangers. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Laurent EL GHOZI

Un étranger en situation potentiellement irrégulière doit faire valider son contrat de travail par la préfecture et l'employeur doit en plus acquitter une taxe spécifique de plusieurs centaines d'euros versée à l'OFI, y compris si ces emplois font partie de la liste des métiers dits « sous tension ».

Un intervenant

Qu'est-ce qu'un CCAS ?

Laurent EL GHOZI

Le Centre Communal d'Action Sociale est une structure para-municipale qui relève de la commune. La loi contre les exclusions dispose que les SDF, y compris étrangers, doivent bénéficier d'une domiciliation par le biais du CCAS. Cette mesure est encore imparfaitement appliquée.

Un intervenant

Quels types d'actions préconisez-vous pour modifier les comportements de certains acteurs institutionnels comme les CPAM ?

Michèle MEZARD

A Saint-Etienne, par exemple, une association très active dépose des recours auprès du Tribunal administratif pour des personnes qui bénéficiaient antérieurement de prestations familiales et qui désormais n'y ont plus droit lorsqu'ils sont inactifs ce qui constitue un retour sur des droits acquis. Néanmoins, nous sommes désormais bloqués par l'interprétation de cette circulaire de décembre qui restreint l'accès aux droits sociaux de façon considérable. Je vous rappelle que certains parents ne disposent d'aucunes ressources additionnelles, même si leur enfant est scolarisé. L'aide sociale à l'enfance est souvent versée de façon irrégulière et ne joue, globalement, pas son rôle.

Laurent EL GHOZI

Pourtant, l'ASE est obligatoire. Le refus de servir des prestations est contraire aux engagements de la France concernant les droits de l'enfant. Il faut se servir de cet outil.

Céline GABARRO

Le meilleur levier d'action demeure l'outil juridique et certaines associations l'utilisent efficacement. Néanmoins, lorsque le droit se fait plus précis et plus restrictif, il devient plus difficile de s'y opposer.

Jean-François CORTY

Comment le gouvernement a-t-il réagi à la publication du rapport de la HALDE ?

Laurent EL GHOZI

En principe, le gouvernement est tenu de répondre dans les 4 mois au rapport de la HALDE et d'apporter des solutions dans l'année qui suit. Nous attendons toujours cette réponse. Un sénateur s'est enquis des projets du gouvernement à ce sujet et M. Joyandet, ministre de la Coopération a répondu de façon consternante en considérant que le cœur du problème résidait avant tout dans le non-respect de la libre-circulation des personnes soi-disant lié aux réseaux criminels qui les contraignent à vivre dans des conditions déplorables et non à l'attitude de la France à travers les mesures transitoires.

Michèle MEZARD

La non-protection des mineurs est également en jeu.

Antoaneta POPESCU, *chargée de projet Rom à MDM*

Effectivement, des accords bilatéraux entre la France et la Roumanie ont été signés en 2002 avant d'être réécrits en 2007 sans que la France ne les ratifie. Ces accords prévoient qu'un mineur Roumain isolé peut-être renvoyé en Roumanie sans que sa situation sociale ou familiale ne soit prise en compte. Cette mesure est catastrophique puisque, désormais, le juge des enfants n'est plus tenu d'ordonner des enquêtes sociales ni même de voir l'enfant.

Roms : un accès aux soins difficile pour les femmes

06/06/2013 + Cet article a été publié en juin 2013

Les populations roms sont beaucoup plus touchées par les maladies infectieuses, les maladies chroniques et les pathologies liées au stress que la population majoritaire. En cause, leurs conditions de vie extrêmement précaires, les expulsions à répétition et le manque de prévention dû à leur situation. Dans le camp de la RN7 à Ris-Orangis, dans l'Essonne, où vivent Adela et sa famille, comme dans les autres bidonvilles de France, la santé ne passe donc souvent qu'au second plan.



© Matthieu Cotinat/Secours Catholique

Adela doit s'occuper de toutes les tâches ménagères, et faire la lessive et la vaisselle à la main.

Cet après-midi de mai, Adela ne se sent pas bien. Accroupie près d'une large bassine, elle frotte énergiquement le pantalon de Robert, son fils aîné, et tente désespérément d'en retirer la boue. « *C'est très difficile, il faut tout faire à la main, on n'a pas le choix.* »

La jeune femme de 26 ans, enceinte de six mois, a déjà nettoyé deux fois le sol de sa baraque depuis ce matin, fait la vaisselle et la lessive. Elle est épuisée et prend quelques minutes pour se reposer.

Il y a quelques jours, elle a eu une phlébite et a été emmenée à l'hôpital par les membres d'associations qui se rendent toutes les semaines sur le camp. Mais, malgré les piqûres que vient lui administrer une ancienne infirmière bénévole, ses jambes la font énormément souffrir. « *Si je ne le fais pas, personne ne va le faire à ma place, et il faut que je me dépêche car les enfants ne vont pas tarder à sortir de l'école* », dit-elle avec un sourire.

Si elle a vraiment trop mal, elle appellera les pompiers. « *Eux, ils viennent tout de suite, heureusement ils ne font pas encore de distinction, ils sont là pour soigner tout le monde.* »

Une domiciliation difficile

Adela et sa famille bénéficient de l'aide médicale d'État depuis qu'ils sont domiciliés au centre communal d'action sociale (CCAS) de Viry-Châtillon, soit depuis trois ans déjà. Ce dispositif est destiné aux étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Il donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux, des hospitalisations, en cas de maladie ou de maternité, et des médicaments, sans avoir à en avancer les frais.

« *Cela a été très difficile de l'obtenir, raconte Adela, mais heureusement, on l'a eue. C'est un problème en moins, même s'il faut renouveler la demande tous les ans.* » Sa belle-sœur, Codruza, en revanche, n'a pas cette chance, le CCAS de Ris-Orangis ayant refusé de la domicilier.

Selon une [étude réalisée en 2009](#) par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France, les CCAS n'assurent que 17 % des domiciliations franciliennes alors qu'ils sont deux fois plus nombreux que les associations agréées et que cette mission fait bien partie de [leurs prérogatives](#).

Il y a une semaine, Codruza a accouché de son troisième enfant, Roberta, une petite fille très sage, emmaillotée dans une couverture en laine et dormant paisiblement sur le lit de ses parents. Codruza n'a été prise en charge par le service des urgences hospitalières que le jour de son accouchement et a dû subir une césarienne.

Timidement, elle soulève son t-shirt et dévoile la plaie qui traverse son bas-ventre. Elle semble s'être infectée. « *J'ai très mal, ça tire quand je m'assois, je ne peux prendre aucun poids, il faudrait que je sois tout le temps allongée mais c'est compliqué avec le bébé et les enfants* », raconte-t-elle, les mains au-dessus du poêle dans sa petite cabane de 6 m².

Des grossesses fréquentes, précoces et peu suivies

Sandrine Halfen, socio-démographe à l'[Observatoire régional de santé d'Île-de-France](#), auteure du rapport « [Situation sanitaire et sociale des "Roms migrants" en Île-de-France](#) », publié en janvier 2012.

D'après une étude réalisée par l'association Médecins du Monde, comme Codruza, neuf femmes roms sur dix ne sont pas suivies pendant leur grossesse, et chez 68 % des patients, les maladies auraient dû être prises en charge plus tôt.

L'état de santé des Roms est ainsi très alarmant, présentant une forte prévalence des maladies chroniques et des maladies infectieuses, telles que la tuberculose.

Cela s'explique en partie par les conditions de vie très précaires dans les bidonvilles : absence d'eau, ou d'eau potable, d'électricité, de toilettes, présence massive d'ordures et de rongeurs, recours à des poêles à bois artisanaux pouvant entraîner des accidents ou des fumées toxiques, mauvaise aération des habitats, humidité, manque global d'hygiène, pollution...



© Matthieu Cotinat/Secours Catholique

L'insalubrité des bidonvilles contribue à aggraver l'état de santé des Roms.

Pour améliorer quelque peu la situation des habitants du camp de la nationale 7 de Ris-Orangis, l'association Pôle d'exploration des ressources urbaines (PEROU) a fait venir plusieurs fois un dératiseur. Des extincteurs ont été installés dans chaque baraque et les fils électriques ont été protégés pour éviter tout risque d'incendie ou d'accident.

Il était également prévu de faire passer une gynécologue accompagnée d'une traductrice roumaine dans chaque baraque pour proposer des consultations aux femmes, qui sont les premières lésées par ces conditions de vie extrêmement difficiles. Les études disponibles montrent en effet qu'elles ont une faible couverture contraceptive, une fréquence plus élevée de recours à des interruptions volontaires de grossesses et une fréquence plus élevée de grossesses chez les mineures.

Malheureusement, l'expulsion du bidonville a eu lieu avant la visite du médecin et les femmes roms concernées ont été éparpillées dans la région. Pour elles, la priorité est à présent de trouver un nouveau lieu de vie, reconstruire une baraque, et chercher de quoi manger. Alors la santé, comme toujours, passe au second plan.

Ces changements précipités ne permettent effectivement pas un suivi médical régulier, une mise à jour des vaccins ni un accès au système de sécurité sociale. Les expulsions éloignent les personnes des associations et du système de soins, et entraînent des ruptures de soins, car à chaque fois, les liens tissés sont rompus et il faut repartir de zéro. Les lieux de vie sont éclatés, moins visibles, et plus difficiles d'accès. Impossible dans ces conditions de mettre en place une prévention efficace des épidémies, pourtant indispensable.

Concepcion Alvarez, Matthieu Cotinat et Gautier Demouveau

<http://www.secours-catholique.org/actualite/roms-un-acces-aux-soins-difficile-pour-les-femmes,11872.html>

7^{ème} Journée régionale des PASS Rhône – Alpes**Le public en difficultés sociales et l'hôpital****Accueil, contraintes, réponses****Accompagner les femmes enceintes de la communauté rom****Intervention d'Anita NAGY¹**

Roms Action est une association de médiation et accompagne les familles roms ressortissantes de 'UE, principalement d'origine Roumanie sur l'agglomération grenobloise depuis 2003.

Nos actions permanentes sont constituées de visites régulières des lieux de vie donc des terrains et squats, des entretiens individuels, des groupes de paroles, des suivis/accompagnements de santé, sociale et scolaire. Actuellement, on compte une dizaine de lieux de vie sur l'agglomération grenobloise avec 130 familles, soit 450 personnes, dont la moitié d'enfants. Ces lieux sont très divers par la taille des groupes familiaux, les régions d'origine. Ils sont sans accès à l'eau ni d'électricité, pas de possibilité de ramassage d'ordure. Il y a de plus en plus de squats et de moins en moins de terrains, de campements qui sont recentrés sur Grenoble suite aux nombreuses expulsions dans des communes avoisinantes.

Le suivi de santé et médiation sanitaire est constitué de :

- Accompagnements de santé (CHU, Centre Départemental de Santé, PF)
- Ateliers femmes au Planning Familial de Grenoble depuis 2010 – groupe constitué de 9 femmes avec l'objectif de produire un petit livret d'information pour les ados et former les femmes à devenir des femmes relais dans la sensibilisation. Un groupe homme commencera prochainement.
- Un atelier femmes et un atelier de filles adolescentes au Centre de Planification Familial de Meylan – groupes de 5 à 8 personnes, lieu de parole, d'information, sensibilisation, prévention.

¹ Anita Nagy, actuellement référent du Dispositif d'Insertion Rom UE, chargée de terrain et de santé avec des tâches de médiation socioculturelles et sanitaires à Roms Action entre 2010-2012. Assistante sociale par sa formation, maître en Santé mentale et en sociologie. Membre et fondatrice du groupe de travail ROMED sur l'agglomération grenobloise.

Projets à venir

- Diagnostic santé en partenariat avec Médecins du Monde afin de connaître la situation sanitaire des personnes, l'état des lieux des terrains, l'accès aux soins et les vaccinations des enfants, maladies chroniques etc.

Médiation sanitaire avec l'objectif d'améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et de faciliter les relations entre professionnels et usagers, favoriser l'autonomie dans les démarches. Les salariées de l'association ont été formées à Strasbourg dans une formation appelée ROMED, organisée par le Conseil de l'Europe. Il y a 1000 médiateurs qui ont été formés avec ce programme qui est intervenu dans 20 pays.

Pourquoi la médiation :

« Il montre l'état de son corps. L'obstacle que représente la langue le fait se sentir impuissant face à la nécessité d'une écoute compréhensive de ses malheurs. Mais même si nous partageons la même langue, ça serait insuffisant pour l'aider à rendre compte de la profondeur de sa désolation. La condition de l'immigré pauvre se réduit dans le contexte contemporain à la reconnaissance de sa vie comme phénomène biologique soutenue par une logique humanitaire qui s'occupera de son corps malade en lui fournissant des soins, tandis que son histoire sociopolitique et économique n'est presque pas prise en compte ». Claudia Girola²

Médiation sanitaire et accompagnement des femmes enceintes

Pourquoi ce sujet ? Dans les conditions de vie de grande précarité où les personnes vivent au jour le jour, les questions liées à la santé ne sont pas prioritaires. Il y a peu de prévention et beaucoup d'urgence médicale. Les familles qui ont un minimum de stabilité entre les expulsions commencent à connaître les réseaux sanitaires et à se faire soigner petit à petit. Par manque de connaissance des méthodes de contraception les femmes sont souvent enceintes. Elles demandent toujours une échographie mais sans suivi de grossesse, surtout une échographie pour connaître le sexe du bébé. Pour cela, l'échographie du premier trimestre leur semble inutile, c'est incompréhensible. C'est une des explications de leur arrivée dans les services dans un état de grossesse avancé. Cela nécessite beaucoup de temps, de patience, pour leur expliquer que l'échographie est d'abord un acte médical, un contrôle, pour expliquer le fonctionnement des différents

² Girola Claudia est anthropologue, maître de conférences en sociologie à l'université Paris-Diderot et membre du Centre de sociologie des pratiques et des représentations politiques (CSPRP). Elle s'intéresse aux logiques d'action, territorialités et dynamiques identitaires dans des contextes de pauvreté urbaine extrême, en France et en Argentine.

services médicaux puis expliquer aux services également la vision de ces femmes, leurs conditions de vie. On voit donc bien que tout cela dépasse largement les rôles d'interprétariat.

La grossesse est un moment de vulnérabilité pour les femmes y compris les femmes roms du fait de leur état physique et psychologique. La femme doit donc être accompagnée pendant cette période par ses proches et des professionnels afin d'assurer tant que possible un cadre rassurant et offrant un minimum de sécurité du point de vue médical. Pour les femmes roms la grossesse est très naturalisée.

Lors d'une consultation gynécologique et d'échographie de grossesse, il est important que la patiente soit accompagnée et soutenue par une personne de confiance, personne de ressource pour expliquer les buts de la consultation et de l'examen échographique. Dans le cas de l'échographie par exemple, les annonces peuvent aller de la simple explication de la position du fœtus, de la révélation du sexe fœtal jusqu'à l'annonce d'une anomalie ou d'un doute. La mal compréhension d'une suspicion d'anomalie peut aussi s'avérer être dangereuse pour la mère. A la sortie de l'examen échographique peut être nécessaire une hospitalisation, la réalisation d'examens complémentaires (prises de sang, scanner, IRM, monitoring fœtal...). En cas de non réalisation de ceux-ci cela peut aller jusqu'à la mise en danger de la vie de la mère et/ou du l'enfant. Dans cette situation de consultation d'échographie de grossesse, la personne accompagnant la patiente et lui permettant de traduire le déroulement de l'examen dans sa langue aura donc un rôle bien plus important que de simple traducteur.

Des explications avant la naissance sur un problème dont l'enfant sera porteur sont souvent primordiales pour une bonne prise en charge médicale dès la naissance, une préparation psychologique des parents sur ce qui les attend en termes d'investissements pour accompagner leur enfant. Des fois le simple fait que l'enfant soit une fille, peut perturber les familles également, là aussi la sensibilisation avant la naissance est primordiale.

Le suivi de grossesse par Roms Action veut donc dire : prise de RDV au Centre Départementale de Santé ou à l'hôpital, échographie, laboratoire d'analyses, transmission des RDV, assurer la présence au RDV, traduction, écoute et échanges, veille sur les prochains RDV.

On voit bien l'important travail en collaboration avec les différents services pour remplir cette mission. Tout d'abord le travail en lien avec la PASS où toutes les demandes d'AME arrivées et le travail de l'assistant social qui complète, constitue les dossiers très complexes demandés par la sécurité sociale, qui les suit, qui fait le lien entre les associations de domiciliation et de médiation. C'est la PASS également qui accueille les personnes qui n'ont pas encore fait la demande d'AME, et n'ont donc pas d'assurance maladie, qui leur permet d'avoir leurs médicaments sans

interruption dans le cas de maladies chroniques. Grâce à ce travail immense et indispensable le travail d'accompagnement de l'association est beaucoup facilité.

Pour l'accès aux droits, il y a des collaborations également avec Médecins du Monde et le Centre Départemental de Santé. C'est MDM qui accueille les familles avec enfants pour premiers soins et constitution du dossier d'AME. Le CDS, au delà de la prévention par les consultations gynécologiques et les méthodes de contraception prises en charge par le CGI, fait le suivi de grossesse des femmes et constitue aussi les dossiers d'AME si besoin. Pour les échographies il y a de très bonnes collaborations également, prises en charge par le CGI.

Donc, au niveau de Roms Action, si on décortique un accompagnement, on constate qu'il y a tout d'abord tout un réseau qui s'active. Après, on voit qu'il y a toujours un temps préalable aux RDV. On doit prévenir la patiente (par visite sur les lieux de vie, ou par plusieurs coups de fils) et même aller la chercher sur le terrain, dans le squat pour assurer sa présence au RDV. Pendant l'accompagnement, on explique le fonctionnement du service et on fait la traduction. Souvent, il y a un temps important dans la salle d'attente où l'on peut avoir de belles discussions avec les personnes. Ces discussions continuent en général après le RDV.

Normalement, dans l'accompagnement des femmes enceintes il ne devrait pas y avoir de freins.

- Sauf que dans l'hôpital public il y a des sages femmes libérales... donc pas de prise en charge s'il n'y a pas d'AME au minimum. Ces SF ne sont pas bien informées..., ni les secrétaires, qui devraient prévenir les femmes ou les accompagnateurs !!
- Il y a des difficultés de communication car le personnel « tourne »

D'où l'intérêt d'organiser des réunions d'information entre le personnel hospitalier et les accompagnants, sur la population rom et sur le travail de Roms Action. Ces informations, échanges débloquent souvent les problèmes de relations.

- Ex. rencontre dans les centres sociaux.
- Cela permet de mieux se comprendre et mieux travailler ensemble
- Sinon, on continue à avoir des incompréhensions dans les deux sens.

Comment arrive-t-on à surmonter les problèmes (peurs etc) Roms = gens différents qu'on ne comprend pas, on a des à priori. Ce n'est pas qu'un problème de langue. Il y a souvent une surcharge de travail réciproque.

On a organisé des réunions avec les chefs de service, mais cela n'a pas résolu les problèmes – il y a souvent des problèmes d'intercommunication. Dans le cas des centres sociaux on a également rencontré les AS qui vont effectivement rencontrer et suivre le public.

Mais le suivi des femmes enceintes ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital, il y a tout un suivi pour la préparation de leur sortie et l'après sortie. Ce travail est fait par le service social de la Maternité avec qui on est en lien également. Les assistantes sociales s'assurent toujours des conditions de vie des personnes et s'il n'y a pas d'eau ou si le squat/terrain n'est pas considéré comme viable elles font des demandes d'hébergement à l'hôtel. C'est la seule solution, option, qui n'est pas toujours adaptée, car la chambre d'hôtel n'est que pour la mère et le bébé, et souvent les familles sont nombreuses...et préfèrent rester ensemble, il n'y a pas de possibilité de cuisiner etc. C'est également les AS qui assurent un minimum de choses pour le bébé, en lien avec les associations caritatives comme le Relais Bébé, des lits, couvertures, petits vêtements, couches, du lait etc, pour arriver à des conditions « moins pires ».

Après la sortie il y a un bon suivi postnatal par les puéricultrices qui vont même parfois au « domicile » des femmes. Pour les consultations infantiles, selon les secteurs, chaque équipe, chaque professionnel essaie de répondre au mieux. Il y a même une plage de consultation de PMI supplémentaire mensuelle d'une demi-journée qui a été mise en place à Saint Martin d' Hères spécifiquement pour ce public.

Donc, on peut voir comme chaque structure prend en charge un morceau de cet accompagnement complexe, sans lequel cela serait impossible ou inefficace. Le travail en partenariat est donc essentiel.

Pour aller plus loin :

L'ASAV-Association pour l'accueil des voyageurs organise un colloque national :
« La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées :
l'exemple des Roms »

Le vendredi 14 décembre 2012

De 9h à 17h

Salle Laroque, Ministère de la santé
14 avenue Duquesne, Paris 7^{ème}

Email de contact : malarcon.asav@yahoo.fr

www.mediation-sanitaire.org



Paris : condamnés pour avoir mendié avec leurs enfants

Le Parisien | 26 Mars 2014, 12h12

La mendicité considérée comme une forme de maltraitance : c'est sans doute une première. Selon nos informations, le tribunal correctionnel de Paris (<http://actualites.leparisien.fr/paris.html>) vient de condamner un couple à huit mois de prison pour « privation de soins d'un mineur par ascendant ».

Pendant plus d'un an, les deux parents d'origine rom se sont servis de leurs deux plus jeunes enfants, des jumeaux âgés de seulement 3 ans, pour faire la manche sur un boulevard parisien. Saisi après un signalement du voisinage, le parquet de Paris (<http://actualites.leparisien.fr/paris.html>) a estimé le cas suffisamment grave pour transmettre en urgence le dossier à un tribunal et requérir des peines de prison. Les juges (<http://actualites.leparisien.fr/juges.html>), dans une décision probablement unique à ce jour, ont suivi.

Le couple, installé en France depuis plusieurs années, tire l'essentiel de ses revenus de la générosité des passants. Début 2013, Mariana, la mère, une Roumaine âgée de 38 ans, commence à faire la manche sur le boulevard Barbès (XVIII^e arrondissement). A ses côtés, Francesca et Anthony, ses deux plus jeunes enfants. « Quelle que soit la météo, ils étaient vêtus d'un bas de jogging et d'un pull, tous deux très sales. Lorsqu'il faisait vraiment froid, la mère leur donnait en plus une couverture à se partager », détaille une source proche de l'affaire.

Le triste sort des jumeaux émeut les riverains. La mairie puis la police sont informées, et la mère finalement arrêtée le 10 janvier en plein « travail » sur son coin de trottoir. « Lors de l'interpellation, les policiers relèvent l'odeur nauséabonde teintée d'urine des vêtements des enfants, et leurs cheveux longs, gras et sales », énumère un proche du dossier.

Ils vivaient au milieu des détrit

Les fonctionnaires investissent dans la foulée le domicile familial, un pavillon de Bondy (Seine-Saint-Denis) loué par le couple. A l'intérieur, au milieu d'un monticule de détrit, vivent le mari, 54 ans, et leurs deux autres enfants âgés de 6 et 10 ans. « Seul l'un d'eux était scolarisé », souligne cette même source. Les parents, sans revenus déclarés, sont placés en garde à vue puis présentés à un magistrat du parquet qui les convoquent devant le tribunal le 4 mars. Le père, Borjove, de nationalité française, est connu de la justice pour de petits larcins. Devant les juges, l'homme s'emporte, évoquant un complot ourdi par des proches.

Sa compagne, elle, « considère l'hygiène de ses enfants comme normal et assure qu'ils prennent une douche tous les jours », note un témoin présent. Les deux parents ont été condamnés à huit mois de prison ferme pour le père, avec sursis pour la mère, et doivent verser 500 € de préjudice à chacun de leurs enfants placés depuis les faits dans un foyer de l'aide sociale à l'enfance de Seine-Saint-Denis.

> Restez informés ! Inscrivez-vous gratuitement aux newsletters et alertes du Parisien (<http://connect.leparisien.fr/newsletters>)

Erétudes et Résultats

N° 898 • décembre 2014

Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue

Les inégalités de santé sont marquées en France selon le groupe social. En 2006, dans la population de 30 à 49 ans, travaillant en 2006 et 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient respectivement 90 % et 87 % à se considérer en bonne ou en très bonne santé, contre 81 % des employés et 79 % des ouvriers.

Partant d'un haut niveau de santé perçue, les cadres sont moins susceptibles de voir leur santé s'améliorer entre 2006 et 2010. De fait, 6 % d'entre eux déclarent une telle amélioration durant cette période, contre 8 % des ouvriers. Cependant, l'évolution de la santé des cadres est globalement plus favorable que celle des ouvriers, puisqu'ils sont moins nombreux à déclarer une détérioration de leur santé entre 2006 et 2010 (8 % contre 15 %).

À état de santé général et caractéristiques individuelles comparables en 2006, les cadres et les professions intermédiaires ont moins de chances que les ouvriers de connaître une dégradation de leur santé perçue quatre ans plus tard.

Thomas BARNAY (DREES, université de Rouen, Erudite, Tepp), **Nicolas DE RICCARDIS**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère des Finances et des Comptes publics

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Les inégalités sociales de santé sont marquées en France. Dans la population masculine, les écarts de risque de décès prématuré selon la profession y sont parmi les plus prononcés d'Europe (Mackenbach *et al.*, 2008).

L'espérance de vie en bonne santé perçue¹ à 50 ans des hommes cadres atteint 23 ans, 14 ans pour les ouvriers et seulement 6 ans pour les inactifs. Ces disparités sont moins élevées chez les femmes. Les femmes cadres peuvent, en effet, espérer vivre 24 ans en moyenne au-delà de 50 ans, contre 15 ans pour les ouvrières et un peu plus de 15 ans pour les inactives (Cambois *et al.*, 2008). Par ailleurs, les écarts d'espérance de vie entre catégories sociales sont stables depuis vingt-cinq ans (Blanpain et Chardon, 2011).

Les deux vagues 2006 et 2010 de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) sont mobilisées pour suivre l'évolution de l'état de santé durant la période selon le groupe social et le genre en France (encadré 1). Les liens de causalité entre santé, statut d'occupation et conditions de travail sont avérés, mais les mécanismes sous-jacents sont complexes à mesurer, les causalités n'étant pas univoques.

En effet, les personnes qui travaillent se caractérisent par une meilleure santé, un problème de santé pouvant être à l'origine de difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi. *A contrario*, le rôle de l'emploi sur la santé est plus ambigu. Si l'absence d'emploi (chômage et inactivité) apparaît, dans la plupart des cas, nocive pour la santé, mentale en particulier, la qualité du travail détermine l'effet de l'emploi sur la santé. De manière générale, des conditions de travail pénibles ou un travail subi sont de nature à dégrader la santé des personnes en emploi. Toutefois, les travailleurs en meilleure santé ou les plus résistants peuvent endurer plus longtemps des conditions de travail pénibles, selon « l'effet du travailleur sain »².

Ces relations entre la santé et le travail s'expliquent par un certain nombre de facteurs, en partie liés à la catégorie sociale, tels que les

conditions de vie (de logement, d'environnement) et les comportements de santé (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, comportements à risque...).

Une santé perçue plus dégradée chez les ouvriers

La mesure de l'état de santé, en général, est complexe, car multidimensionnelle. Les mesures de la santé s'appuient, ici, sur une enquête dite « minimodule santé européen » qui aborde l'état de santé déclaré à travers une approche subjective, médicale et fonctionnelle (encadré 2). Ces trois mesures appréhendent, pour chacune des deux vagues de 2006 et 2010, diverses facettes de l'état de santé déclaré par les enquêtés. Il s'agit de l'état de santé perçue, de la prévalence de maladies chroniques et des limitations d'activité survenues au cours des six derniers mois.

En 2006, les personnes qui occupent des postes d'employés ou d'ouvriers ont des indicateurs de santé plus dégradés que les autres groupes sociaux (tableau 1). Cependant, seule la santé perçue présente des différences statistiquement significatives entre groupes sociaux, par rapport au groupe de référence que constituent les ouvriers. Dans cette population d'âge actif, la distribution de l'état de santé perçue demeure très concentrée sur les modalités « bonne » et « très bonne » (83 % de l'ensemble de la population). Les différences sociales sont cependant marquées : environ un ouvrier sur cinq déclare un état de santé perçue moyen, mauvais ou très mauvais contre un cadre sur dix.

La mesure de l'état de santé n'entraîne pas de différence significative lorsqu'il est appréhendé par le biais des maladies chroniques et des limitations d'activité. Cela peut, en partie, être dû au fait que cette étude porte sur les personnes en emploi, ce qui

ENCADRÉ 1

L'enquête Santé et itinéraire professionnel

Apports et limites

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) conjointement réalisée par la DREES et la DARES aborde de façon combinée les questions de conditions de travail, d'emploi et de santé. Elle comporte une approche rétrospective biographique dans la première vague de 2006 et un volet longitudinal prospectif reposant sur une double interrogation à quatre ans d'intervalle (en 2006 et en 2010). Ainsi, 11 016 individus de 24 à 78 ans en 2010 et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine ont répondu aux deux vagues de l'enquête, quelle que soit leur situation face à l'emploi (étude, emploi, inactif, retraité...). La première vague identifie les événements marquants dans l'enfance et dans la vie d'adulte (naissances, hébergements précaires...), l'ensemble des étapes de l'itinéraire professionnel depuis la fin des études initiales et les événements de santé. De plus, chacune de ces deux vagues décrit de façon détaillée la situation, au moment de l'enquête, des personnes interrogées au regard de la santé et du travail ou de l'emploi.

Deux limites sont inhérentes à ce type d'enquête. D'une part, seules les personnes vivant en ménage ordinaire ont été interrogées. Sont donc exclues du champ celles dont les conditions de travail ou les expositions professionnelles ont pu contribuer à entraîner des décès ou des hébergements en institution, conduisant à une légère sous-estimation des effets négatifs du travail sur la santé. D'autre part, le caractère principalement rétrospectif et déclaratif des informations recueillies présente des limites bien connues de la statistique et des sciences humaines : les effets de mémoire, de reconstruction ou de rationalisation (relativisation, légitimation, etc.) *a posteriori* des événements vécus.

Champ de l'enquête

L'échantillon de l'étude est composé des personnes répondant aux deux vagues de l'enquête, de 30 à 49 ans en 2006, qui travaillent en 2006 et en 2010. Sont exclues les personnes qui déclarent devenir retraitées entre 2006 et 2010 (93 individus), de même que, bien entendu, les personnes décédées entre les deux vagues de l'enquête (204 personnes parmi tous les enquêtés de 24 ans ou plus), et celles qui ne sont plus en emploi en 2010. On dispose ainsi de près de 3 600 répondants, représentant 13,6 millions de personnes.

1. L'espérance de vie en bonne santé perçue à 50 ans représente le nombre moyen d'années en bonne ou en très bonne santé perçue que peuvent espérer vivre les personnes de 50 ans. L'indicateur de santé perçue se réfère à une auto-évaluation de l'individu de sa santé sur une échelle de gravité à cinq niveaux (cf. encadré 2).

2. L'expression « healthy worker effect », revient fréquemment dans la littérature épidémiologique (Bourget-Devouassoux *et al.*, 1991).

ENCADRÉ 2

Le minimodule santé européen

Le minimodule santé européen est destiné à donner une mesure de la santé homogène dans les pays européens en posant une série de trois questions appréhendant la santé perçue, l'existence de maladies chroniques et les limitations d'activité. Il s'appuie sur le modèle de Blaxter (1989) qui identifie trois approches sémantiques de la santé :

- le modèle subjectif s'appuie sur la perception globale de l'individu : « Comment est votre état de santé général ? Très bon/Bon/Moyen/Mauvais/Très mauvais » ;
- le modèle médical repose sur la déclaration de maladies : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ? Oui/Non » ;
- le modèle fonctionnel repère les difficultés à réaliser des activités courantes : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? Oui/Non ».

TABLEAU 1

État de santé selon le groupe social en 2006

En %

		Agriculteurs/ artisans	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Santé perçue	très bonne	35	37*	35	31	30
	bonne	54	53	52	50	49
	moyenne	10***	9***	12***	16	20
	mauvaise et très mauvaise	1	1	1	3*	1
Maladies chroniques		20	21	23	25	25
Limitations d'activité		7	6	9	8	9

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs avec le groupe social des ouvriers au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). Les données en italique représentent de faibles effectifs (moins de 30 individus). En raison des effectifs, ces statistiques ne sont pas reproduites selon le genre.

Lecture • 35 % des agriculteurs ou artisans déclarent une très bonne santé perçue en 2006.

Champ • Personnes de 30 à 49 ans en 2006, en emploi en 2006 et en 2010.

Sources • Enquêtes SIP 2006 et 2010, calculs DREES.

TABLEAU 2

État de santé en 2006 selon la trajectoire de santé perçue entre 2006 et 2010

En %

		Ascendante (7%)	Descendante (13%)	Stable (80 %)	Ensemble
Santé perçue	très bonne	-	23***	38***	33
	bonne	-	69***	53	51
	moyenne	84***	8***	9***	14
	mauvaise et très mauvaise	16***	-	0***	2
Maladies chroniques		53***	27	20**	23
Limitations d'activité		47***	9	6**	8
Gênes	sensorielles	21***	11*	11	12
	motrices	13**	10	6	7
Douleurs		73***	66***	52*	56
Troubles	du sommeil	63***	51**	41*	44
	digestifs	42***	25	19*	22
Épisodes dépressifs caractérisés ou troubles anxieux généralisés		22***	9*	6*	7

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs avec la population globale au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). Les données en italique représentent de faibles effectifs (moins de 30 individus).

Lecture • Parmi les personnes dont la santé perçue s'est améliorée, 84 % avaient déclaré une santé perçue moyenne en 2006.

Champ • Personnes de 30 à 49 ans en 2006, en emploi en 2006 et en 2010.

Sources • Enquêtes SIP 2006 et 2010, calculs DREES.

exclut du champ une partie des personnes les plus malades ou limitées dans leurs activités. Les trajectoires de santé entre 2006 et 2010 sont, par conséquent, définies exclusivement à partir de la santé perçue.

Moins de trajectoires de santé descendantes parmi les cadres

La situation sur le marché du travail en 2006 est déterminante pour comprendre la trajectoire de santé entre 2006 et 2010. Pour pallier, dans cette approche très descriptive, les difficultés de sélection sur le marché du travail liées à l'état de santé passé des individus et s'assurer que les effectifs sont suffisants, l'examen porte sur la population en emploi en 2006 et en 2010³.

La santé perçue peut prendre trois modalités de réponse (« bon et très bon », « moyen » et « mauvais et très mauvais »). Par exemple, il est ainsi supposé qu'une personne dont l'état de santé perçue passe de « très bon » en 2006 à « bon » en 2010, et *vice versa*, se maintient dans le même état de santé aux deux dates. Entre 2006 et 2010, l'évolution de la santé perçue peut suivre trois trajectoires : une amélioration (trajectoire ascendante), une dégradation (trajectoire descendante) ou une stabilisation (trajectoire stable). Ces trajectoires concernent respectivement 7 %, 13 % et 80 % de la population⁴ (tableau 2). Par conséquent, une grande majorité de la population ne rencontre pas d'évolution de son état de santé perçue. Cette population est caractérisée par une surreprésentation de personnes s'estimant en très bonne santé (38 % des individus), alors qu'elles sont 33 % dans la population totale. L'amélioration de la santé perçue concerne, assez logiquement, une population initialement en moins bonne santé, et ce, quel que soit l'indicateur de santé retenu. Alors que 2 % de la population générale se déclarait en mauvaise ou en très mauvaise santé, 16 % des personnes caractérisées par une trajectoire ascendante reportaient un tel état de santé en 2006.

Cette population déclarait aussi davantage de maladies chroniques (53 % contre 23 %), de limitations d'activité (47 % contre 8 %), de gênes sensorielles (21 % contre 12 %), de gênes

3. Les biais de sélection sur le marché du travail, en faveur des personnes en meilleure santé, ont été mentionnés précédemment. Les personnes en emploi en 2006, qui ne le sont plus en 2010 à cause d'une santé trop dégradée, sont exclues de l'analyse. Par conséquent, on ne peut pas évaluer l'impact de la santé sur la sortie de l'emploi.

4. Si l'on garde les cinq modalités de réponses à la question de santé perçue, les proportions de trajectoires sont respectivement de 15 %, 28 % et 57 %.

motrices (13 % contre 7 %), de douleurs (73 % contre 56 %), de troubles du sommeil (63 % contre 44 %) ou digestifs (42 % contre 22 %), enfin d'épisodes dépressifs caractérisés ou de troubles anxieux généralisés (22 % contre 7 %). De même, les personnes qui déclarent que leur état de santé se dégrade s'estimaient plus souvent en bonne ou très bonne santé en 2006 (92 % contre 84 % de l'ensemble de la population). D'autres indicateurs de santé confirment ces résultats avec une population déclarant davantage de douleurs (66 % contre 56 %), de troubles du sommeil (51 % contre 44 %) et de problèmes de santé mentale (9 % contre 7 %).

Des facteurs atténuant la dégradation de la santé perçue

Le type de trajectoires selon les catégories sociales est bien différencié. Une forte inertie est constatée, en particulier, lorsque les personnes sont initialement en bonne ou en très bonne santé (ce qui est le cas de 90 % des cadres).

Les cadres sont 87 % à déclarer quatre ans plus tard le même état de santé qu'en 2006 (graphique 1). Les classes sociales les plus sujettes à un changement, favorable ou défavorable, de leur état de santé initial sont les agriculteurs/artisans, les employés et les ouvriers. 8 % des cadres et 10 % des professions intermédiaires sont sujets à une trajectoire descendante, contre 15 % des employés et des ouvriers. Les différences de trajectoires ascendantes, selon le groupe social, sont moins significatives.

Ces résultats sont à nuancer. Tout d'abord, comme déjà évoqué, l'état de santé perçue initial détermine la trajectoire de santé ultérieure. Par ailleurs, ces chiffres ne rendent pas compte des différences de composition entre groupes sociaux (âge, genre, statut public *versus* statut privé, type de contrat...) qui peuvent atténuer les différences brutes constatées. La proportion de femmes est, par exemple, systématiquement plus élevée dans les autres catégories sociales que celle des ouvriers (tableau 3).

Les cadres sont plus souvent en contrat à durée indéterminée que les

GRAPHIQUE 1

Les trajectoires de santé perçue de la population en emploi en 2006 et en 2010 par groupe social



Lecture • 81 % des agriculteurs ou artisans ont une trajectoire de santé stable entre 2006 et 2010.

Champ • Personnes de 30 à 49 ans en 2006, en emploi en 2006 et en 2010.

Sources • Enquêtes SIP 2006 et 2010, calculs DREES.

TABLEAU 3

Caractéristiques socio-économiques selon le groupe social en 2006

	Agriculteurs/artisans	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Femmes (en %)	30**	36***	44***	74***	19
Âge moyen (en années)	41**	40	40	40	40
Événements dans l'enfance (en %)	38***	42**	45*	49	51
CDI (en %)	74	94***	90	85	86
Temps partiel (en %)	-	9	12***	29***	6
Fonction publique (en %)	-	29***	28***	35***	10

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs avec le groupe social des ouvriers au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*).

Lecture • 30 % des agriculteurs ou artisans sont des femmes en 2006.

Champ • Personnes de 30 à 49 ans en 2006, en emploi en 2006 et en 2010.

Sources • Enquêtes SIP 2006 et 2010, calculs DREES.

ouvriers (94 % contre 86 %). Les ouvriers sont sous-représentés dans la fonction publique (10 % contre 28 % des professions intermédiaires, 29 % des cadres et 35 % des employés). Enfin, les agriculteurs/artisans, les cadres et les professions intermédiaires sont moins nombreux que les ouvriers⁵ (respectivement 38 %, 42 % et 45 % contre 51 %) à avoir connu au moins un événement marquant dans l'enfance.

L'appartenance à un groupe social en 2006 détermine la trajectoire descendante de santé perçue

L'appartenance à un groupe social en 2006 conditionne-t-elle alors la trajectoire de santé au cours des

quatre années suivantes, à état de santé et caractéristiques individuelles comparables ?

Une modélisation économétrique⁶ est ainsi menée afin de comprendre le rôle du groupe social sur la trajectoire de santé perçue après contrôle de l'état de santé (santé perçue, maladies chroniques et limitations d'activité) et des caractéristiques individuelles et professionnelles en 2006 (genre, âge, type de contrat [CDI/CDD], temps partiel/temps plein, secteur public/privé) [tableau 4].

Confirmant les statistiques descriptives, la santé initiale (en 2006) joue un rôle prépondérant sur la trajectoire. Par construction, plus la santé perçue est élevée en 2006, plus le risque de dégradation est fort. À ca-

5. Les événements qui ont marqué la vie de l'enquêté depuis l'enfance jusqu'à ses 18 ans sont repérés à l'aide de 12 items (un handicap, une longue maladie, le décès d'un proche, des conflits ou subi des violences répétées...).

6. Il s'agit d'une régression logistique de type logit binomial. Il n'est pas nécessaire de conduire une analyse en deux étapes pour estimer, par exemple, une équation de participation (être éligible à une trajectoire descendante) puis une équation d'intérêt (estimer la trajectoire descendante), dans la mesure où 98 % de l'échantillon a reporté un état de santé moyen, bon ou très bon en 2006.

ractéristiques comparables, un individu qui se déclarait en bonne santé en 2006 a plus de chances de connaître une dégradation de son état de santé quatre ans plus tard, qu'un individu initialement en santé moyenne (rapport de chances de 3,5). De même, à santé perçue donnée, la prévalence d'une maladie chronique ou la limitation d'activité accentue le risque de trajectoire de santé perçue descendante (rapports de chances respectifs de 1,35 et 1,7).

Il apparaît que le genre ne joue pas de rôle significatif sur la dégradation de la santé perçue. En revanche, l'avancée en âge s'accompagne d'un risque accru de dégradation de la santé. Ainsi, être âgé de 45 à 49 ans augmente le risque de connaître une trajectoire descendante par rapport à une personne de 30 à 34 ans (rapport de chances de 1,45).

Aucune des caractéristiques d'emploi ne joue de rôle significatif sur le risque de dégradation de la santé perçue.

Être cadre ou profession intermédiaire en 2006 protège significativement les individus contre le risque de trajectoire de santé descendante par rapport à un ouvrier, toutes choses égales par ailleurs (rapports de chances respectifs de 0,34 et de 0,56)⁷.

Même en tenant compte de l'état de santé en 2006 et à caractéristiques individuelles comparables, le groupe social influe sur la trajectoire descendante de santé perçue dans une population pourtant *a priori* homogène et « protégée » (en emploi en 2006 et en 2010 et âgée de 30 à 49 ans en 2006)⁸.

Deux hypothèses peuvent, entre autres, être avancées pour expliquer ces écarts résiduels entre groupes sociaux. Tout d'abord, les individus selon leur groupe social ne sont pas confrontés aux mêmes conditions de travail (les conditions de travail

■ TABLEAU 4

Les déterminants de la trajectoire de santé perçue descendante entre 2006 et 2010 (odds ratios)

Variables explicatives en 2006	
Professions et catégories socioprofessionnelles	
Ouvriers	Réf.
Agriculteurs/artisans	-
Cadres	0,34***
Professions intermédiaires	0,56***
Employés	0,9
État de santé	
Santé perçue (très bonne)	1,9***
Santé perçue (bonne)	3,5***
Santé perçue (moyenne)	Réf.
Maladie chronique (réf. pas de maladie)	1,35*
Limitations d'activités (réf. pas de limitations)	1,7*
Autres caractéristiques individuelles	
Âge	
30-34 ans	Réf.
35-39 ans	0,93
40-44 ans	1,09
45-49 ans	1,45*
Nombre d'observations	3 026
Nombre d'individus dont la trajectoire est descendante	380

Note • Si l'odds ratio est significativement supérieur ou inférieur à 1, alors l'impact est positif ou négatif, toutes choses égales par ailleurs. Les astérisques indiquent que les odds ratio sont significatifs au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*).

La procédure de sélection des variables (stepwise) a été utilisée afin de s'assurer de la pertinence de la spécification. Le genre, le statut (CDI/CDD), le temps de travail (temps partiel/temps plein) et le secteur public/privé qui ont été intégrés dans le modèle, ne ressortent pas à la suite de cette procédure ; ils n'ont donc pas été reportés dans le tableau de résultats.

Les effectifs des agriculteurs et artisans étant trop faibles, l'odds ratio n'a pas été reporté.

Lecture • Déclarer une maladie chronique en 2006 (par rapport à ne pas en déclarer) accentue de 35 % la probabilité de connaître une trajectoire descendante de santé perçue au cours des quatre années suivantes par rapport au fait de connaître une trajectoire stable ou ascendante.

Champ • Personnes de 30 à 49 ans en 2006, en emploi en 2006 et en 2010.

Sources • Enquête SIP 2006 et 2010, calculs DREES.

indépendantes du statut de travail en 2006 ne sont pas contrôlées). Parmi les personnes de 50 à 59 ans ayant au moins dix années d'activité professionnelle, 3 % des cadres et 28 % des ouvriers ont été exposés pendant au moins quinze ans à au moins deux conditions de travail pénibles⁹ (Bahu *et al.*, 2011).

En outre, une récession économique majeure caractérise la période d'analyse. L'impact de la crise économique sur les inégalités sociales de santé n'est cependant pas trivial. Parmi les personnes qui travaillent, l'intensification des conditions de

travail peut contribuer à accroître les inégalités sociales de santé. Entre 2005 et 2013, selon l'enquête Conditions de travail, la proportion de personnes exposées à au moins trois contraintes physiques a augmenté chez les cadres (de 6,5 % à 7,9 %) et chez les professions intermédiaires (de 22,7 % à 25,0 %). Cependant, cet accroissement est plus marqué chez les ouvriers non-qualifiés (de 61,4 % à 64,6 %) et les ouvriers qualifiés (de 57,2 % à 63,2 %), qui partaient pourtant d'un niveau d'expositions beaucoup plus élevé (Algava, 2014). ■

7. Ce résultat résiste à une modification de la définition de la trajectoire descendante tenant compte des cinq niveaux de modalité de réponses.

8. Seules les années 2006 et 2010 sont observées. N'ont pas été pris en compte les flux d'entrées et de sorties sur le marché du travail intervenus entre ces deux dates et les personnes restées en emploi, mais qui ont changé de groupe social.

9. Au moins deux pénibilités parmi le travail de nuit, le travail répétitif, le travail physiquement exigeant ou l'exposition à des produits nocifs.

entretien avec **Ernestine Ronai**

« Les professionnels de santé sont tous concernés par le repérage des violences »

Coordinatrice nationale “violences faites aux femmes” de la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof), Ernestine Ronai est également coprésidente de la Commission “violences de genre” au sein du Haut Conseil à l’égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh). Elle nous fait partager son regard expérimenté sur la question des violences envers les femmes et de leur prise en charge.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - Miprof ; professionnel de santé ; violences faites aux femmes

“Health professionals all have a role to play in identifying violence.” The national coordinator of the “Violence against women” programme of the Interministerial mission for the protection of female victims of violence and the fight against human trafficking (Miprof), Ernestine Ronai is also the co-president of the “gender-based violence” commission at the French High Council for Equality between Women and Men (HCEfh). In this interview, she shares with us her expert insight with regard to the issue of violence against women and the help available to them.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - healthcare professional; Miprof; violence against women

La revue de l’infirmière. Que peut-on dire des chiffres officiels sur les violences envers les femmes ?

Ernestine Ronai. Selon les données de la Délégation aux victimes [1] du ministère de l’Intérieur, en 2013, 121 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint (versus 146 en 2012). Si ces chiffres révèlent une orientation à la baisse, c’est toujours trop et cela n’enlève rien à l’ampleur des violences et à la dangerosité des hommes violents. Comme en témoignent les données de l’Agence des droits fondamentaux de l’Union Européenne (UE) [2], une femme sur trois dans l’UE est victime de violences au moins une fois dans sa vie. De même, en France, au regard des enquêtes réalisées sur les violences sexuelles, une femme sur cinq en a été victime au cours de sa vie. L’ampleur du phénomène est particulièrement importante !

La baisse des faits constatés en 2013 prouve cependant que les violences envers les femmes ne constituent pas une fatalité et qu’elles peuvent diminuer, même si la marge de progrès demeure importante. Cela indique également que les campagnes de sensibilisation et les actions entreprises concourent à une meilleure prise en compte du problème au niveau de la justice et des forces de l’ordre. Et que tout ceci peut contribuer à réduire les situations les

plus terribles, allant jusqu’au décès de la femme, et les violences d’une manière générale.

J’ajouterais qu’en France, en 2013, 33 enfants ont été tués dans un contexte de violence conjugale et que 58 étaient présents au domicile, voire directement sur la scène de crime, et ont donc vu « papa tuer maman ». Ainsi, la présence des enfants ne retient pas les hommes violents dans leur dangerosité !

LRI. Comment et où commencent les violences envers les femmes ?

ER. Les violences commencent dans des rapports inégalitaires avec une prise de pouvoir et de contrôle de l’homme sur la femme. Cette idée de rapport inégalitaire est importante car la violence est unilatérale. C’est ce qui la différencie du conflit au cours duquel la négociation évolue à la recherche d’un compromis. Dans la violence, c’est toujours le même qui est dominant, décide de tout, contrôle tout. La prise de pouvoir est totale. Une tension existe même en l’absence de coups.

La violence psychologique marque toujours le point de départ. Elle s’exerce à propos des choses de la vie courante, notamment des tâches ménagères ou des soins envers les enfants. L’objectif est de dévaloriser la femme, de casser sa faculté de résistance. Souvent,

Yasmina Ouharzoune*

Rédactrice en chef

Sylvie Warnet

Rédactrice en chef adjointe

c/o La revue de l’infirmière
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

ces comportements se prolongent par des insultes sexistes. L'homme violent n'en restera pas là.

LRI. Que dire des autres étapes du mécanisme de la violence ?

ER. Après le versant psychologique, très vite la violence s'immisce dans les rapports sexuels. Ils sont imposés. Le rapport sexuel devient contraint : il s'agit donc d'un viol. La finalité est d'humilier l'autre en le réduisant à un corps, comme un objet. Puis viennent les coups, la première gifle. La femme se dit alors : « *Il a osé !* ». Elle est triste et en colère.

C'est le moment où l'on voit arriver les femmes dans les structures d'accueil ou d'écoute. Elles décrivent très bien les étapes : violences psychologiques, puis sexuelles, face auxquelles elles se croient souvent dans le devoir car elles ignorent que le Code pénal a évolué et considère un rapport sexuel contraint, même entre conjoints, comme un viol. Puis viennent les violences physiques, bien prises en compte par les forces de l'ordre et les magistrats. Si cette violence physique semble plus simple à dénoncer et à prouver que le reste, tout ce qui s'est déroulé auparavant a littéralement cassé la femme.

À ce moment, l'homme est souvent sur le registre du : « *Ma chérie, je ne recommencerai plus* » mais tout de même... « *Ton repas était dégueulasse et tu m'as énervé* ». La femme prend alors à son compte la culpabilité et se croit fautive, ce qui rend les choses compliquées.

Après la première gifle, la situation peut s'apaiser durant quinze jours, six mois, un an... Mais ce qui est certain, c'est que, sauf séparation, les violences ne s'arrêtent pas. Au contraire, elles montent en intensité et deviennent de plus en plus dangereuses, pouvant même mener à la mort. D'où l'importance de décrire les mécanismes de la violence, pour que les femmes les repèrent, en prennent conscience et cherchent de l'aide. Cela démontre également l'intérêt de former les professionnels afin qu'ils aident la femme à mettre des mots sur ce qu'elle vit et à comprendre ce qui se passe.

LRI. Qu'est-ce qui caractérise le mécanisme d'emprise ?

ER. L'homme violent n'est pas désagréable en permanence, sinon la femme partirait. Il sait être sympathique et accorder des périodes de rémission qui font reprendre confiance. Il sait dire « *je t'aime comme personne ne t'aimera* » et rappeler, juste après, que malgré tout, « *ici, la cuisine est vraiment dégueulasse* ». Dans la même phrase, il y a des mots sympathiques et des mots qui dévalorisent. C'est ce qui nourrit l'emprise, le caractère imprévisible de ce qui va se produire, de l'état d'esprit dans lequel sera l'homme à l'égard de la femme, des violences qui

pourraient bien arriver. Tout peut se produire, à tout moment, ce qui crée du stress et génère une tension permanente en présence de l'homme.

Le docteur Muriel Salmona, psychiatre spécialisée en psychotraumatologie et victimologie [3], dit que la femme victime de violences a l'esprit colonisé. L'homme lui remplit la tête 24 heures/24, 7 jours/7.

LRI. Les femmes en situation de vulnérabilité sont-elles plus exposées ?

ER. Il faut bien comprendre que les violences envers les femmes se rencontrent dans toutes les couches de la société, sans distinction de lieu, milieu, profession, etc. Toutes les femmes peuvent être exposées et tomber sous l'emprise d'un homme violent. C'est la triste histoire du prince charmant épousé qui se transforme en vilain crapaud.

Cependant, oui, les femmes en situation de vulnérabilité sont plus exposées à ce type de violences. Par exemple les femmes enceintes, puisque dans 40 % des cas les violences commencent au moment de la grossesse. Les femmes en situation de précarité sont également davantage victimes, une fois et demie de plus d'après l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), réalisée en 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans [4].

Nous n'avons pas de données concernant les personnes âgées pour le moment. Quant aux femmes migrantes, nous savons que leurs situations de vie sont plus à risques, ce qui renforce le fait d'être exposées à des violences. Toutefois, nous ne disposons pas, là encore, de données spécifiques, pas plus que pour les femmes handicapées.

LRI. Comment, au niveau sociétal, peut-on lutter contre ces formes de violences et les prévenir ?

ER. Il faut d'abord faire connaître l'ampleur des violences en les rendant visibles. Et c'est tout le sens de l'harmonisation des statistiques et du travail de recueil de données que nous réalisons à la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) depuis sa création en janvier 2013 [5].

Ensuite, il est essentiel de promouvoir le fait que les femmes victimes de violences peuvent trouver de l'aide. Nous devons parler des bonnes pratiques des professionnels et montrer tout ce qu'il est possible de faire afin d'aider une femme à en sortir, ce qui implique de mieux connaître les lois, les dispositifs existants, les lieux où des professionnels peuvent accueillir les femmes : commissariats et gendarmeries avec intervenants sociaux, services sociaux de proximité, associations, etc.).

J'ajouterais qu'il faut donner confiance aux femmes, qu'elles sachent que les personnes qui vont les accueillir sont spécifiquement formées pour gérer ces situations. La loi dite "Égalité femmes-hommes" [6], qui a été votée en août dernier, comporte un volet formation (initiale et continue) pour tous les professionnels en lien avec les femmes victimes de violences. La Miprof travaille à l'élaboration de son cahier des charges.

LRI. Quels sont les professionnels de santé de premier recours susceptibles d'aider ces femmes ?

ER. Les professionnels de santé vers lesquels les femmes victimes se tournent le plus volontiers sont les médecins [7], les généralistes ou les psychiatres et psychologues en cas de violences sexuelles. Ce que l'on sait également, c'est que les dépenses de santé représentent 1/5^e du coût des violences envers les femmes [8], ce qui signifie qu'elles consultent leur médecin et qu'il y a des conséquences graves sur leur santé. C'est pour ces raisons que les professionnels de santé sont si importants dans le repérage et la prise en charge de ces violences. Ils sont tous concernés, tout métier confondu. Ils doivent prendre l'habitude de poser systématiquement la question des violences lors d'un entretien ou d'une consultation. Ils doivent aussi acquérir la compétence pour savoir quoi répondre et surtout quoi faire face à une femme qui se déclare victime de violences.

LRI. Quelles sont les initiatives de la Miprof pour améliorer la formation des professionnels de santé ?

ER. Un film intitulé *Anna* a été réalisé pour sensibiliser les professionnels de santé, sans distinction, à la question des violences envers les femmes. Il fournit des informations du point de vue du repérage et propose des réponses à apporter aux femmes. Ce court-métrage de formation, développé en groupe de travail par la Miprof et lancé en janvier 2014, est accessible depuis le site du stop-violences-femmes.gov.fr [9]. Des liens de téléchargement sont disponibles auprès de la Miprof¹. Le film est complété par un livret d'accompagnement qui aborde les mécanismes de la violence, les différences entre violences et conflits, les conséquences sur la santé des femmes, mais aussi pour les enfants exposés aux violences du couple, la notion de psychotraumatisme, les stratégies de l'agresseur et, en face, celles que le professionnel de santé peut adopter, avec en particulier, les conseils de sécurité à donner à une femme victime.

Un groupe de travail a été initié avec l'Ordre, le Collège et les organisations professionnelles représentatives des sages-femmes, les associations et les

étudiants. Un complément spécifique au film *Anna* va être réalisé pour sensibiliser ces professionnelles à cette problématique, et une approche des violences faites aux femmes vient d'être inscrite dans le programme de formation initiale. Pour les infirmières, ce n'est pas encore le cas, ni pour les pharmaciens. Une affiche d'information pour les officines et une collaboration avec l'Ordre des pharmaciens sont en cours d'élaboration [10]. L'objectif serait de créer un module de formation spécifique pour permettre aux pharmaciens, et autres professionnels de santé, d'être sensibilisés à cette problématique car ils rencontrent de nombreuses femmes victimes de violences mais ne les repèrent pas suffisamment puisqu'à ce jour, ils ne sont pas formés.

LRI. Comment peut-on améliorer le repérage des femmes victimes ?

ER. La question du repérage est très importante. Le plus simple pour savoir, c'est de poser la question : « Êtes-vous ou avez-vous été victime de violences dans votre couple, au travail, dans l'enfance ? » Cette question offre à la femme la possibilité de mettre des mots sur ce qui se passe et de commencer à reprendre sa vie en main. Elle n'est pas obligée d'y répondre de suite mais l'occasion de le faire lui est offerte. Parfois, la femme revient sur la question un peu plus tard dans l'entretien, ou lors d'une consultation suivante. De plus, en posant cette question, le professionnel montre qu'il sait que ça existe et qu'il est capable d'entendre. En ajoutant que beaucoup de femmes sont concernées et que la question est donc posée systématiquement à toutes, il aide la femme à répondre car elle ne se sent pas stigmatisée.

LRI. De quelle manière les infirmières peuvent-elles s'associer au repérage et à la prévention des violences envers les femmes ?

ER. Les infirmières scolaires sont souvent assez bien formées et opérationnelles sur ce sujet. Une formation systématique sur les violences dans le couple parental pourrait renforcer leurs compétences envers les enfants, car ces derniers subissent ces violences : ils sont covictimes. Elles doivent également pouvoir repérer et entendre l'expression des violences dans les couples de jeunes. Par ailleurs, les infirmières à domicile sont des relais importants, pouvant repérer certaines situations. Et dans ce cas, soit elles "ferment les yeux", soit "elles



Ernestine Ronai, coordinatrice nationale "violences faites aux femmes" de la Miprof.

Note

¹ Adresser la demande à formation@miprof.gouv.fr

Références

- [1] www.police-nationale.interieur.gouv.fr/Organisation/Entites-rattachees-directement-au-DGPN/DAV
- [2] http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/fra/index_fr.htm
- [3] <http://blogs.mediapart.fr/blog/muriel-salmona>
- [4] www.uncece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf
- [5] Arrêté du 3 avril 2013 portant nomination au comité d'orientation de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027300059
- [6] Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl12-717.html
- [7] www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/openq-victimation.htm
- [8] Société Civile Psyte. Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe - IPV EU_Mortality. 2007.
- [9] www.stop-violences-femmes.gouv.fr
- [10] Ronai E, Garcia A. Accueil à l'officine des femmes victimes de violences : repérer, conseiller et orienter. Actualité pharmaceutiques 2014; 540: 50-1.
- [11] Observatoire des violences envers les femmes du Conseil général de la Seine-Saint-Denis. Protocole pour la mise en œuvre de l'ordonnance de protection contre les violences faites aux femmes. Mieux protéger : c'est possible. www.justice.gouv.fr/art_pix/protocole_OP_professionnel_2011.pdf
- [12] www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr/fileadmin/user_upload/05-Bonnes_pratiques/Fiches/14-TGD.pdf
- [13] 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. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

les ouvrent". Mais pour cela, elles ne doivent pas rester seules pour gérer ces situations lourdes et complexes. Elles ont alors besoin d'un partenariat avec le médecin traitant, l'assistante sociale, l'association de proximité, etc., afin de trouver de l'aide. En fait, l'idée est qu'en se rendant à domicile, la question des violences soit posée systématiquement lorsqu'une femme est rencontrée pour la première fois. Les infirmières à domicile ont vraiment un rôle important à tenir en termes de repérage, d'orientation et de participation au suivi.

LRI. Comment réagir face à une femme qui confie être victime de violences ?

ER. Protéger une femme victime de violences, c'est l'aider à reprendre sa vie en main, à redevenir autonome d'un point de vue psychologique, économique, physique, etc. C'est cela être protégée et ce n'est sûrement pas être victimisée, ni avoir quelqu'un qui décide à sa place comme le mari agresseur... Lorsqu'un professionnel de santé reçoit une femme victime et lui pose la question des violences, il lui permet de reprendre sa vie en main. Il fait le contraire de ce que fait l'agresseur. Le professionnel travaille à partir de ce que répond la femme à sa question. Si elle ne répond pas vraiment - comme dans le film *Anna* - et qu'il a l'impression qu'il y a "quelque chose", il doit continuer à poser des questions pour lui permettre de cheminer. Une fois que la femme a répondu « oui », l'essentiel tient dans ce que le professionnel dit. Il y a trois phrases toutes simples à prononcer : « *La loi interdit les violences* » ; « *Vous n'y êtes pour rien. L'agresseur est le seul responsable* » ; « *Vous pouvez être aidée* ». Ensuite, il s'agit de l'orienter vers les bons partenaires.

LRI. Quelles avancées constatez-vous dans la lutte contre les violences ?

ER. Déjà, la grande avancée est de penser que l'on peut protéger une femme avant qu'il n'y ait récurrence des faits de violence. Il faut cheminer ensemble dans cette idée-là.

Ensuite, je parlais de l'ordonnance de protection [11]. Elle est accordée par le juge aux affaires familiales avant la plainte, c'est-à-dire sans enquête préliminaire, mais sur la base des attestations délivrées par les professionnels, en particulier les professionnels de santé. Les médecins et les sages-femmes délivrent des certificats médicaux. Les autres professionnels de santé réalisent des attestations décrivant précisément

ce qu'ils ont constaté, ou rapportant les propos qu'ils ont recueillis. C'est ce qui aide le juge aux affaires familiales à se forger son intime conviction.

Parmi les autres avancées, je citerais le téléphone portable d'alerte pour les femmes en très grand danger [12]. Il a déjà sauvé des vies. Son attribution est décidée par le procureur de la République, sur proposition des associations chargées d'évaluer la gravité de la menace à laquelle la personne est exposée. Il faut également prendre en compte le fait que les violences dans le couple sont considérées comme des circonstances aggravantes. Ce n'est pas récent, mais c'est un fait important à rappeler. Cela va à l'encontre de certaines idées reçues laissant à penser que le mariage est une affaire privée donnant le droit de faire ce que l'on veut au sein du couple. Pas du tout. La société dit : « *Les violences dans le couple, c'est interdit et ça regarde la société* ».

C'est très important de l'affirmer, d'autant que dans le cadre d'une relation intime, la maison est en principe un lieu de sécurité. Parfois, c'est l'inverse qui se produit et il s'agit d'un lieu de grand danger. C'est donc une circonstance aggravante. J'ajoute encore que depuis 2006, cette disposition vaut pour tous les partenaires intimes actuels ou passés : conjoint, ex-conjoint, concubin, pacsé...

Enfin, il reste un point important à souligner concernant le fait que les violences au sein du couple ont une incidence sur les enfants. La loi de 2010 intègre l'idée que les enfants sont covictimes des violences entre conjoints [13]. C'est un progrès et nous avançons pas à pas.

LRI. Et pour conclure ?

ER. Je dirais que tout le travail des professionnels consiste à aider la femme victime de violences à sortir de l'emprise, à se séparer de cet homme violent, à reprendre sa vie en main. Pour cela, il faut l'aider à ouvrir les yeux, notamment par rapport aux enfants. Dans cette perspective, la question de la formation des professionnels est essentielle. Si les femmes victimes sont mieux accueillies, elles oseront plus facilement parler, briser le silence. J'ajoute que le fait d'oser en parler vaut aussi pour les professionnels, car la crainte de briser le silence est présente des deux côtés. ●

Propos recueillis par Yasmina Ouharzoune et Sylvie Warnet

Les violences dans le couple, c'est interdit et ça regarde la société

La sage-femme face aux situations de maltraitance, le cadre légal

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes participe, comme de nombreuses instances représentatives de la profession, aux travaux de la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof). Il est indispensable de former les sages-femmes afin de leur permettre de dépister ces situations particulières et d'y apporter une réponse adaptée.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés - législation ; Miprof ; Ordre des sages-femmes ; sage-femme ; violences faites aux femmes

The midwife faced with situations of abuse, the legal framework. The French National Council of the Order of Midwives, like numerous authorities representative of the profession, is involved in the work of the Interministerial mission for the protection of female victims of violence and the fight against human trafficking (Miprof). It is essential to train midwives to enable them to identify situations of abuse and provide the suitable response.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords - legislation; midwife; Miprof; Order of midwives; violence against women

Si chaque année, 201 000 femmes âgées de 18 à 59 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire intime, ces violences ont tendance à s'exacerber au moment de la grossesse. C'est pourquoi, l'Ordre des sages-femmes travaille actuellement avec la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) à l'élaboration d'outils de formation et d'un plan d'enseignement comprenant notamment des éléments liés au certificat médical ainsi qu'au cadre juridique dans lequel s'inscrit l'action du professionnel de santé.

La consultation, un moment clé

♦ **La consultation médicale constitue souvent le premier lieu de révélation et/ou de constatation** des situations de maltraitance. Au cours des consultations ou lors des soins qu'elle est amenée à prodiguer, la sage-femme peut être confrontée à des cas de violences.

Comment réagir face à ces situations ? De quels moyens dispose la sage-femme ? Et quelles en sont les limites ? La maltraitance – autrement dit les mauvais traitements, les sévices – s'entend comme toute violence physique, psychique ou sexuelle, toute négligence ayant des conséquences préjudiciables pour la femme et, pour le nouveau-né ou l'enfant, sur son développement physique et psychique futur.

L'article R. 4127-315 du Code de la santé publique [1] dispose qu'« une sage-femme qui se trouve en présence

d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés ».

L'article R. 4127-316 du Code de la santé publique énonce, quant à lui, que « lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives » [1].

Protéger les victimes, améliorer leur prise en charge, être le relais d'une meilleure information, collaborer avec les acteurs des milieux socio-éducatifs et judiciaires constituent autant de facettes du rôle primordial tenu par la sage-femme dans le circuit d'information et d'alerte des femmes ou enfants victimes de maltraitance.

♦ **En toute hypothèse, il revient à la sage-femme de conseiller à la patiente de se rendre auprès des services de police ou de gendarmerie**, ou encore des services de permanence près des tribunaux, de contacter les services d'orientation ou d'information tels que le 3919 (SOS violences femmes) ou le 119 (cellule enfance maltraitée), ou de l'orienter vers une association locale d'aide aux femmes et/ou enfants victimes ou encore vers un autre professionnel de santé (psychologue, médecin, service hospitalier des urgences...).

Marie Josée KELLER
Présidente du Conseil
national de l'Ordre
des sages-femmes

CNOSF, 168 rue de Grenelle,
75007 Paris, France

Adresse e-mail :
contact@ordre-sages-
femmes.fr (M. J. Keller).

Références

- [1] Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du Code de déontologie des sages-femmes. Journal officiel de la République française du 19/07/2012. www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200370
- [2] Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT00000421679&dateTexte=
- [3] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000823100
- [4] Article 434-3 modifié par l'ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000, art. 3. Journal officiel de la République française; 22 septembre 2000. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418604
- [5] Article 223-6 modifié par l'ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000, art. 3. Journal officiel de la République française; 22 septembre 2000. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779
- [6] Article 226-14 modifié par loi n° 2003-239 du 18 mars 2003, art. 85, modifié par loi n° 2007-297 du 5 mars 2007, art. 34. Journal officiel de la République française; 7 mars 2007. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946&dateTexte=&catégorieLien=cid



Il incombe aux professionnels de santé, dont la sage-femme, de porter assistance à tout patient en situation de péril, notamment en informant les autorités judiciaires ou administratives.

♦ **En parallèle, la sage-femme est habilitée à établir des certificats**, attestations ou documents de nature à retranscrire les constatations réalisées au cours de son exercice professionnel, conformément à l'article R. 4127-333 du Code de la santé publique [2].

Dans le cadre de procédures judiciaires, le certificat médical est une des pièces essentielles du dossier de la victime qui permettra d'éclairer le magistrat sur les suites à donner et notamment sur l'opportunité d'entamer des poursuites. Il constitue un mode de preuve qui engage la responsabilité du praticien.

En conséquence, la sage-femme doit se montrer particulièrement prudente dans la rédaction d'un tel document. Ainsi, elle ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu ou examiné la patiente et/ou l'enfant. Il s'agit de faire un "constat" objectif.

Il est recommandé de ne jamais se prononcer sur la réalité des faits, de n'impliquer aucun tiers et de ne se livrer à aucune interprétation des faits. Toutefois, la sage-femme a la possibilité de rapporter les dires de la patiente sur les faits. Dans ce cas, elle utilisera un mode déclaratif et des guillemets.

L'information préoccupante

♦ **S'agissant des enfants**, la notion d'information préoccupante a été introduite par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [3]. Elle porte sur l'existence d'un risque ou risque de danger pour un mineur :

- soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées comme étant en danger ou en risque de danger ;
- soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées comme étant gravement compromises ou en risque de l'être.

En d'autres termes, une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur.

♦ **Au cours de son activité professionnelle, une sage-femme peut être amenée à être interpellée par la situation d'un enfant** et, à ce titre, pourra relever des éléments de nature à caractériser un défaut de soins ou d'éducation et en faire part aux autorités compétentes.

En conséquence, la sage-femme est invitée à transmettre une information dite "préoccupante" à la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (Crip) relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être placée sous la responsabilité du président du conseil général. Elle doit alors informer les représentants légaux du mineur (parents, tuteur), sauf si cela est contraire aux intérêts de l'enfant.

♦ **La finalité de cette transmission** est d'évaluer la situation d'un enfant et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

La dénonciation de sévices graves

♦ **Tout praticien est tenu de dénoncer les sévices graves** (privation, violences physiques, atteintes sexuelles...) infligés à un mineur de 15 ans ou une personne de situation de vulnérabilité (âge, état physique, état de grossesse...) dont il a eu connaissance au cours de l'exercice de ses fonctions conformément à l'article 434-3 du Code pénal [4].

En outre, l'article 223-6 du Code pénal [5] énonce que « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

♦ **Ainsi, il incombe à tout professionnel de santé de porter assistance à tout patient en situation de péril** et notamment en informant les autorités judiciaires ou administratives.

Il est également intéressant de souligner, qu'en la matière, la jurisprudence s'avère constante. À titre

La levée du secret médical

♦ L'article 226-14 du Code pénal [6] prévoit que l'obligation générale et absolue du secret professionnel n'est pas applicable : « 1.° à toute personne qui informe les autorités judiciaires ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique [...] ».

♦ La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [3] a donné un cadre légal au partage d'informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être. Ainsi, l'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles [7] autorise les personnes soumises au secret professionnel à partager les informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

d'illustration, c'est par une décision en date du 23 octobre 2013 que la chambre criminelle de la Cour de cassation a qualifié de non-assistance à personne en danger sur le fondement de l'article 223-6 précité, le fait, pour un médecin, de s'être abstenu d'informer les autorités judiciaires des mauvais traitements infligés par des membres du personnel d'un hôpital envers des pensionnaires hors d'état de se protéger.

♦ En conséquence, lorsqu'une sage-femme constate qu'un enfant ou une femme est victime de sévices graves, elle est tenue, d'une part et dans les limites des moyens dont elle dispose, de lui porter assistance et, d'autre part, de signaler la situation aux autorités judiciaires ou administratives. Lorsque la victime est mineure ou en situation de vulnérabilité, son accord n'est pas indispensable. Dans le cas contraire, il sera nécessaire.

Le signalement

♦ Le signalement a pour unique destinataire les autorités judiciaires ou administratives et ne doit jamais être remis à un tiers même parent de la victime. Il doit être adressé au procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) du lieu de résidence habituel de la victime ou, à défaut, aux services de police ou de gendarmerie où une permanence des tribunaux est assurée 24 heures sur 24, et qui disposent des coordonnées des magistrats de permanence.

En pratique, il est recommandé d'effectuer un signalement sous forme d'un document écrit, daté et signé, et d'en conserver un double. En cas d'urgence, il peut être fait via un appel téléphonique ou par télécopie.

♦ Le signalement a pour objet de décrire objectivement les signes cliniques présentés par la femme ou l'enfant. Les paroles tenues par la patiente ou l'enfant pourront être citées entre guillemets.

Enfin, sans faire référence à un tiers et sans porter de jugement sur les faits, la sage-femme pourra faire état de sa conviction, à savoir qu'elle a le sentiment que la femme et/ou l'enfant est "très probablement victime" de sévices graves.

♦ La finalité du signalement est de permettre aux autorités judiciaires compétentes d'ouvrir une enquête pénale afin de poursuivre les auteurs d'actes graves. S'il est indéniable qu'un signalement constitue une mesure de protection tant de la femme que de l'enfant, il ne saurait être entrepris avec légèreté. Le professionnel doit prendre cette décision en âme et conscience, et avec prudence. Il est recommandé d'envisager toutes les solutions possibles avant d'entreprendre une telle démarche, laquelle pourra être de nature à renverser un équilibre familial déjà précaire.

Aussi, les services du procureur de la République du TGI du domicile de la professionnelle, mais également les services de police ou de gendarmerie de sa commune demeurent toujours à sa disposition afin de l'orienter dans une telle démarche. Il convient de ne pas hésiter à les contacter afin de partager des doutes sur une situation donnée. Il est également possible de solliciter l'avis d'autres professionnels de santé ou encore de son conseil départemental.

L'implication de la sage-femme

Orienter, transmettre, alerter ou encore signaler n'est pas de nature à mettre en cause la sage-femme tant sur le plan judiciaire que disciplinaire. Ainsi, dès lors qu'elle a agi dans l'intérêt exclusif de la femme et/ou de l'enfant, qu'elle n'a impliqué aucun tiers dans sa démarche et qu'elle n'a pas pris position face à la situation constatée, la professionnelle de santé ne saurait être inquiétée.

Enfin, il est à noter qu'au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, conformément à l'article L. 313-24 du Code de l'action sociale et des familles [8], « le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire ». ▶

Références

[7] Article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles, créé par loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, art. 15 JORF 6 mars 2007. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069

[8] Article L. 313-24 modifié par l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, art. 15. Journal officiel de la République française; 2 décembre 2005. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797786&dateTexte=&catégorieLien=cid

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences

Mathilde DELESPINE
Sage-femme clinicienne
et chargée du programme
de prévention des violences
faites aux femmes
au réseau périnatal Naitre
dans l'Est Francilien

CHI André Grégoire,
56 bd de la Boissière,
93100 Montreuil, France

Pour s'engager contre les violences faites aux femmes, la sage-femme doit avoir acquis une bonne compréhension des mécanismes en jeu. La problématique doit être abordée au cours de tout suivi obstétrical ou gynécologique afin de donner aux victimes l'opportunité d'en parler. Un positionnement juste est à trouver afin d'aider les patientes à renouer avec leurs capacités. La connaissance du réseau de partenaires est également indispensable, afin que ces femmes puissent être accompagnées de façon adaptée par des équipes pluridisciplinaires au sein desquelles les sages-femmes ont un rôle central.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - périnatalité ; prise en charge globale ; questionnement systématique ; réseau ; sage-femme ; violences faites aux femmes

The role of the midwife with female victims of violence. To combat violence against women, midwives must acquire a good understanding of the mechanisms at play. The issue must be brought up at all obstetrical or gynaecological appointments in order to give victims a chance to talk. The correct positioning must be found to help the patients rediscover their capacities. Knowledge of the network of partners is also essential, in order for these women to be given the necessary support from the multidisciplinary teams within which the midwives play a central role.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - midwife; network; overall care; perinatal period; systematic questioning; violence against women

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur de santé publique et une violation grave des droits humains. L'ampleur et la gravité de ces violences ne nous laissent pas d'autre choix que de s'engager aux côtés des femmes victimes. Les sages-femmes sont au cœur de ce processus pouvant tout autant aggraver cette violence et ses conséquences, que la freiner et prévenir sa répétition.

Le repérage

♦ **La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles** subies par une femme. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que jusque-là, la femme n'avait pu évoquer [1]. Si le dépistage est plus aisé lorsque les lésions physiques sont évidentes, il l'est beaucoup moins devant des séquelles inhomogènes, une décompensation de pathologies chroniques, des troubles psychosomatiques ou des complications obstétricales. Il est particulièrement difficile lorsque les troubles sont principalement psychiques ou que la femme n'expose aucun symptôme. C'est pour ces raisons qu'il convient de poser quelques

questions simples et explicites à toutes nos patientes, une fois la confiance installée et lors d'un entretien en tête-à-tête avec la femme [1].

♦ **Les consultations prénatales ne constituent pas le seul moment où il est possible d'évoquer les traumatismes antérieurs.** La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce (EPP) sont également propices à l'évocation de tels événements de vie. Les objectifs de l'EPP sont notamment la prévention et l'orientation, réalisées grâce à une approche de "santé globale" de la femme et un "repérage systématique des facteurs de vulnérabilité".

♦ **Dans ses recommandations, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise particulièrement de persuader avec diplomatie les femmes de parler des violences conjugales tout en respectant leur rythme personnel pour faire évoluer leur situation [2].** Nous pouvons également imaginer qu'une hospitalisation au cours de la grossesse, en structure hospitalière ou à domicile, peut constituer un moment opportun pour ce repérage. Enfin, même si nous recommandons une anticipation maximale en abordant ce sujet au plus tôt dans la grossesse, l'hospitalisation ou les soins après la naissance peuvent représenter, pour la femme, un moment favorable pour évoquer cette problématique.

Adresse e-mail :
mathilde.delespine@gmail.com
(M. Delespine).

De façon globale, tout suivi d'une femme dans le cadre obstétrical et gynécologique doit débiter par un temps de rencontre, tant sur le plan humain que médical. Il est indispensable que ce temps contienne notamment des questions sur les éventuels traumatismes subis. Dans ce but, quelques éléments conceptuels et théoriques peuvent nous aider.

Distinguer le conflit de la violence

Un conflit implique une interaction, un débat et est à même d'entraîner une négociation. Il peut faire évoluer les points de vue dans un rapport d'égalité. La violence, quant à elle, est un processus de domination au cours duquel l'un des deux protagonistes installe et exerce une emprise sur l'autre.

Envisager le repérage systématique comme indispensable

♦ **Souvent, les campagnes de prévention incitent les femmes victimes à parler** de ce qu'elles subissent. Il serait également intéressant et productif d'encourager les professionnels dans ce sens.

Aujourd'hui, parmi les femmes victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple, 16 % déclarent avoir déposé une plainte ; parmi les victimes de viols, seules 11 % le font [3]. Ces chiffres nous indiquent que pour une victime, il est très difficile de dénoncer spontanément la violence subie, d'autant plus en cas de violences intrafamiliales ou sexuelles. « *Le dépistage contribue à réduire la durée de tolérance à la violence, le nombre de récurrences, l'aggravation des risques et les conséquences profondes sur la personnalité de la victime.* » [4]

♦ **Le repérage systématique permet de briser la loi du silence** qui n'est jamais un choix de la victime mais toujours un diktat que l'agresseur lui impose. Il permet aussi de rompre la solitude dans laquelle une majorité de victimes se trouvent.

Enfin, il donne l'opportunité aux femmes de comprendre que parler de violence est possible au sein d'une consultation médicale.

♦ **Poser une question est en soit un acte thérapeutique**, une porte que l'on ouvre et par laquelle la victime entrera lorsqu'elle se sentira prête. La forme de ce questionnement doit être propre à chaque professionnel. Il est nécessaire, au cours d'un entretien avec la femme seule, de poser clairement la question de l'existence de traumatismes antérieurs, y compris sexuels. Il est possible de demander aux femmes si elles ont été "malmenées" ou "violentées". Dans notre expérience, nous recherchons « *si, au cours de leur vie, elles ont subi des événements qui leur ont fait du mal et qui continuent à leur faire du mal actuellement* ». Les réponses sont variées, certaines sont en quête de précisions, d'autres relatent immédiatement des faits jamais évoqués

auparavant et d'autres encore attendent quelques semaines avant d'en parler.

Lutter contre les obstacles

♦ **La question de l'intrusion dans l'intimité** est souvent citée comme constituant un obstacle. Or des actes condamnés par le Code pénal ne relèvent pas de l'intime. L'atteinte à l'intégrité de la personne ne fait donc pas partie de la vie privée. Quand un professionnel de santé ne recherche pas les antécédents traumatiques, c'est parce qu'il a peur des conséquences, par manque de formation et d'outils pour accompagner son patient en cas de réponse positive.

Édouard Durand explique très bien qu'effectivement « *identifier les violences [...], implique de leur donner une réponse professionnelle particulière, différente des situations habituellement rencontrées [...]* Cette exigence confronte le professionnel non seulement aux limites de ses compétences mais plus encore au questionnement des structures familiales et à la peur légitimement éprouvée face à la violence qui peut conduire au déni » [5].

♦ **L'aménagement du temps de consultation ou d'entretien** doit être anticipé. Il est nécessaire de savoir comment s'organiser si une patiente est accompagnée par son mari ou par une autre personne ou, encore, si elle vient avec ses enfants.

Il ne paraît pas raisonnable d'aborder ces questions en présence de quiconque. Il y a tout d'abord un risque de mise en danger de la femme si des violences existent et qu'elles viennent du cadre familial ou amical.

Dans le cadre de violences antérieures qui n'auraient jamais été racontées, la présence du conjoint à qui elle a décidé de ne pas en parler peut faire renoncer la femme à se confier au professionnel. De plus, la violence n'est pas la seule thématique pour laquelle il peut être intéressant qu'elle soit seule lors du premier temps de rencontre – nous pensons notamment au fait d'aborder les antécédents d'interruptions de grossesses.

Enfin, dans le cadre des premières consultations prénatales, la prescription de certaines sérologies doit faire appel au respect du secret en faveur des patientes et celles-ci n'être effectuées que lorsque la femme se trouve seule. Lorsqu'une patiente est accompagnée par son(s) enfant(s), il est également indispensable de trouver des astuces pour qu'il(s) n'assiste(nt) pas, ni aux discussions sur de tels sujets, ni à l'examen clinique. À nous, alors, de faire preuve d'imagination même si ces situations peuvent paraître insolubles. Prévoir le prochain rendez-vous à un horaire où les enfants pourront être confiés peut être une bonne solution.

♦ **Enfin, connaître la législation est primordial** afin de pouvoir agir en accord avec nos droits et nos devoirs [6].

Expérimenter le repérage systématique

♦ **La pratique du questionnement systématique a été évaluée** et il a été démontré qu'elle est réalisable, efficace et utile. De plus, elle s'avère très bien acceptée par les patientes, qu'elles soient victimes ou pas.

♦ **Récemment, le réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien (NEF) s'est engagé dans une démarche de lutte contre les violences faites aux femmes.** Après avoir mené des actions de formation et avoir créé un outil d'aide à l'orientation pour les professionnels, une enquête a été réalisée afin d'expérimenter le questionnement systématique.

L'objectif de cette étude est double [7] : d'une part, évaluer la prévalence des violences sur le territoire (en l'occurrence le département de Seine-Saint-Denis – 93) et, d'autre part, ancrer le questionnement systématique dans la pratique clinique des soignants.

Au sein de six maternités du réseau, 691 femmes ont été sollicitées pour l'enquête, 28 femmes ont refusé, soit 4 % de l'échantillon, la plupart de ces patientes étant accompagnées du conjoint. Parmi les 663 patientes ayant répondu, 244 ont déclaré avoir subi une fois au cours de la vie au moins un type de violence, soit 37 %, et 20 % ont évoqué deux types de violences.

Parmi ces femmes victimes, un tiers décrit des violences verbales, un cinquième, des violences physiques et une sur dix, des violences sexuelles. Les mutilations sexuelles sont évoquées par 9 % d'entre elles, les violences économiques par 4,5 % et le mariage forcé par 1 %. Elles racontent avoir subi des violences physiques principalement dans l'enfance et au sein du couple, et des violences sexuelles principalement au cours de l'enfance et de l'adolescence.

♦ **Tous les médecins et sages-femmes participants ont été interpellés par la quantité de réponses positives** en comparaison à leurs pratiques habituelles. Ils ont rapporté avoir eu une grande facilité à évoquer ce sujet malgré leurs appréhensions de départ et aucun ne s'est senti mal à l'aise au cours de l'étude. Après cette expérimentation, ces professionnels se sentaient plus concernés par la problématique et faisaient preuve de moins de fatalisme quand une telle situation était mise à jour.

L'accompagnement

Comment proposer des soins adaptés à ces femmes plus vulnérables ?

Connaître la stratégie de l'agresseur pour inventer la nôtre

Le Collectif féministe contre le viol (CFCV) a eu l'idée d'étudier la stratégie des agresseurs et de s'y opposer systématiquement pour aider les femmes [8].

Il est important d'aider les femmes, dans notre domaine de compétence, à trouver des solutions pour rompre

leur isolement. Nous pouvons proposer à notre patiente de réduire les délais entre les prochaines consultations et de ne pas être la seule sage-femme à la suivre grâce à une collaboration entre les secteurs hospitaliers, territoriaux et libéraux. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), une association de soutien aux victimes ou, au contraire, une structure où elle pourra parler d'autres sujets si elle le souhaite peuvent lui permettre de rencontrer du soutien et de se recréer un entourage social par exemple.

♦ **Pendant la période périnatale, les dévalorisations de l'agresseur** vont particulièrement cibler la féminité et la parentalité des femmes victimes : « *Tu es grosse* », « *Tu es une mauvaise mère* », « *Tu intoxiques notre enfant en continuant de fumer* » par exemple. La PNP est un véritable outil pour les aider à prendre confiance en leurs compétences parentales. Elle doit être, plus que jamais, invariablement proposée et conseillée à ces femmes. En effet, même si ces dernières semblent parfois avoir des démarches bien plus essentielles à mener, les séances de PNP leur permettent de se recentrer sur elles-mêmes et de penser à leur bébé. Elles peuvent aussi contribuer à diminuer leur stress et les aider à mieux maîtriser leurs émotions, notamment à travers un travail corporel et l'apprentissage de la gestion de la douleur.

♦ **Il est important pour nous, en s'appuyant sur la loi, d'affirmer que le seul responsable des violences est l'auteur** et que rien ne les justifie. Il n'est en revanche pas nécessaire ni recommandé de porter un jugement de valeur sur l'agresseur.

♦ **Il est également de notre devoir d'aider la victime à se mettre en sécurité** et de condamner tout acte violent. Si un acte de violence est commis en notre présence ou sur un soignant, il ne doit jamais rester sans réponse. En effet, l'impunité et l'absence de conséquence négative pour l'auteur de violence le confirment dans sa toute-puissance et entérinent la loi du silence. Pour éviter ce phénomène, il peut être utile de réfléchir en amont à une procédure en cas de violence commise au sein de la structure de soin.

Comprendre les mécanismes psychologiques pour ne plus stigmatiser les victimes

Une victime peut avoir des attitudes très déroutantes pour son entourage. Sont principalement retrouvées des addictions ainsi que des conduites à risque et mises en danger. Pour ne pas juger ces patientes, il est important de comprendre les mécanismes neurobiologiques en jeu.

♦ **Lors d'un stress normal**, l'amygdale cérébrale induit une réponse émotionnelle. Elle ordonne la sécrétion, par les surrénales, d'hormones de stress, l'adrénaline et le cortisol, avec pour effet l'augmentation de la quantité d'oxygène et de glucose dans le sang. Une fois que le

cortex, responsable des apprentissages et de la temporalité, a analysé la situation, il régule cette réponse émotionnelle par un rétrocontrôle négatif.

♦ **Lors d'un événement violent**, la réponse émotionnelle ne peut être modulée car le cortex cérébral est sidéré. La situation ne correspond à aucun apprentissage, à aucune logique. Il existe un vrai risque vital pour l'organisme : cardiovasculaire et neurologique. Pour l'éviter, le cerveau met en place des mécanismes de sauvegarde exceptionnels : le circuit neuronal est interrompu par la sécrétion de neuromédiateurs (drogues dures endogènes morphine-like et kétamine-like). Ceci entraîne une anesthésie physique et émotionnelle même si les violences persistent. Cet état dissociatif donne aux victimes une impression d'irréalité, d'être spectatrices d'une scène que, pourtant, elles subissent.

♦ **Ces mécanismes sont à l'origine de troubles psychotraumatisés.** Des troubles mnésiques peuvent apparaître car la mémoire émotionnelle de l'agression restera enfermée dans l'amygdale et ne sera pas traitée par l'hippocampe. Ainsi, « elle ne pourra pas devenir un souvenir autobiographique qui se raconte et dont la charge émotive se modifie avec le temps » [9]. Cette mémoire traumatique peut être réactivée par tout ce qui rappelle les violences et replonge alors la victime dans le même état de détresse que lors de l'événement initial.

♦ **Pour éviter de réactiver cette mémoire traumatique**, la victime a deux solutions : d'une part, les conduites d'évitement qui sont très coûteuses en énergie, très handicapantes au quotidien et qui ne sont pas toujours applicables notamment en cas de violences intrafamiliales et, d'autre part, les conduites dissociantes qui déclenchent à nouveau la disjonction du circuit émotionnel en augmentant le niveau de stress avec, pour effet initial, une diminution de l'angoisse mais qui, sur le long terme, rechargent encore la mémoire traumatique. En plus d'être déroutantes et stigmatisantes, ces conduites entraînent une forte culpabilité chez la victime alors qu'« elles sont des conséquences normales à des situations anormales, les violences » [9]. Si nous comprenons ces mécanismes, nous pouvons les expliquer à nos patientes et les aider à établir des liens entre les violences et leurs symptômes. Ainsi, progressivement, les réponses émotionnelles s'éteindront, annulant la nécessité des conduites d'évitement et dissociantes [9].

♦ **Un autre phénomène peut toucher nos patientes, plus particulièrement au cours de la grossesse.** Il s'agit de la transparence psychique qui, par une perméabilité plus grande de la barrière de l'inconscient, va permettre une réorganisation. La grossesse correspond en effet à une crise maturative à l'image de la "crise d'adolescence" ayant pour effet qu'après cette période, la femme n'est plus tout à fait la même sans être pour

autant tout à fait une autre. Ceci peut expliquer l'importance, au cours de la grossesse, des reviviscences et des images intrusives, notamment la nuit à travers les rêves et les cauchemars. Ces phénomènes physiologiques peuvent toutefois être très difficiles à vivre quand ce qui s'invite dans les pensées correspond à des mauvais souvenirs ou à des traumatismes. La future mère peut se culpabiliser de ne pas parvenir à être heureuse ou à chasser ses pensées négatives alors qu'elle est enceinte et pensait nager dans le bonheur.

♦ **Notre rôle en tant que sage-femme est d'expliquer ces manifestations** aux patientes afin d'éviter tout sentiment de solitude et toute culpabilité.

De plus, l'accompagnement par un psychologue périnatal peut être nécessaire pour rassurer et soutenir une patiente déstabilisée par ce mouvement psychique.

Connaître les caractéristiques d'une femme victime de violence

Une femme victime n'identifie pas toujours la violence et souvent ne demande pas d'aide. Il y a une vraie nécessité de voir au-delà et d'adopter une conduite proactive. C'est un procédé délicat d'"aller vers" sans être trop intrusif. Il est primordial de ne pas laisser la victime dans l'abandon, mais de rester dans une proposition sans en faire une obligation [10].

♦ **L'idée est d'être dans un positionnement bienveillant** en accueillant et encourageant sa parole par des reformulations et des verbalisations – mettre des mots sur ses symptômes. Cela nécessite une certaine disponibilité psychique, un mouvement d'ouverture vers la patiente qui la « confirme dans son existence ». Ceci va lui permettre d'identifier qu'elle est digne d'intérêt, car être victime, c'est toujours « subir un événement qui n'aurait pas dû arriver ». Cette subordination durant l'épisode violent provoque, chez la victime, un sentiment d'être "hors humanité". Lui permettre de verbaliser l'événement en respectant ses limites, lui redonner la parole, notamment en lui posant des questions, constituent des actions thérapeutiques qui vont à l'encontre des conséquences négatives provoquées par l'agression [10]. Cette sollicitude permet d'exprimer notre humanité et d'instaurer une « réciprocité dans une relation pourtant asymétrique » [11].

Nous n'avons pas d'autre choix que de travailler à partir de sa parole et il n'est pas de notre rôle de mener des investigations pour connaître la vérité. Il est nécessaire de croire ce qu'elle nous révèle et de le lui dire.

♦ **Il faut être vigilant à ne pas répéter l'histoire traumatique**, notamment en posant un cadre. Ceci évite de lui faire revivre un sentiment d'abandon. Ce cadre correspond à la solidité et au caractère contenant que la disponibilité dans la relation à l'autre permet. Il donne les moyens à la victime de comprendre son parcours de

Références

- [1] Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34(Suppl 1):2S62-7.
- [2] Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis: HAS; 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [3] Bauer A, Souleuz C (dir.). Les résultats des enquêtes Cadre de vie et sécurité Insee-ONDRP 2007 à 2012. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. 2012. www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Synthese_Rapport_ONDRP_2012.pdf
- [4] Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes. [Thèse diplôme d'État de docteur en médecine] Paris: Université Pierre-et-Marie-Curie-Paris VI; 2000.
- [5] Durand E. Violences conjugales et parentalité. Protéger la mère, c'est protéger l'enfant. Paris: L'Harmattan; 2013.
- [6] Keller MJ. La sage-femme face aux situations de maltraitance, le cadre légal. *Vocation Sage-femme.* 2014;111:29-31.
- [7] Delespine M et al. Violences faites aux femmes et périnatalité, le réseau NEF s'engage, enquête action du réseau périnatal Naître dans l'Est francilien. 2014.
- [8] Piet E. Violences envers les femmes : la grossesse, un moment particulier. *Vocation sage-femme.* 2014;111:10-5.
- [9] Salmons M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In: Coutanceau R, Smith J, Lemire S. Trauma et résilience, victimes et auteurs. Paris: Dunod; 2012.

Références

[10] Delespine M. Prévention des violences conjugales en périnatalité : la part du soin et du processus pénal.

[Mémoire de Master 2 prise en charge des victimes et des auteurs d'agressions] Paris: Université Paris Descartes-Paris V; 2012.

[11] Ricoeur P. Lectures. Tome I: Autour du politique. Paris: Seuil; 1999.

soins. Le but est de respecter ses choix et de les accompagner. Il est primordial de ne pas prendre de décision à sa place quant à sa séparation, sauf en cas de danger imminent.

♦ **L'idée d'une prise en charge globale** est plus que jamais indispensable. En effet, un tel événement de vie non pris en compte risque de réduire à néant les efforts faits par ailleurs sur d'autres facteurs de risque de la patiente.

L'orientation

La continuité des soins est un autre point clé pour permettre à la victime de retrouver son autonomie. Il est nécessaire de bien connaître ses relais afin de proposer à la patiente une orientation sécurisée, et non lui imposer un nouveau plongeon dans l'inconnu. Lorsque l'on travaille en équipe, il est évident qu'un tel engagement doit être partagé par le plus grand nombre et de façon pluridisciplinaire.

Accompagnement médico-psycho-social

♦ **La concertation régulière des équipes médico-psycho-sociales** est un temps indispensable pour aborder les situations des femmes particulièrement vulnérables, prendre du recul sur des situations parfois complexes et proposer à la patiente un accompagnement adapté. C'est aussi un moment privilégié pour que des professionnels de différentes structures se rencontrent et puissent mettre en place des partenariats facilitant le parcours de soins et de prise en charge des femmes. Ainsi peuvent se rejoindre les structures hospitalières, territoriales, libérales, les unités de psychiatrie périnatales (UPP), les centres médico-psychologiques (CMP), les structures de soutien à la parentalité de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et, bien sûr, les associations. Cette liste n'est pas exhaustive mais laisse entrevoir la possibilité d'appuis dont une femme peut bénéficier lorsqu'elle est en situation de vulnérabilité, notamment en cas de violence.

Le suivi prénatal est rarement remis en question par ces patientes en difficulté, contrairement au reste de l'accompagnement psychosocial. Ainsi, au sein de ces équipes pluridisciplinaires, la sage-femme joue un rôle central car c'est elle qui peut permettre de créer une alliance thérapeutique entre les femmes et le reste de l'équipe.

♦ **La Fédération nationale solidarité femmes (FNSF) est un réseau** regroupant des associations féministes engagées dans la lutte contre toutes les violences faites aux femmes. Elle gère notamment le service téléphonique national d'écoute 3919 Violences Femmes Info et permet de trouver une association locale adaptée.

Ces associations spécialisées dans la problématique des violences faites aux femmes sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'accompagnement et parfois d'hébergement. Elles constituent un véritable relais vers lequel nous pouvons orienter nos patientes en complément de notre accompagnement.

♦ **Les unités médico-judiciaires (UMJ) sont des structures ambulatoires** où sont réunis des experts de la médecine légale. Elles interviennent sur réquisition judiciaire, dans le cadre d'une enquête, donc le plus souvent après un dépôt de plainte de la victime. Dans certaines régions, ces structures ouvrent leurs consultations à des victimes n'ayant pas déposé plainte afin de pratiquer des constatations de traces ou de blessures et, dans un second temps, de leur permettre de faire valoir leurs droits. L'organisation des soins varie d'une région à l'autre mais est très souvent agencée autour de pôles de référence régionaux d'accueil et de prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Accompagnement juridique

Contre les violences faites aux femmes, la loi avance réellement et efficacement. Il est important de pouvoir adresser nos patientes vers des juristes compétents en la matière afin qu'elles prennent connaissance de leurs droits et qu'elles puissent les faire valoir.

♦ **Le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) possède un réseau national de proximité** qui propose une écoute, une information et un accompagnement des femmes indispensables et complémentaire de tout soutien médico-psycho-social.

♦ **Un autre réseau, cette fois d'associations généralistes d'aide aux victimes d'infraction pénales, l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (Inavem),** peut également permettre de trouver des relais juridiques intéressants. Ces structures sont répandues sur tout le territoire et effectuent de nombreuses permanences dans les points d'accès au droit ou les maisons de la justice et du droit des collectivités.

♦ **Ces réseaux permettent de se créer un carnet d'adresses locales pour adresser chaque femme victime** que nous rencontrons de façon personnalisée, en fonction de ses besoins. Le chemin sera parfois long et nous ne serons souvent qu'une étape dans leur parcours. Gardons à l'esprit que si chaque femme est accompagnée de façon adaptée, elle peut sortir de la violence et réussir à vivre avec son histoire. Notre engagement aux côtés des victimes et notre refus de la fatalité finiront par payer. Si la sollicitude vise à réduire les inégalités imposées par la vie et permet à autrui d'entrevoir l'ensemble des possibilités s'offrant à lui, alors prenons nos responsabilités en tant que sages-femmes pour défendre le droit à l'intégrité et à la dignité de chaque femme. ▶

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.