Mémoire

Université de Limoges

Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2015-2016

Conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales au cours de la grossesse

Présenté et soutenu publiquement le 9 mai 2016
par

Mélissa Rodrigues

Directeur : Dr Martin-Dupont

Guidant : Marie-Noëlle Voiron

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges

Région LIMOUSIN

Au Docteur Martin-Dupont Sophie

Merci d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail.

A Madame Voiron Marie-Noëlle

Pour votre accompagnement, votre disponibilité et vos conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

A Agnès

Pour votre présence tout au long de cette dernière année, votre encouragement et votre écoute réconfortante.

A mes amies

Amélie, Anne-sophie, Célia, Delphine, Lauren, Mathilde, Pauline pour votre présence en toutes circonstances, votre amitié, et sans oublier votre bonne humeur légendaire !

A mes parents, ma sœur, mon frère

Pour votre soutien, votre amour et votre patience au cours de ces années d'étude.

A Ludo

Pour ta présence, ton réconfort, et pour m'avoir supportée dans les moments difficiles.

Sommaire

REMERCIEMENTS……2
SOMMAIRE……3

INTRODUCTION

1. Les violences conjugales 6
   1.1. Définitions 6
   1.2. Les tenants des violences conjugales..... 6
      1.2.1. Le cycle de la violence 6
2. Conséquences sur la santé des femmes 7
3. Violences conjugales et grossesse 7
   3.1. Données épidémiologiques..... 7
      3.1.1. A l'échelle mondiale 7
      3.1.2. A l'échelle française..... 8
   3.2. Conséquences obstétricales..... 8
   3.3. Conséquences fœtales et néonatales..... 8
   3.4. Le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse..... 9
      3.4.1. Les recommandations de la HAS..... 9
      3.4.2. Quelques indices à repérer au cours des consultations 9
      3.4.3. Un dépistage difficile 9
      3.4.4. Prise en charge efficiente des victimes : rôle des professionnels 10

METHODOLOGIE

1. Type d'étude ……11
2. Population étudiée ……11
3. Procédure de recueil des données ……11
4. Variables étudiées ……11
5. Stratégie d'exploitation des données ……12

RESULTATS

1. Description socio-démographique de la population……..……..……13
   1.1. Effectif étudié……...…….…….…….…….……13
   1.2. Age ……...…..…….…….…….…….…..…….……. 13
   1.3. Parité ……....…….…….…….…….…….……..……...13
   1.4. Origine ethnique…….…….…….……....14
   1.5. Niveau socio-économique…….…….....14
      1.5.1. Statut marital…….…….…….……....14
      1.5.2. Niveau d'étude …….…….…….…….……..14
      1.5.3. Situation vis-à-vis de l'emploi……15
      1.5.4. Niveau socio-économique …….…….……...…..……15
      1.5.5. Couverture sociale …….…….…….……....…15
      1.5.6. Conditions d'hébergement précaires…….…….……...……16
2. Description médico-psychologique de la population…….……16
   2.1. Antécédents de violences…….…….…….…….……..16
   2.2. Absence d'entourage familial / mère isolée…….……..16
   2.3. Conduites addictives…….…….…….……..16
   2.4. Caractéristiques psychologiques de la population……17
      2.4.1. Troubles du comportement alimentaire……...17
      2.4.2. Dépression et traitement…….…….……..17
      2.4.3. Antécédent d'interruption volontaire de grossesse…….……...17
3. Description de la grossesse de la population……17
   3.1. Contraception précédant cette grossesse…….…….…….……..…17
   3.2. Suivi de la grossesse…….…….…….…….…….……17
4. Description des complications obstétricales et périnatales…….…...19
   4.1. Pathologies obstétricales …….…..……..…….…….…17
      4.1.1. Travail et accouchement…….…….…….……..19
   4.2. Pathologies périnatales.....…….…….……..…….…….……20
      4.2.1. Prématurité…….…….…….…….……...20
      4.2.2. Poids de naissance…….…….…….…….…...21
      4.2.3. Adaptation à la vie extra-utérine…….…….……..22
         TABLEAU 1: Score d'Apgar et ph…….…..22
   4.3. Suites de couches…….…....…….…….…….……...22
5. Description des caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques du conjoint…….…….…….…..22

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites et points forts de l'étude……..24
2. Analyse et discussion des résultats……24
2.1. A propos des caractéristiques socio-démographiques de la population……24
TABLEAU 2……..25
TABLEAU 3……..26
2.2. A propos des caractéristiques médico-psychologiques de la population……..27
2.3. Concernant la grossesse……..28
2.4. A propos des complications obstétricales et périnatales……..29
TABLEAU 4……..29
TABLEAU 5……..30
TABLEAU 6……31
TABLEAU 7……31
2.5. Description des caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques du conjoint……....32

CONCLUSION ……..33

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……..35

ANNEXE 1……38

ANNEXE 2……39

INTRODUCTION

1. Les violences conjugales

1.1. Définitions

Selon la définition de l'Organisation des Nations Unies (ONU), le terme de violence faite aux femmes désigne : « tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » (Déclaration sur l'élimination de la violence envers les femmes, 1993.) (1,2)

Les violences conjugales désignent l'ensemble des formes de violences perpétrées dans la sphère intime du couple par l'un des partenaires quel que soit le sexe. Dans plus de 98 % des cas l'auteur est un homme, selon la Commission Européenne. (3, 4, 5, 6)

Elles revêtent différentes formes et sont le plus souvent associées au sein du couple : physiques, psychologiques, verbales, sexuelles et économiques. (3, 4, 5, 6, 7)

Ces violences ont pour objectif la domination, le contrôle permanent de la victime par des comportements agressifs, violents ou par la menace. Elle se retrouve sous emprise totale de son agresseur.

1.2. Les tenants des violences conjugales

1.2.1. Le cycle de la violence (3, 4, 6, 8, 9) Annexe 1

Des spécialistes, dont Lenore E. Walker, ont décrit le cycle du fonctionnement des violences conjugales qui apparaît comme le plus fréquent.

Le cycle se déroule chronologiquement en quatre étapes :

- La phase de tension
- La phase d'agression
- La phase d'excuses ou de justification
- La phase de réconciliation ou phase dite « lune de miel »
- La phase de retour au quotidien.

La répétition des phases de ce cycle s'accompagne d'une escalade en intensité et en fréquence des violences. On parle de la spirale de la violence.

S'il n'y pas d'interruption de ce cycle il peut aboutir à des violences homicides.

2. Conséquences sur la santé des femmes

Les violences conjugales constituent une des principales causes de mortalité des femmes. (10,11) Le rapport de la délégation aux victimes du Ministère de l'Intérieur révèle qu'en 2012 une femme meurt tous les deux jours et demi victime des violences de son conjoint ou ex-conjoint. (12)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. Le coût global imputable aux violences conjugales en France est estimé à 2,472 milliards d'euros dont 20% concerne les coûts directs médicaux soit 483 millions d'euros. (13)

Les violences physiques sont à l'origine de diverses lésions traumatiques qui siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités. (10,11)
Les violences sexuelles peuvent engendrer divers troubles gynécologiques.
Les violences psychologiques, par l'état de tension et de peur qu'elles engendrent, peuvent causer de nombreux troubles psychiques. (10,11) ANNEXE 2

L'orientation et la prise en charge des victimes nécessitent un travail pluridisciplinaire.

La grossesse est considérée comme une période à risque, définie comme un facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales par la majorité des auteurs. (10, 14)

3. Violences conjugales et grossesse

3.1. Données épidémiologiques

3.1.1. A l'échelle mondiale

Un rapport de l'OMS cite une étude démographique réalisée au Canada, au Chili, en Egypte et au Nicaragua. Celle-ci montre que 6 à 15 % des femmes ont été victimes de violences physiques ou sexuelles pendant leur grossesse, l'auteur de ces violences est dans la majorité des cas leur conjoint. (11)
Aux Etats-Unis, l'estimation du taux de violences conjugales pendant la grossesse varie de 3 à 11 % chez les femmes adultes et atteindrait 38% chez les mères adolescentes ayant de faibles revenus. (11)

D'après des statistiques canadiennes de 2006, 21% des femmes victimes de violences ont été agressées pendant leur grossesse et dans 40% de ces cas la grossesse est la période inaugurale de la violence. (15)

D'après une étude britannique, les femmes enceintes ont un risque deux fois plus élevé que les autres d'être victimes de ces violences. (1)

3.1.2. A l'échelle française

En France, peu d'études ont été réalisées sur la prévalence des violences conjugales pendant la grossesse. Les références proviennent surtout des États-Unis et du Canada.

Le taux des femmes victimes de violences conjugales pendant la grossesse en France a été estimé à 2,1 % de façon indirecte par une enquête Européenne cas-témoin sur la prématurité. (the European Programme on Occupational Risks and Pregnancy Outcome EUROPOP., 1994-1995) (16)

De plus, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), par l'analyse des appels reçus en 2011 sur la plateforme nationale d'écoute téléphonique (n° 3919 violences conjugales info), a pu identifier des indicateurs et élaborer des tendances à partir de 13866 fiches concernant des violences conjugales : 10,5 % de ces fiches concernait des femmes enceintes avec au moins un enfant au moment des violences. (17)

Les violences conjugales pendant la grossesse sont d'autant plus graves qu'elles ont des répercussions obstétricales et périnatales.

3.2. Conséquences obstétricales

Il a été décrit une augmentation du risque de pathologies obstétricales comme l'ont démontré plusieurs études. (2)

Selon le rapport Henrion (10), la grossesse peut ne pas être désirée ayant pour conséquences des interruptions volontaires de grossesse (IVG), des déclarations tardives et des grossesses mal surveillées. Souvent, on retrouve les mêmes conduites addictives qu'en dehors de la grossesse. De plus, les violences peuvent aboutir à la mort maternelle faisant suite soit à un acte violent soit à des complications de la grossesse.

3.3. Conséquences fœtales et néonatales

La gravité de ces violences est exacerbée par l'existence d'une seconde victime potentielle : l'enfant à naître. Saurel-Cubizolles MJ en 2005 retrouve dans son étude 37% de prématurés et 21 % d'hypotrophes de plus en cas de violences conjugales. (2)

Une enquête réalisée par Hélène Joudrier révèle un taux de prématurés de 23% supérieur au taux départemental qui est de 7%. (2, 16)

D'après le rapport Henrion (10), les violences physiques peuvent entraîner une souffrance fœtale, une mort fœtale in utero (par un hématome rétroplacentaire par exemple),

un retard de croissance intra utérin et des lésions fœtales comme des fractures des membres ou des plaies par arme blanche et une mort néonatale.

A l'accouchement, l'établissement du lien mère-enfant peut être perturbé du fait du malaise et de l'angoisse de la mère.

De plus, cette dernière peut présenter des douleurs abdominales ou pelviennes chroniques persistantes. (10)

Par conséquent, les violences conjugales menacent la santé maternelle, fœtale et néonatale. La grossesse est cependant un moment privilégié pour le dépistage et l'orientation des femmes victimes de violences conjugales du fait des nombreuses consultations et de l'inquiétude de la mère pour l'état de santé de son enfant.

3.4. Le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse

3.4.1. Les recommandations de la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux professionnels un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité, dont les violences conjugales, au cours des diverses consultations de grossesse et notamment au cours de l'entretien du 4° mois. (18, 19)

3.4.2. Quelques indices à repérer au cours des consultations

Les professionnels doivent être vigilants pendant la grossesse à des éléments comme : des déclarations tardives de grossesse ou un mauvais suivi de grossesse, des antécédents ou des demandes d'IVG, des consultations médicales fréquentes et répétitives, le refus d'expliquer l'origine de ses blessures, la non observance des traitements… (20)

De plus, pendant la consultation le comportement de la femme peut éveiller l'attention des professionnels comme par exemple une femme apathique, craintive, anxieuse, triste ou déprimée. (20)

Certains comportements du conjoint peuvent aussi être révélateurs de situations de violences comme des attitudes intimidantes ou un homme trop prévenant, lui suggérant les réponses ou répondant à sa place. (10)

3.4.3. Un dépistage difficile

Selon le rapport Henrion (10), de nombreux médecins sont inconscients de l'ampleur du problème car la violence conjugale peut s'exercer dans tous les milieux quel que soit l'âge, l'origine ethnique, l'éducation, la religion, le statut marital et le niveau socio-économique.

Face à la complexité des situations de violences conjugales, aux difficultés des victimes à se confier, à leur refus de quitter leur partenaire violent ou de porter plainte, certains professionnels sont découragés.

3.4.4. Prise en charge efficiente des victimes : rôle des professionnels

Il est recommandé « de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales. » (19)

Le professionnel doit donc s'efforcer de mettre en place un climat de confiance et de confidentialité propice. Par conséquent, il est important d'écouter la victime, de la rassurer et de la déculpabiliser. (8)

Afin que l'aide aux victimes soit efficace, le travail en réseau s'avère indispensable en plus de la prise en charge obstétricale. Toute patiente doit quitter la consultation avec le numéro d'une permanence d'écoute téléphonique nationale destinée aux victimes et témoins de violences conjugales : n° 3919 « violences conjugales info ». (8)

Un relai avec les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est toujours à proposer afin d'organiser un suivi pendant la grossesse et un accompagnement dans le post-partum. (20)

Le rôle des professionnels de santé dans le dépistage de ces violences est d'autant plus important que l'auteur des violences conjugales éloigne sa femme de la société, de ses amis et de sa famille. (6)

Dans notre pratique nous pouvons être confrontés à ces situations, aussi il nous a paru intéressant de savoir quelles étaient les complications obstétricales et périnatales retrouvées dans la population des femmes suivies et/ou accouchant à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges (HME) et victimes de violences conjugales pendant leur grossesse.

L'objectif principal était le suivant : de déterminer dans la population des femmes victimes de violences conjugales pendant leur grossesse suivies et/ou accouchant à l'HME de Limoges la prévalence des complications obstétricales et périnatales.

L'objectif secondaire consistait à décrire les caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques de ces mêmes patientes.

METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective transversale unicentrique.

2. Population étudiée

La population source correspondait aux femmes ayant accouché et/ou suivies à l'HME de Limoges et victimes de violences conjugales pendant leur grossesse d'août 2008 à avril 2015 ce qui correspondait à 85 patientes.

Les critères d'exclusion sont : les femmes ayant été victimes de violences conjugales lors de précédente(s) grossesse(s) mais non victimes de violences conjugales pendant la dernière grossesse.

3. Procédure de recueil des données

Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers médicaux disponibles sur le logiciel informatique *Filemaker* de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges en respectant l'anonymat des patientes.

4. Variables étudiées

La majorité des variables étudiées sont des variables qualitatives binaires (oui/non).

Pour répondre à l'objectif principal, ont été étudiées :

Les complications obstétricales (métrorragies, rupture prématurée des membranes (RPM), menace d'accouchement prématuré (MAP), hématome rétro-placentaire (HRP), diabète gestationnel, hypertension artérielle (HTA) gravidique, pré-éclampsie...)

Les complications périnatales (mode d'accouchement, déclenchement, accouchement prématuré, état néonatal évalué par le score d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes, gestes de réanimation...)

Les particularités du séjour en maternité (durée du séjour en maternité, allaitement maternel...)

Pour répondre à l'objectif secondaire, ont été décrites :

Les caractéristiques socio-démographiques de la population

Les caractéristiques médico-psychologiques de la population

De plus, les variables suivantes ont été abordées :

La grossesse (grossesse sous contraception, grossesse souhaitée, déclaration tardive de grossesse, consultations en urgence, prise en charge des violences conjugales pendant la grossesse…)

Les caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques du conjoint.

5. Stratégie d'exploitation des données

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel Statview®.

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage et les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne.

La comparaison de la prévalence des complications obstétricales et périnatales chez les femmes accouchant à l'HME de Limoges et victimes de violences conjugales pendant leur grossesse et la prévalence de ces mêmes complications dans la population générale de l'enquête nationale périnatale de 2010 (21) a été réalisée grâce au test du Chi2 (seuil de significativité avec $p = 0,05$).

RESULTATS

1. Description socio-démographique de la population

1.1. Effectif étudié

L'étude repose sur l'analyse de 85 dossiers. Sur l'ensemble de ces dossiers étudiés, 9 patientes n'ont pas accouché à l'HME de Limoges soit 11 % des patientes.

1.2. Âge

La moyenne d'âge de la population est de 28 ans.

La patiente la plus jeune est âgée de 17 ans et la plus âgée de 45 ans.

32 patientes ont entre 15 et 25 ans, 37 patientes ont entre 26 et 35 ans et 16 patientes ont entre 36 et 45 ans.

1.3. Parité

La parité moyenne de la population totale est de 4,5 enfants. La parité la plus faible est d'un enfant et la plus élevée de six enfants.

La répartition de la population suivant la parité est la suivante :

- primipare = 39,3%
- secondipare = 26,2%
- multipare = 34,5%

1.4. Origine ethnique

Les patientes ont été classées en deux populations :

- Les femmes d'origine française
- Les femmes d'origine étrangère.

50 patientes (58,82%) sont d'origine française, 34 (40%) sont d'origine étrangère et l'information est manquante pour une patiente (1,18%).

1.5. Niveau socio-économique

1.5.1. Le statut marital

Les patientes ont été classées en fonction de leur mode de vie :

- en couple
- seule

50 femmes vivent en couple soit 60%.

La présence d'un nouveau conjoint pour cette grossesse a été retrouvée chez 18 femmes soit 21%.

1.5.2. Niveau d'étude

On retrouve 2 femmes qui n'ont pas été scolarisées, 10 ayant un niveau primaire, 42 femmes ont un niveau scolaire de type collège, 12 ont un niveau lycée, 8 ont un niveau enseignement supérieur et 11 dossiers ne disposaient pas de cette information.

1.5.3. Situation vis-à-vis de l'emploi

Plus de la moitié de la population totale est inactive soit 44 femmes, 14 sont actives, 13 sont au chômage, 11 sont mères au foyer et 2 sont étudiantes. Un dossier ne présente pas l'information.

1.5.4. Niveau socio-économique

La nette majorité de la population présente un niveau socio-économique bas soit 73 patientes (85,88%), 11 ont un niveau socio-économique normal-élevé soit (12,94%). L'information est manquante pour un dossier.

1.5.5. Couverture sociale

44 patientes bénéficient de la CMU, 31 appartiennent au régime de la sécurité sociale, 3 bénéficient de l'AME et une ne possède aucune couverture sociale. 6 dossiers ne possèdent pas l'information.

1.5.6. Conditions d'hébergement précaires

La majorité des patientes ne présente pas des conditions d'hébergement précaires soit 87%.

2. Description médico-psychologique de la population

2.1. Antécédents de violences

La répartition des antécédents de violences dans la population étudiée est la suivante :

- présence de maltraitances dans l'enfance = 7% soit 6 patientes
- présence de violences sexuelles dans l'enfance = 8% soit 7 patientes
- présence de violences conjugales lors de précédentes grossesses = 8% soit 7 patientes.

2.2. Absence d'entourage familial / mère isolée

L'entourage familial est absent dans 21% de la population et 20% des femmes sont identifiées comme mère isolée.

2.3. Conduites addictives

Des conduites addictives sont retrouvées chez 45 patientes soit 53%.
29 patientes consomment du tabac, 2 consomment de l'alcool, 6 consomment tabac et alcool et 8 femmes cumulent tabac, alcool et drogues.

2.4. Caractéristiques psychologiques de la population

2.4.1. Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les troubles du comportement alimentaire sont retrouvés chez 5 patientes soit 6% de la population totale.

Sur ces 5 patientes présentant un TCA, 3 sont anorexiques soit (60%) et pour 2 patientes l'information est absente (40%).

2.4.2. Dépression et traitement

La pathologie dépressive est retrouvée chez 20 patientes (24%) dont 13 ont nécessité un traitement médical (65%).

De plus, 10 patientes (12%) ont tenté de se suicider.

2.4.3. Antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

31 femmes présentent au moins un antécédent d'IVG soit 36%.

Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,32. Le nombre maximal d'IVG par femme est de trois et le nombre minimal est d'une IVG par femme.

3. Description de la grossesse de la population

3.1. Contraception précédant cette grossesse

La moitié des femmes adoptait un moyen contraceptif avant la grossesse.

Parmi les femmes possédant une contraception, 13 grossesses ont débuté malgré une contraception soit 30%.

La grossesse n'était pas désirée pour 48 patientes soit 57%.

3.2. Suivi de la grossesse

La déclaration de grossesse a été tardive pour 28 femmes soit 33%.

L'entretien prénatal précoce a été réalisé chez 78% de la population totale soit 66 patientes.

46 patientes n'ont pas réalisé un suivi régulier de leur grossesse soit 54%.

La majorité des patientes ont consulté au moins une fois en urgence soit 57 patientes (67%).

Parmi les patientes ayant consulté en urgence, 42 patientes ont consulté entre 1 et 3 fois, 11 ont consulté entre 4 et 6 fois, 3 ont consulté entre 7 et 9 fois, et une entre 10 et 12 fois.

Le nombre moyen de consultations en urgence est de 2,7.

La majorité des patientes ont été orientées vers différents professionnels et associations soit 65 patientes sur la population totale.

La nette majorité des dossiers ont été présentés au staff psycho-social soit 71 dossiers (83%).

4. Description des complications obstétricales et périnatales

4.1. Pathologies obstétricales

L'apparition de pathologies obstétricales concerne 76% de la population soit 64 dossiers.

Les pathologies obstétricales les plus fréquemment retrouvées sont la MAP, les métrorragies, la RPM, le diabète gestationnel et l'HTA gravidique.

La majorité des patientes présentant une pathologie obstétricale ont été hospitalisées soit 60 %.

L'issue de la grossesse se répartit de la façon suivante :

- enfant né vivant = 94,74%
- enfant décédé en salle de naissance = 1,32%
- fausse couche spontanée tardive = 1,32%
- mort fœtale in utéro (MFIU) = 2,63%

Notons que la MFIU fait suite à des coups violents du conjoint visant la région abdominale et entrainant la formation d'un hématome rétro-placentaire.

4.1.1. Travail et accouchement

L'accouchement par voie basse spontanée prédomine avec 76,31% des accouchements de la population totale. Le déclenchement du travail concerne 32% de la population totale. Les trois motifs de déclenchement les plus fréquemment retrouvés sont le dépassement de terme (25%) et la RPM (20,82%) suivie du diabète gestationnel (12,5%).

4.2. Pathologies périnatales

4.2.1. Prématurité

11% des femmes ont accouché prématurément. Le terme moyen d'accouchement prématuré est de 31,13 semaines d'aménorrhée (SA). Le terme le plus précoce est de 26 SA et le plus élevé de 36 SA.

37,5% des accouchements prématurés ont lieu dans la période de l'extrême prématurité, 25 % sont qualifiés de prématurité modérée.

4.2.2. Poids de naissance

Le poids de naissance moyen est de 3151,1 grammes. La valeur minimale du poids de naissance est de 600 grammes et la maximale de 4620 grammes.

73,62% des enfants sont eutrophes à la naissance, 19,44% sont hypotrophes et 6,94% sont macrosomes.

4.2.3. Adaptation à la vie extra-utérine

TABLEAU 1 : Score d'Apgar et pH

Score d'Apgar	Moyenne	Minima
1 minute	8,9	1
3 minutes	9,32	4
5 minutes	9 ,65	5
10 minutes	9,86	6

La valeur moyenne du pH est de 7,26.

➔ Réanimation et transfert néonatal

12 nouveau-nés ont nécessité des gestes de réanimation à la naissance. Dans la moitié des cas les gestes de réanimation nécessaires sont l'aspiration et la ventilation au masque. 5 ont bénéficié d'une aspiration, ventilation au masque et une intubation. Enfin, 1 nouveau-né a nécessité une aspiration seule.

Parmi la population totale, 6 nouveau-nés ont été transférés : 5 vers le service de réanimation et 1 vers le service de néonatologie.

4.3. Suites de couches

La durée moyenne du séjour en maternité dans la population totale est de 4,69 jours. Le séjour le plus court est de 1 jour et le plus long de 9 jours.

L'allaitement maternel est présent dans 60% des cas.

5. Description des caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques du conjoint

Age

L'âge moyen du conjoint est de 33,82 ans. L'âge minimal est de 17 ans et l'âge maximal de 55 ans.

La tranche 15-25 ans représente 11,67% des conjoints, 43,33% des conjoints ont entre 26 et 35 ans, 35% ont entre 36-45ans, 10% ont entre 46 et 55 ans.

Une différence d'âge entre le conjoint et la femme victime de violences est dans 21,31% comprise entre 10 ans et plus.

Origine ethnique

52,44% des conjoints sont d'origine française cependant dans de nombreux dossiers l'information n'est pas renseignée.

Caractéristiques socio-économiques

25,61% des conjoints sont des employés, 18,29% des ouvriers, 2,44% des professions intermédiaires, enfin 1,22% des artisans.

Cette information est manquante dans 52,44% des dossiers.

40,24% des conjoints ont un niveau d'étude collège, 8,54% un niveau lycée, 6,1% un niveau primaire, 6,1% un niveau enseignement supérieur.

Dans 39,02 % des dossiers cette variable n'est pas renseignée.

Conduites addictives

75% des conjoints présentent des conduites addictives dont 67,44% consomment du tabac, 4,65% de l'alcool, 13,95% consomment tabac et alcool et 13,96% tabac et drogues.

1. Limites et points forts de l'étude

Compte tenu du nombre faible de dossiers pouvant être intégrés dans notre étude sur les violences conjugales, on ne peut pas généraliser les résultats. De plus, la population étudiée a exclusivement accouché à l'HME de Limoges, maternité de type 3 recrutant davantage de grossesses pathologiques. Cependant, ceci est à relativiser car à Limoges l'HME est le seul établissement public de la ville ainsi il accueille de nombreuses grossesses physiologiques.

Le fort pourcentage de dossiers ne renseignant pas les variables socio-démographiques ne permet pas d'émettre des chiffres représentatifs pour les conjoints.

Aucun autre mémoire à ma connaissance n'a traité des conséquences des violences conjugales sur la grossesse.

De plus, cette étude traite d'un véritable problème de santé publique qui fût longtemps ignoré car les violences conjugales demeurent un sujet tabou.

2. Analyse et discussion des résultats

Nous nous sommes appuyées essentiellement sur 2 études pour discuter nos résultats, d'une part, l'ENVEFF en 2000 dont la population était des femmes âgées de 20 à 59 ans ne permettant pas de comparer les données. (7) Cependant, l'ENVEFF a dégagé des facteurs de vulnérabilité favorisant la survenue des violences conjugales, ils seront donc mis en parallèle avec notre étude.

D'autre part, l'enquête nationale périnatale de 2010 nous a permis de comparer nos résultats afin de répondre à notre objectif. Dans l'analyse, nous présenterons la population de l'enquête périnatale comme la population générale. (21)

2.1. A propos des caractéristiques socio-démographiques de la population

Age moyen

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 28 ans, elle se rapproche de la moyenne d'âge de la population générale de l'enquête nationale périnatale qui est de 29,7 ans. (21)
Selon l'ENVEFF, les femmes de moins de 30 ans ont déclaré nettement plus de violences conjugales. Les plus jeunes âgées de 20-24 ans seraient environ deux fois plus exposées. (7, 8, 9)

Dans notre étude, la majorité des patientes (43,5%) sont âgées de 26 à 35 ans et 37,6% de 15 à 25 ans. La tranche d'âge 26-35 ans est celle qui correspond à la survenue d'une grossesse mais on remarque qu'un fort pourcentage correspond à des femmes très jeunes. Ainsi, il semblerait aussi que ces tranches d'âge constituent un facteur de vulnérabilité.

Parité

TABLEAU 2 : Comparaison de la parité dans la population étudiée et la population de l'enquête nationale périnatale de 2010.

	Population étudiée	Population générale	p
Primipares	39,3%	34,5%	0,4032
Secondipares	26,2%	14,3%	**0,0023***
Multipares	34,5%	7,8%	**<0,0001***

*p significatif

Ce tableau montre que le taux de multipares est significativement plus élevé dans la population étudiée par rapport à la population générale.

Les femmes ayant deux ou plusieurs enfants déclarent plus de violences conjugales au cours de la grossesse que les primipares. On peut émettre une explication. La grossesse est un moment propice aux violences conjugales. Ainsi, les violences peuvent apparaître au cours de la première grossesse et s'intensifier au cours des grossesses ultérieures ce qui va aggraver la peur de la victime pour son enfant à naître et ses autres enfants. Elle se confiera plus facilement aux professionnels de santé afin de protéger ses enfants. De plus, les femmes victimes ont tendance à signaler les actes de violences lorsqu'ils deviennent plus graves et qu'ils sont présents depuis de nombreux mois voire années.

Origine ethnique

Dans notre étude, 40% des femmes sont d'origine étrangère contre 18,2% dans la population générale.

La proportion de femmes étrangères dans la population étudiée est significativement supérieure à celle de la population générale ($p<0,0001$). On pourrait expliquer en partie cela par les caractéristiques de la population de l'HME présentant 37,16% de patientes étrangères sur la même période.

Les violences conjugales ne touchent pas exclusivement les femmes étrangères. Cependant, il y a des conditions sociologiques et économiques qui rendent les femmes immigrées particulièrement vulnérables aux violences. Elles peuvent de par la barrière de la langue se retrouver davantage isolées, ce qui favorise l'émergence d'inégalités entre la femme et son conjoint la positionnant dans une situation de dépendance propice au développement des violences.

Mode de vie

Parmi la population étudiée 60% vivent en couple contre 92,8% dans la population générale (p<0,0001).

Les femmes de la population générale vivent pour la quasi-totalité en couple tandis que les femmes de notre étude vivant en couple ne représentent pas une nette majorité.

Ces résultats se rapprochent des données recueillies par l'ENVEFF selon lesquelles les femmes en couple, mais ne partageant pas le même domicile, déclarent plus de violences conjugales. (7)

L'homme violent veut dominer et être le détenteur du pouvoir notamment par un outil qui lui est propre : le contrôle permanent. S'installe alors une véritable violence psychologique qui s'articule autour de plusieurs notions dont le contrôle par exemple des heures de repas, de sommeil… De plus, le conjoint violent peut présenter une jalousie pathologique avec des suspicions constantes et la volonté de posséder totalement la femme. Le fait de ne pas vivre aux côtés de celle-ci pourrait créer en lui une insatisfaction, une sensation de perte de contrôle à l'origine d'une montée de tension. Cette dernière favorise l'émergence de la violence décrite comme une libération.

Niveau d'étude

TABLEAU 3 : Comparaison du niveau d'étude de la population étudiée et de la population générale.

Niveau d'étude	Population étudiée	Population générale	p
Non scolarisée ou niveau primaire	14,11%	2,4%	**<0,0001***
Niveau collège	49,41%	25,9%	**<0,0001***
Niveau lycée	14,12%	19,9%	0,1828
Enseignement supérieur	9,41%	51,8%	**<0,0001***

*p significatif

Il existe une différence significative entre les deux populations : le niveau d'étude majoritaire dans la population étudiée est le collège face à l'enseignement supérieur dans la population générale. La différence n'est cependant pas significative concernant le niveau lycée.

De plus, l'absence de scolarisation dans la population étudiée est 7 fois supérieure à la population générale.

Ce faible niveau d'instruction favorise les situations de précarité et de dépendance financière des femmes, ce qui constitue selon l'ENVEFF, un facteur aggravant des situations de violences conjugales. (7)

Situation vis-à-vis de l'emploi

Seulement 16,47% de la population étudiée est active contre 67,2% de la population générale.

La population étudiée présente un taux d'activité nettement inférieur à la population générale (p<0,0001).

Le chômage concerne 15,29% de la population étudiée contre 12,1% dans la population générale. Le pourcentage de mères au foyer et d'étudiantes est similaire dans les deux populations.

Les femmes au chômage déclarent plus de violences que les femmes ayant un emploi selon l'ENVEFF. De plus, une multiplication des périodes de chômage double la proportion globale des situations de violences conjugales. (7)

Les hommes violents peuvent instaurer un climat de contrôle économique et/ou professionnel de leur partenaire. Ainsi, ils peuvent empêcher cette dernière de travailler afin de créer une dépendance financière ayant pour objectifs la domination et le contrôle permanent de la victime.

2.2. A propos des caractéristiques médico-psychologiques de la population

Entourage familial

Dans la population étudiée, 21% des femmes ne possèdent pas d'entourage familial, contre 5,6% dans la population générale.

Ainsi, les femmes victimes de violences conjugales pendant la grossesse sont significativement plus isolées sur le plan familial que dans la population générale (p<0,0001). Les auteurs de violences mettent souvent en œuvre un isolement social de la femme pour avoir sur elle une emprise totale.

Isolée de sa famille, de ses amis, la victime ne peut pas se confier et une véritable relation de soumission se construit.

Conduites addictives

Plus de la moitié de la population étudiée présente des conduites addictives diverses. 34,11% de la population étudiée consomme du tabac contre 24,6% dans la population générale (p<0,0001).

Par conséquent, les femmes de la population étudiée présentent une tendance plus forte que la population générale à la consommation de tabac. L'enquête périnatale de 2010 n'a pas émis de résultats permettant de comparer la consommation de drogues ou d'alcool.

L'état de tension permanente dans laquelle se trouvent ces femmes perturbe gravement leur santé psychique. Elles présentent ainsi davantage de conduites addictives comme le tabagisme. La femme est plongée dans un climat de peur et d'insécurité, la consommation de toxiques semblerait être une solution échappatoire au stress omniprésent.

2.3. Concernant la grossesse

Contraception précédant la grossesse

La population générale présente pour une nette majorité une contraception soit 91,7%. Un moyen contraceptif était adopté pour la moitié des femmes de la population étudiée avant la grossesse.

57% de la population étudiée ne souhaitait pas cette grossesse alors que seulement 13,5% ne désirait pas leur grossesse dans la population générale.

La contraception est nettement moins utilisée chez la population étudiée ($p<0,0001$) et parallèlement une nette majorité ne souhaitait pas la grossesse contrairement à la population générale ($p<0,0001$).

Des grossesses non désirées peuvent survenir de façon plus fréquente chez les femmes victimes de violences issues de viol conjugal ou de l'interdiction de contraception.

Ainsi, on observe que les antécédents d'IVG sont plus fréquents dans la population étudiée (36%) que dans la population générale (15,5%) ($p<0,0001$).

Suivi de grossesse

Un suivi irrégulier de la grossesse est retrouvé chez 54% de la population étudiée contre 8,5% pour la population générale.

Il semble donc que les femmes victimes de violences conjugales font moins suivre leur grossesse que la population générale ($p<0,0001$).

Ceci pourrait s'expliquer d'une part, par la forte proportion de femmes ne désirant pas cette grossesse. D'autre part, les femmes victimes présentent en général un suivi médical médiocre du fait d'une atteinte de leur santé psychique et physique. De plus, le conjoint peut s'opposer aux déplacements de la patiente pour se rendre aux consultations.

78% de la population étudiée a bénéficié de l'EPP contre 21,4% dans la population générale.

L'EPP est plus retrouvé chez les femmes victimes de violences conjugales ($p<0,0001$). L'EPP est le moment privilégié pour le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse ce qui pourrait expliquer cette différence. L'isolement social des victimes s'oppose à toute délation.

Les professionnels de santé ont un rôle primordial, en effet, selon l'ENVEFF, les femmes se confient en premier lieu au médecin généraliste, gynécologue et sage-femme. (7)

2.4. A propos des complications obstétricales et périnatales

L'ENVEFF a montré que les femmes victimes de violences conjugales s'estimaient en moins bon état de santé et présentaient des symptômes physiques et psychiques plus nombreux que les autres femmes. (7)

Ainsi, le recours aux soins médicaux et la probabilité d'hospitalisation sont accrus, d'autant plus qu'il y a une seconde victime potentielle : le fœtus.

Notre étude corrobore ces faits.

Complications obstétricales

TABLEAU 4 : Comparaison du taux de pathologies obstétricales dans la population étudiée et la population générale.

Pathologies obstétricales	Population étudiée	Population générale	p
MAP	25,39%	8,9%	**< 0,0001***
Métrorragies	22,22%	1,7%	**< 0,0001***
Hématome rétro-placentaire	3,17%	0,2%	**< 0,0001***
RPM	19,04%	10,5%	**0,0128***
Diabète gestationnel	17,46%	7,2%	**0,0002***
HTA gravidique	11,11%	2,8%	**< 0,0001***
Pré-éclampsie	4,70%	2,1%	0,0955
Hospitalisation au cours de la grossesse	60%	18,8%	**< 0,0001***

*p significatif

Au vu de ces chiffres, le taux de complications obstétricales est significativement augmenté chez les femmes victimes de violences conjugales pendant la grossesse par rapport à la population générale. Seul le taux de pré-éclampsie ne présente pas de différence significative, il existe un possible manque de puissance statistique en terme d'effectif 4/85 pour la population étudiée contre 308/14681 pour la population générale.

La survenue de MAP au cours de la grossesse est quasiment trois fois plus élevée chez les femmes victimes de violences conjugales.

Selon l'étude de Saurel-Cubizolles MJ en 2005, on compte 37% de prématurés de plus en cas de violences conjugales. (2)

La MAP peut s'expliquer par une sécrétion augmentée de prostaglandines suite à un traumatisme abdominal ou par une libération de catécholamines et d'ACTH (Adréno Cortico Trophic

Hormone) suite au stress de la mère violentée mais aussi par la survenue plus fréquente d'infections urinaires qui sont une des causes de MAP. (2)

Dans la population des femmes victimes de violences conjugales on note une MFIU suite à un HRP provoqué par des coups violents reçus au niveau abdominal.

Le pourcentage plus élevé d'HTA chez la population étudiée ainsi que les coups du conjoint pourraient expliquer la survenue d'HRP chez les femmes victimes de violences.

Une étude de l'équipe de Jay G.Silvermann aux Etats-Unis (2006) a démontré une augmentation de 90% concernant les métrorragies, 60% pour les RPM, les infections urinaires et les vomissements incoercibles, 48% pour le diabète et 40% pour l'hypertension artérielle (HTA). (2)

Ces complications obstétricales peuvent s'expliquer par la violence perpétrée, à l'origine de diverses lésions traumatiques notamment au niveau abdominal. Ajoutons aussi l'état de stress chronique et d'angoisse permanente dans laquelle ces femmes se trouvent.

Travail et accouchement

TABLEAU 5 : Comparaison du mode d'accouchement dans les 2 populations

	Population étudiée	Population générale	p
Accouchement voie basse	85,51%	79%	0,1201
Césarienne	14,49%	21%	0,1201
Déclenchement du travail	32%	22,7%	**0,0469***

*p significatif

Il n'y pas de différence significative du mode d'accouchement entre les deux populations. On note que le taux de déclenchement est significativement plus élevé dans la population étudiée. Les nombreuses complications obstétricales retrouvées chez la population étudiée permettraient de fournir une explication.

Prématurité

11% de la population étudiée accouche prématurément contre 7,4% dans la population générale.

Il n'existe pas de différence significative concernant le taux de prématurité entre les deux populations (p = 0,2639) à la différence de l'étude de Saurel-Cubizolles MJ citée précédemment. L'enquête d'Hélène Joudrier dans le cadre de sa thèse révèle un taux de prématurés de 23% supérieur au taux du département qui est de 7%. (2)

Adaptation à la vie extra-utérine

TABLEAU 6 : Comparaison de la moyenne du score d'Apgar dans les deux populations

Score d'Apgar	Population étudiée	Population générale
A une minute	Moyenne 8,9 minima 1	9,3
A cinq minutes	Moyenne 9,65 minima 5	9,85

L'adaptation à la vie extra-utérine des nouveau-nés des deux populations est comparable.

Réanimation et transfert néonatal

TABLEAU 7 : Comparaison du recours à la réanimation et au transfert néonatal

	Population étudiée	Population générale	p
Gestes de réanimation	17%	8%	**0,0041***
Aspiration et ventilation au masque	8,5%	5,5%	0,2711
Intubation	8%	1,1%	**<0,0001***
Transfert néonatal	8%	6,6%	0,5452

*p significatif

Malgré une adaptation à la vie extra-utérine comparable en moyenne dans les deux populations, la différence est nette concernant les gestes de réanimation.

Seul le taux d'intubation néonatale présente une différence significative. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la présence plus marquée de pathologies obstétricales dans la population étudiée et d'autre part, par la minima du score d'Apgar retrouvée à 1, 3 et 5 minutes inférieure à 5.

On remarque que le taux de transfert néonatal ne présente pas de différence significative.

Suites de couches

La durée moyenne de séjour à la maternité dans les deux populations est comparable 4,69 jours dans la population étudiée et 4,4 jours dans la population générale.

Contrairement au rapport Henrion (10), selon lequel l'allaitement maternel serait moins présent chez les femmes victimes de violences conjugales, dans mon étude le taux d'allaitement maternel est équivalent dans les deux populations : il s'élève à 60%.

Dans les dossiers étudiés, aucun commentaire ne relate une perturbation du lien mère-enfant dans les suites de couches.

2.5. Description des caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques du conjoint

Caractéristiques socio-démographiques

Dans 21,31% de la population étudiée, on retrouve une différence d'âge comprise entre 10 ans et plus.

Selon l'ENVEFF, un écart d'âge de 10 ans ou plus entre les conjoints entraine un doublement des situations de violences. Ici, on ne peut donc vérifier ce facteur de vulnérabilité. (7)

De plus, on ne peut comparer l'âge des conjoints avec la population générale car aucun chiffre n'est disponible dans l'enquête périnatale de 2010.

Les hommes violents ne semblent pas présenter de profil type, toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées dans notre étude.

Cependant, l'origine ethnique et les caractéristiques socio-démographiques ne peuvent être comparées du fait de l'absence de données dans la population générale et du manque de données complètes dans notre étude.

Conduites addictives

75% des conjoints présentent des conduites addictives. Aucune donnée concernant les addictions n'est présentée dans l'enquête nationale périnatale.

Les conduites addictives avec notamment la consommation d'alcool et de drogues constituent un facteur de risque de violence et non une cause.

CONCLUSION

Les violences conjugales sont un des éléments à rechercher au cours des consultations de la grossesse notamment au cours de l'entretien prénatal précoce. En effet, la HAS recommande que les professionnels de santé qui assurent les consultations de grossesse soient attentifs au repérage des principaux facteurs de vulnérabilité notamment des violences conjugales. (18)

Au cours du recueil des données, nous avons pu constater que depuis la mise en place de l'EPP le nombre de violences déclarées au cours de la grossesse a augmenté. Par conséquent, les recommandations de la HAS semblent être respectées par les professionnels en charge de l'EPP.

A travers cette étude, nous avons voulu étudier les conséquences de ces violences sur le plan obstétrical et périnatal.

Nous avons mis en évidence que les violences conjugales sur le plan obstétrical peuvent influencer l'apparition de la plupart des pathologies ainsi que la nécessité d'un déclenchement du travail. Les résultats de notre étude, bien que les populations ne soient pas nécessairement comparables d'un point de vue quantitatif, semblent concorder avec les données de la littérature sur ce sujet.

De plus, les principaux facteurs de vulnérabilité cités par l'ENVEFF ont été confirmés dans notre étude.

Sur le plan néonatal, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la prématurité contrairement à certains articles de la littérature. Le faible nombre de dossiers de notre étude pourrait en partie expliquer cet élément.

Cependant le recours aux gestes de réanimation est nettement augmenté dans notre population.

Les violences conjugales constituent un véritable problème de santé publique. La politique de lutte contre les violences faites aux femmes est une préoccupation majeure du gouvernement comme le montrent les divers programmes d'action et plans. Le quatrième plan interministériel 2014-2016 de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes souligne l'engagement fort des pouvoirs publics. De plus, la création de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) en novembre 2013, officialise cette problématique comme politique à part entière. (22)

Notre étude peut ainsi permettre d'éveiller la prise de conscience et inciter les professionnels de santé à dépister les violences conjugales au cours de la grossesse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) CHAUVIN P., LEBAS J., MORVANT C., Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2002, p.3.

- (2) RICHARD-GUERROUDJ N., Violences faites aux femmes : La maternité de Montreuil se mobilise, Profession Sage-Femme, n°195, Mai 2013, p.20-22.

- (3) WELZER-LANG D., Arrête ! Tu me fais mal !, Edition Payot et Rivages, Paris, 2005, p.33-p.44 ; p.105-106 ; p. 109-115.

- (4) COUTANCEAU R., Amour et Violence : Le défi de l'intimité, Édition Odile Jacob, Paris, 2011, p.161; p113 -122.

- (5) COUTANCEAU R., SMITH J., Violence et famille : Comprendre pour prévenir, Édition Dunod, Paris, 2011, p.76-77 ; 82-86.

- (6) HIRIGOYEN M-F., Femmes Sous Emprise, Édition Pocket, Paris, 2006, p.14 ; p.12 ; p.28-47 ; p48-69 ; p.70-82.

- (7) JASPART M. et col., L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France ENVEFF, La Documentation Française, Paris, 2003.

- (8) Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels, brochure d'Octobre 2008, p.8 ; 17-20 ; p.40.

- (9) COUTANCEAU R., Auteurs de violences au sein du couple : Prise en charge et prévention, Groupe de travail animé, Mars 2006, p10.

- (10) HENRION R., Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, Rapport au Ministre de la Santé, 2001, p.23 ; p.24-27 ; p.27-29 ; p.41-42.

- (11) KRUG Etienne G. et al., Rapport Mondial sur la Violence et la Santé, Organisation Mondiale de la Santé Genève, 2002, p.112 ; p.113 ; p.102.

- (12) www.solidaritefemmes.org site de la Fédération Nationale Solidarité Femmes consulté le 06/09/2013 à 10h15.

- (13) Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Chiffres clés de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2012, p. 126-127-128 ; p.132-133 ; p.129-130.

- (14) JOUDRIER H., Violences conjugales, Grossesse et Médecine Générale, Université Pierre et Marie Curie Paris 6, Faculté de Médecine, 2012, p.39.

- (15) BOSSIS M., CARTON V., DUGAST S., GOSSELIN C., GRUNVALD S., LEBI-HANNIC S., LORVELLEC S., PHILIPPE H.J., Les violences conjugales, Les Entretiens de Bichat, 1er octobre 2011, p.176-177.

- (16) ROUVEYRE M., Le dépistage des violences conjugales lors de consultations prénatales. État des lieux de la pratique dans le Puy de Dôme, École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, 2012, p.10, p.12-15.

- (17) SOULLEZ C. et col., Rapport 2012 de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales ONDRP, Repères n°18, Octobre 2012, p.356.

- (18) www.has-sante.fr site de la Haute Autorité de Santé consulté le 07/09/2013 à 17h30.

- (19) ROUVEYRE M., Le dépistage des violences conjugales lors de consultations prénatales. État des lieux de la pratique dans le Puy de Dôme, École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, 2012, p.20-21.

- (20) ROUSSEAU N., Les Sages-Femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse, École de Sages-Femmes, Université Paul Sabatier, Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil, 2008, p.19-20 ; p.24-25.

- (21) Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances et leur évolution depuis 2003, Rapport rédigé par Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC-INSERM.

-(22) www.interieur.gouv.fr consulté le 27/03/2016 à 17h00

ANNEXE 1

Le cycle de violence conjugale

www.violencesconjugales5962.fr

ANNEXE 2

Tableau : Etat de stress post traumatique DESNOS

A.	Exposition
•	Maltraitances divers : abandon, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violences psychologique, être témoin de violences ou de mort.
•	Expérience subjectives négatives : rage ; trahison, peur, démission, défaite, honte
B.	Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques (durables répétées, on modifiées par la conscience) :
•	Troubles émotionnels
•	Troubles somatiques
•	Troubles du comportement (p. ex, répétition, automutilation)
•	Troubles cognitifs (attente d'une répétition des évènements traumatiques, confusion, dissociation)
•	Troubles relationnels (violences, opposition, méfiance, hyper conformisme)
•	Honte, culpabilité.
C.	Attentes et croyances erronées :
•	Manque de confiance en soi
•	Méfiance envers les éducateurs
•	Méfiance envers les autres
•	Manque de confiance dans les organismes sociaux
•	Manque de confiance dans la justice
•	Attente d'autres évènements traumatiques.
D.	Perturbations :
•	Scolaires
•	Familiales
•	Relationnelles
•	Judiciaires
•	Professionnelles.

Power point présenté à l'école de sages-femmes sur l'association AVIMED

RODRIGUES Mélissa

CONSEQUENCES OBSTETRICALES ET PERINATALES DES VIOLENCES CONJUGALES AU COURS DE LA GROSSESSE

40 pages

Mémoire de fin d'études

Ecole de sages-femmes de Limoges, année universitaire 2015-2016

Résumé :

Les violences conjugales au cours de la grossesse sont un véritable problème de santé publique. Souvent un sujet tabou, elles peuvent être à l'origine de complications obstétricales et périnatales.

L'étude a porté sur la prévalence de ces complications et sur les caractéristiques socio-économiques et médico-psychologiques de ces femmes victimes de violences conjugales. Cette étude descriptive et rétrospective a été réalisée à partir des dossiers médicaux des 85 femmes ayant déclaré être victime de violences conjugales entre août 2008 et avril 2015 à l'HME de Limoges.

Les résultats ont été comparés essentiellement à ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010 et à l'ENVEFF.

Mots clés :

Violences conjugales, complications obstétricales, complications périnatales.