



Les « Maisons des femmes » Espaces transitionnels de prise en charge

Mémoire présenté et soutenu par

Julie PERRET

Née MULLER le 01 Novembre 1987

Sous la direction de Madame PATOK Malgorzata

En vue de l'obtention du Master 1 Economie et Gestion de la Santé

Promotion 2022-2023

« Les faits ne cessent pas d'exister parce qu'ils sont ignorés »

Aldous Huxley (1894-1963)

REMERCIEMENTS

Pour la réalisation de ce mémoire et pour tout le reste, je tenais à remercier :

Madame Malgorzata Patok, directrice de ce mémoire,

Pour avoir cru en ce projet dès le départ, m'avoir apporté son aide inestimable et son soutien à chaque étape de ce mémoire.

Madame Sabine Delzescaux, responsable de promotion et guidante méthodologie,

Qui, tout au long de l'année, m'a apporté une aide précieuse pour ce travail et m'a permis de prendre conscience de l'essentiel à un moment clé de ma formation.

Madame Armelle Laine, pour son aide et sa disponibilité tout au long de cette année.

Tous les professionnels rencontrés dans le cadre de ce mémoire et au cours de ma formation qui m'ont tant appris sur le sujet et permis d'en percevoir toute sa complexité.

Toutes les patientes rencontrées le temps d'un entretien et dont les récits m'ont bouleversé pour leur confiance et leur sincérité sans lesquelles ce travail n'aurait pu voir le jour.

Ma famille et particulièrement mon mari et mon fils,

Je les remercie pour leur présence, leur amour et leur soutien sans faille mais aussi pour avoir été à mes côtés dans les bons moments comme dans les périodes de doute, de m'avoir toujours soutenue quoiqu'il advienne. Je ne trouverai jamais les mots justes pour vous dire à quel point je vous aime ...

Mes collègues et mes relectrices pour leur patience, leurs efforts cette année pour me permettre de suivre cette formation et leurs conseils avisés.

Mes camarades de promotion et tous mes amis,

Pour tous les bons moments partagés, en espérant qu'il y en ait encore beaucoup d'autres.

Tous ceux que j'ai oubliés,

Merci à tous

SOMMAIRE

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	4
Problématique.....	8
Méthodologie	10
Récapitulatif des entretiens patientes anonymisés	15
Récapitulatifs des entretiens de professionnels anonymisés.....	16
PARTIE 1 : LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES, PHÉNOMÈNE SOCIÉTAL, PROBLÈME SYSTÉMIQUE IMPACTANT LA PRISE EN CHARGE.....	18
1.1. La violence faite aux femmes enceintes, phénomène systémique.....	19
1.1.1. La violence faite aux femmes enceintes : une notion polysémique et multidimensionnelle.....	20
1.1.2. L'impensée de la violence exercée à l'encontre des femmes : tabou sociétal et déni global : politique, académique, juridique et médical.....	25
1.2. La violence faite aux femmes enceintes un problème de santé publique	29
1.2.1. Construction sociale	29
1.2.2. Production sociale.....	32
1.3. Adaptation de l'offre de soin à la réalité sociétale du public rencontré.....	38
1.3.1. En rapport avec la précarité des patientes	39
1.3.2. En rapport avec le traumatisme vécu et la vulnérabilité psychique des victimes	41
1.3.3. En rapport avec l'ambivalence des victimes.....	47
PARTIE 2 : LES MAISONS DES FEMMES, DES STRUCTURES MULTIDIMENSIONNELLES PARTIES INTÉGRANTES DE LA PRISE EN CHARGE.....	53
2.1. Genèse et évolution des structures	53
2.2. Une organisation spécifique	56
2.2.1. Une structure hybride proche d'une adhocratie missionnaire.....	57
2.2.2. Organisation dans son environnement.....	59
2.3. Les multiples visages des acteurs des maisons des femmes.....	61
2.3.1. Les maisons des femmes un système d'acteurs pluridisciplinaires et complémentaires	61
2.3.2. Identité culturelle et professionnelle forte se construisent pendant la formation.....	65
2.3.3. Le rôle fondamental de la formation des acteurs dans la libération de la parole des victimes	70

2.4. Le lieu de soin conçu comme un « refuge »	74
2.5. Articulation et coordination complexes avec les autres partenaires	77
PARTIE 3 : UN PARCOURS DE SOIN MULTIDIMENSIONNEL, LIEU DE RENCONTRE INTERSUBJECTIVE ET ESPACE TRANSITIONNEL DE SOIN	79
3.1. Polysémie clinique des victimes : une symptomatologie complexe et le plus souvent secrète	79
3.2. Entre motivations et freins : ce qui se joue dans la relation d'aide particulière proposée au sein des maisons des femmes	84
3.2.1. Les motivations exprimées par les patientes à intégrer un parcours de soin.....	84
3.2.2. Les freins avancés à l'entrée ou la poursuite de la prise en charge	87
3.2.3. Soignant-soigné une relation particulière au sein des MDF	91
3.3. Caractéristiques propres de la prise en charge	94
3.3.1. Entrée dans le parcours de soins : contractualisation de l'offre de soins	94
3.3.2. Parcours de soin tourné vers une reconstruction identitaire globale de la victime ...	98
3.3.3. Un parcours de soin développé dans une temporalité particulière	102
3.3.4. Les maisons des femmes partagées entre idéologie de la réinsertion et espaces transitionnel de prise en charge.....	105
CONCLUSION	109
ANNEXES	113
BIBLIOGRAPHIE.....	158

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence régionale de Santé

CADAC : Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CIIVISE : Commission indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles des Enfants

CES : Conseil Economique et Social

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

DU : Diplôme universitaire

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

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

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De jour

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IGGN : Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale

IGPN : Inspection Générale de la Police Nationale

MDF : Maison des Femmes

MNA : Mineur Non Accompagné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PMI : Protection maternelle et Infantile

SSMSI : Service de Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

T2A : Tarification à l'Acte

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UPP : Unité de Psychopathologie Périnatale

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Elle s'appelait Clothilde G. et le 04 août 2022, cette mère de famille de 31 ans enceinte de son quatrième enfant est morte des coups de son mari avec la complicité de sa deuxième compagne sous les yeux de ses trois autres enfants à Montargis. Enceinte de 8 mois au moment du drame, elle représente cette année-là le 64^e féminicide français. Si son sort est particulièrement dramatique et a connu une couverture médiatique importante, nous pourrions également citer Nicole, Fatima, Carole, Karima, Brigitte et bien d'autres, plus ou moins anonymes, qui égrènent malheureusement trop souvent la rubrique des faits divers rappelant cruellement que la question des violences faites aux femmes ainsi que celles exercées sur les femmes enceintes sont encore malheureusement toujours d'actualité.

Les chiffres globaux de violence faite aux femmes sont révélateurs. Plus d'un quart des 15 - 49 ans qui ont été en couple, ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire au moins une fois dans leur vie (à partir de l'âge de 15 ans). 38 % de l'ensemble des meurtres de femmes sont perpétrés par leur partenaire. Les agresseurs ont plusieurs visages mais le conjoint revient le plus souvent surtout dans le cas des femmes enceintes (Ezechi et al., 2004; Johnson et al., 2003). Dans le monde, les violences faites aux femmes intéressent entre 15% et 75% des femmes en âge de procréer. L'incidence de la violence tout au long de la vie au sein du couple varie de 22 % dans les pays à revenu élevé et en Europe, à 25 % en Amérique du Sud, et culmine à 33 % en Afrique, en Méditerranée orientale et en Asie du Sud-Est (Garcia-Moreno et al., 2006 ; Shamu et al., 2011). Ainsi au Kenya, on peut constater, par exemple, au travers des études, que jusqu'à 47% des femmes se disent victimes d'au moins une expérience de violence au cours de leur vie (Hatcher et al., 2013). La dernière période de pandémie de COVID-19, avec ses incidences sociales et économiques, a exposé d'autant plus les femmes à leurs partenaires violents, tout en limitant leur accès aux services. Les situations de crise humanitaire et de déplacement peuvent exacerber la violence existante, notamment la violence au sein du couple ou la violence infligée par une personne autre que le partenaire, et entraîner de nouvelles formes de violence à l'égard des femmes » (OMS, 2021).

Lorsque la violence touche la femme enceinte, elle a souvent des incidences obstétricales conséquentes, tant pour la mère que pour l'enfant. Il existe d'ailleurs une

littérature, riche à ce sujet, dont on retiendra principalement que la violence pendant la grossesse est associée à une augmentation significative de morbidité et de mortalité materno-foetale durant cette période, car elle a un impact à la fois physique et mental (OMS, 2021 ; Taillieu et Brownridge, 2010). Cette réalité est d'autant plus prononcée quand la grossesse est non désirée (Pallitto et al., 2005 ; Boufettal et al. 2012) Elle majore le risque de naissance prématurée, de faible poids de naissance, de dépression du postpartum (Audi et al., 2006 ; Campbell et al., 1993 ; Goodman et al., 1993 ; García-Moreno et al., 2006 ; Heise et al., 2002 ; Leithner et al., 2009 ; Silverman et al., 2006). Par la suite, les patientes exposées aux violences conjugales pendant leur grossesse sont plus à même de subir une violence majorée, voire létale, une fois celle-ci terminée (McFarlane et al., 2002).

Des travaux ont pu montrer que la prévalence internationale de la violence exercée sur les femmes enceintes était très variable allant de 1% à 28% selon les pays (Gazmararian et al., 1996 ; Garcia-Moreno, Stöckl, 2009). Si certains pays semblent en être plus préservés (ex : 2% en Australie, au Cambodge ou encore en Europe) d'autres en déplorent des taux beaucoup plus élevés comme ceux d'Afrique et d'Amérique latine (Devries et al., 2010 ; Stöckl et al., 2010). La majorité des études l'évalue entre 3,9% et 8,3% (Amaro, Fried, Cabral, & Zuckerman, 1990; Berenson, Stiglich, Wilkinson, & Anderson, 1991; Berenson, San Miguel, & Wilkinson, 1992; Campbell, et al., 1992; Campbell et al., 2004; Gazmararian et al., 1995; Helton, McFarlane, & Anderson., 1987; O'Campo, Gielen, Faden, & Kass, 1994; Parker, McFarlane, & Soeken, 1994; Garcia-Moreno et Stöckl, 2009 ; SPF et INSERM, 2023). Là où certaines sont déjà confrontées à la violence avant la grossesse, une partie d'entre elles, 1% à 17% des femmes enceintes, l'expérimente pour la première fois au cours de cette période particulière, ce qui renforce la nécessité d'accorder une place prédominante au dépistage de la violence dans les initiatives mondiales en vue d'améliorer la santé maternelle et de réduire la mortalité (Martin et al., 2006 ; O'Campo et al., 2011). Par ailleurs, certaines études ont montré que la violence peut débuter, se poursuivre voire augmenter pendant la grossesse (Taillieu et Brownridge, 2010 ; Torres et al., 2000 ; Brown, 1996 ; Richardson, 2001 ; Henrion, 2005 ; Stöckl et al., 2010) quand d'autres affirment plutôt qu'elle diminue (Rae-Grant, 1993 ; Muhajarine et D'Arcy, 1999). Dépister la violence n'est pas chose aisée, mais la grossesse, de par la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'y construit entre patientes et personnel médical, constitue une belle opportunité de repérer ces situations surtout que ces femmes sont encore une minorité à

s'adresser directement à la police ou aux associations dédiées (Bacchus, 2004 ; Henrion, 2005 ; Torres et al., 2000 ; Brown et al., 1996 ; SSMSI, 2022). Il s'agit en cela d'un vrai enjeu de santé périnatale, tant elle influe sur la santé du couple mère-enfant (Brown, 1996 ; Bouffetal 2012), si bien que, depuis 1995, les recommandations internationales préconisent le dépistage systématique de ces dernières durant la grossesse.

Dans le cadre de leur pratique professionnelle, la question des violences faites aux femmes a toujours été présente à des degrés variés dans l'exercice de la profession de sage-femme. Une fois diplômées, il faut dire que c'est souvent dans le cadre de la première expérience professionnelle qu'elles commencent à y être confrontées. Dans notre cas, cette première immersion dans la réalité de certaines patientes via le prisme de l'hôpital fut marquante tant elle était éloignée des standards enseignés à l'école mais également des expériences et référentiels personnels. La formation initiale des professionnelles sages-femmes est très limitée voire inexistante sur le sujet des violences rendant ce « premier contact » encore plus saisissant. Si les instructions orales des collègues les plus expérimentées faisaient règle, aucun protocole n'existait sur la question et les connaissances des unes et des autres étaient assez disparates. À l'époque, nous ne posions par exemple jamais directement la question des violences, car cela ne faisait pas partie des recommandations. Par conséquent, nous ne nous occupions que des patientes ayant eu le courage d'expliquer spontanément leur situation. Aujourd'hui encore demeure le souvenir de l'embarras dans lequel nous nous trouvions lorsqu'une patiente venait révéler des faits de violence : embarras d'évoquer un sujet encore très tabou, mais aussi de nous sentir dans l'impossibilité de leur apporter une réponse satisfaisante. Hormis quelques rares associations, le relais à leur proposer était très limité, d'autant plus si elles ne parlaient pas bien le français, comme c'était souvent le cas pour les femmes enceintes venues consulter à l'issue de leur parcours migratoire. Cette situation se présentait fréquemment sans qu'il n'y ait de franche réaction des soignants, et nous ne trouvions de soutien dans cette problématique qu'auprès de rares collègues sensibilisées, mais rien venant de notre hiérarchie ou de l'institution.

Si le quotidien en tant que sages-femmes de salle de naissance, nous a donné la sensation d'être préservées de cette réalité, a posteriori de ce travail de mémoire, nous ne pouvons nous empêcher de nous interroger aujourd'hui sur cette constatation : était-elle fondée ? S'agissait-il d'une incapacité à l'époque à la repérer ? Un désir inconscient de nous

en préserver ? Difficile pour les jeunes sages-femmes en début de carrière que nous étions, d'avoir conscience des conséquences éventuelles de notre inexpérience et de notre silence sur nos patientes.

Il nous aura fallu intégrer l'encadrement en tant que cadre du service de maternité pour avoir un vrai déclic sur cette problématique, car les sages-femmes coordinatrices sont amenées dans leurs missions à coordonner la prise en charge de toutes les patientes victimes de violence hospitalisées dans la structure. Nous avons alors pris pleinement conscience de la fréquence élevée des situations de violence que nous avions mésestimées jusqu'à lors. En étant présentes aussi tous les jours au lieu de la douzaine de gardes mensuelles d'usage, nous avons pu nous rendre compte que le nombre de patientes concernées est saisissant même en exerçant dans un département économiquement favorisé. Nous avons pu expérimenter directement à quel point le suivi et la prise en charge de ces patientes étaient complexes et nécessitaient une attention toute particulière. À quel point également, il était encore compliqué dans notre territoire de santé, de leur fournir des aides adaptées et de qualité bien qu'on soit au XXI^e siècle. Il nous est apparu que nous étions relativement préservées dans le cadre de notre activité clinique, car en tant que sages-femmes cliniciennes, nous dépistons, mais nous transmettons la gestion du suivi de la patiente aux cadres pour coordonner la suite. Durant ces dernières années, nous avons pu apprendre ce qu'étaient les violences, comment les gérer de manière satisfaisante, comment aborder sereinement cette question avec les patientes. Après de professionnels aguerris et surtout formés, nous avons optimisé notre pratique. Dernièrement, nous avons pu assister à la création d'une « maison des femmes » proche de notre lieu d'exercice, ce qui nous a permis d'observer un bouleversement dans la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence. Cela nous a donné envie de comprendre comment ce bouleversement s'opérait et pourquoi, tout en l'abordant autrement que par l'angle opérationnel.

Faire le focus sur les femmes enceintes, nous semblait donc doublement pertinent car, en plus d'être au cœur de la profession de sage-femme, la grossesse est également un moment de chamboulement physique (fatigue, douleur, déséquilibres hormonaux) et d'extrême vulnérabilité pour les femmes. De plus, de nombreuses études indiquent que les violences commencent souvent lors de la grossesse et lorsqu'elles sont préexistantes à la grossesse, elles évoluent souvent durant celle-ci soit en se majorant ou au contraire en se minorant (Torres et

al., 2000 ; Brown et al., 1996 ; Richardson et al., 2001 ; Henrion, 2005 ; Rae-Grant, 1993 ; Muhajarine, 1999). Explorer la prise en charge proposée aux patientes enceintes victimes de violence dans les maisons des femmes en la confrontant aux besoins de ces dernières lors de leur grossesse avait tout son sens.

Les maisons des femmes sont des structures récentes, la première maison ayant été créée à Saint-Denis en 2016 par le Dr Ghada Hatem-Gantzer, gynécologue-obstétricienne. Cette dernière est sûrement la mieux placée pour définir ce qu'est cette néostructure. Dans son interview à France Culture, elle explique que les maisons des femmes sont des « lieux d'accueil, de prévention, de consultations et d'orientation des femmes » ayant un lien fonctionnel avec le centre hospitalier de secteur auquel elles sont rattachées d'un point de vue administratif. Dans ces espaces hybrides, à mi-chemin entre hôpital, maison médicale et associative, on propose « une prise en charge globale médicale, sociale, juridique et psychologique post traumatique » (Baldy, 2023). Le concept s'est particulièrement développé sur les dernières années. Désormais, on en dénombre cinq (quatre en France, une en Belgique) et dix autres sont en gestation avec l'objectif de créer un grand réseau de Maisons des femmes au plan national avec le soutien du Ministère de la Santé. Le recul et l'analyse que nous avons sur leurs pratiques sont donc limités. Cela majore notre intérêt pour comprendre leur fonctionnement, leurs impacts sur les patientes et sur les professionnels ainsi que les enjeux qu'elles sous-tendent.

Problématique

Forts de ces constats et de nombreuses lectures sur le sujet, nous nous sommes interrogés sur l'accompagnement dont bénéficient les femmes enceintes victimes de violence au sein des structures dédiées appelées « maisons des femmes ».

De cette problématisation, nous avons ensuite interrogé les différentes dimensions qui recouvraient ce parcours de soin et plusieurs hypothèses de recherche ont pu émerger. La mise en place de "maisons des femmes" optimise la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence parce qu'elle propose un accès aux différents acteurs dans un même lieu géographique, ce qui simplifie leurs démarches. Leur prise en charge y est améliorée parce qu'elle est effectuée par des personnes formées et spécialisées sur le sujet là où des professionnels non sensibilisés et non formés sont souvent démunis. L'identification d'un lieu

dédié aux violences faites aux femmes leur permet de trouver plus facilement des ressources d'accompagnement et de prise en charge parce qu'il favorise sa visibilité. Les femmes enceintes victimes de violence échappent souvent au suivi classique de grossesse parce qu'elles ont peur du regard et du jugement des autres (renoncement à certains soins ?).

La phase exploratoire de notre recherche ainsi que les différentes lectures sur le sujet nous ont permis au fur et à mesure du temps de voir que cet accompagnement était multidimensionnel, riche et à quel point il se démarquait des autres structures. Nous avons donc construit notre travail autour de trois axes principaux constituant chacun une dimension spécifique et structurelle de la prise en charge.

Dans la première partie de notre travail, nous balayerons le contexte sociétal de la violence faite aux femmes enceintes afin de mieux en percevoir les contours puis nous l'aborderons comme un problème de santé à part entière qui s'est imposé au fur et à mesure des dernières décennies. Nous montrerons comment ces deux réalités ont été intégrées dans la prise en charge proposée aux patientes au sein des maisons des femmes et comment cette dernière s'y est adaptée spécifiquement.

La deuxième partie aura pour vocation d'étudier en macro les maisons des femmes proposant une dimension de la prise en charge également pensée en fonction du profil et des besoins des victimes. On y détaillera les principales caractéristiques de l'organisation, le rôle de ses acteurs et leur articulation à la fois entre eux, avec les patientes ou avec les structures conventionnelles avoisinantes. Nous y verrons, entre autres, que le lieu et son organisation sont entièrement réfléchis pour apporter une prise en charge optimale aux femmes suivies.

Enfin dans la dernière partie de ce travail, nous nous intéresserons à une dimension de la prise en charge plus proche du terrain et des individus en analysant le parcours de soin offert aux victimes au sein des maisons des femmes. Nous explorerons les principaux freins et motivations exprimés par les femmes à intégrer le parcours mais également les principales caractéristiques qu'il revêt tenant compte de la symptomatologie particulière du public rencontré. Nous montrerons qu'il s'agit de véritables structures transitionnelles de soins dont l'objectif est la reconstruction identitaire complète de la victime.

Ces trois dimensions d'analyse sont indispensables pour comprendre le

fonctionnement de la maison des femmes et le vécu des femmes en son sein et leur analyse nous permettra d'avoir une vision multidimensionnelle de la prise en charge qu'elles offrent.

Méthodologie

En préambule, il est important de préciser que notre recherche a respecté tout du long les préconisations de l'OMS à la fois éthiques et sécuritaires vis-à-vis des femmes avant de prévenir de nouvelles récurrences c'est-à-dire en préservant leur anonymat, en proposant des lieux adaptés, en les informant pleinement avant l'entretien de la teneur du dit entretien, en limitant dans la mesure du possible les facteurs de stress et en ayant préparé au préalable les éventuelles réponses adaptées à l'expression de cette violence (WHO, 2001). Le fait d'avoir été une femme était un atout car les auteurs de violence étant majoritairement des hommes, et une personne de sexe féminin est perçue comme rassurante pour les victimes. Dans notre démarche, nous avons également essayé de limiter au maximum la dissymétrie sociale dans la relation enquêteur et enquêté afin de ne pas rajouter une violence symbolique au cœur même de notre démarche comme le préconise Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1993).

La recherche suit une méthodologie d'étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure et vingt minutes. Les personnes interviewées, répondant à des critères spécifiques, sont au nombre de 11 conformément aux exigences méthodologiques fixées par la faculté. Le premier contact avec le professionnel ou la patiente interviewés, s'est fait préférentiellement via une personne de la structure de soins. Une explication volontairement « vague » de l'enquête lui a été alors faite. Si la personne était intéressée par la démarche et d'accord pour transmettre ses coordonnées, nous la recontactons ensuite pour convenir d'un rendez-vous dans leur lieu de prise en charge, dans leur lieu d'exercice ou à domicile. Le jour de l'entretien, identifiée comme étant une étudiante de l'université de Dauphine, nous détaillons un protocole de recherche précisant le caractère anonyme du témoignage (Annexe 1). Tous les noms, les lieux, et structures, présents dans ce travail sont anonymisés et les données audios ont été détruites après traitement.

Pour explorer la question de départ puis la question de recherche, nous nous sommes appuyées sur une méthodologie académique, dont les nombreuses étapes ont permis de construire la rédaction de ce premier mémoire en sociologie. Pour débiter, il a fallu définir le public cible. L'ensemble de ce travail est tourné vers les femmes enceintes victimes de

violences. Comme nous le verrons, ce public présente des spécificités qui nous ont amenés à nous questionner tout au long de cette recherche. Pour répondre au mieux à la question de recherche, il a été décidé d'étudier ce qu'il se joue dans la prise en charge des patientes au sein de ces structures au travers des regards des professionnels et des patientes. L'idée est d'en fournir une étude la plus complète possible grâce à une analyse « en miroir » en sondant également les avis des professionnels et des patientes ne bénéficiant pas de ce type de prise en charge. Pour cela, il convenait d'interviewer des praticiens exerçant dans la « maison des femmes », mais aussi des patientes enceintes victimes de violence, venues consulter dans la structure, pour recueillir leur vision propre de la prise en charge. Il s'agit d'explorer, d'analyser les situations et les processus auxquels renvoie le terme de violence, en s'intéressant à la fois aux représentations que les professionnels ont de leur pratique et en les confrontant à celles que les patientes ont de leur prise en charge. Il convient pour cela d'en comprendre le contenu normatif et de saisir ses enjeux, en tenant compte du profil particulier des femmes enceintes victimes de violence ainsi que du profil multidisciplinaire des personnes qui les entourent. L'ambition, au-delà du descriptif, est de fournir une analyse qualitative du contenu des verbatims explorant ce qui se joue dans ces structures au travers d'entretiens semis-directifs qui, avec l'accord des participants, ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés.

Pour la phase exploratoire, il paraissait opportun d'interroger une sage-femme coordinatrice dans une maison des femmes et une patiente étant allée jusqu'au bout de la prise en charge en maison des femmes au cours de sa grossesse. Le but étant de balayer le sujet sous différents regards pour essayer d'en avoir une vision globale dès la phase exploratoire. Afin de compléter ces deux visions, il a paru intéressant d'échanger avec une psychologue, docteur en psychothérapie, docteur en droit privé et sciences criminelles et essayiste qui ne travaillait pas en maison des femmes, mais qui était spécialisée sur le sujet (Annexe 2). Le choix du terrain exploratoire s'est imposé puisqu'il s'agissait des maisons des femmes. Après avoir sollicité les cinq maisons existantes, nous n'avons eu des retours que de trois d'entre elles. Le choix a été fait de retenir la plus ancienne pour la phase exploratoire afin de cerner plus correctement les enjeux. Une visite de l'établissement et une immersion participante sur plusieurs journées ont pu avoir lieu. La première s'est tenue en janvier 2023. Elle nous a donné l'occasion de mieux connaître ces structures dans le détail de leur organisation à un

moment où nous ne connaissions que leur nom. Cela nous a permis de rentrer en contact en douceur et en confiance avec les équipes, mais également avec les patientes présentes ces jours-là. L'interview de la sage-femme coordinatrice a pu avoir lieu le même jour. Son double statut, à la fois de manager et de professionnel médical, nous a beaucoup éclairé sur le sujet. Ses connaissances théoriques ont été précieuses et elle a pu nous mettre en lien avec des patientes enceintes suivies dans la structure. Le choix a été fait d'en interviewer une dans le cadre de cette phase exploratoire pour avoir d'emblée les deux regards.

Il est à noter que dès le début du projet, il n'a pas été aisé de trouver des femmes enceintes victimes de violence à interviewer. Les critères d'inclusion des victimes sont restés identiques tout au long de notre démarche et impliquaient des femmes en âge de procréer, exclusivement majeures afin de ne pas avoir à solliciter le consentement de leurs parents et s'exprimant en langue française pour éviter les biais de compréhension. La rencontre devait également avoir lieu alors qu'elles étaient enceintes ou sur la période du post-partum (6 mois post accouchement). Au-delà, le risque de distorsion des souvenirs était trop important pour ce public beaucoup plus à risque de ce côté-là du fait des traumatismes psychologiques importants. Il y avait donc dès le début des obstacles inévitables, notamment celui de la langue. Même si les professionnels rencontrés ont pu nous aider dans cette démarche, une certaine difficulté vis-à-vis des patientes a été rencontrée : créer dans un temps restreint un climat de confiance propice à l'acceptation d'un entretien, surtout lorsque la mention de l'enregistrement était faite. Pour cette première patiente, par exemple, il y a eu quatre reports de rendez-vous avant de nous avouer qu'elle craignait les questions que nous allions lui poser. Après avoir pu la rassurer sur cet aspect, nous avons convenu d'un entretien téléphonique, car, pour reprendre ses mots, il lui était « impossible d'envisager qu'une inconnue vienne dans l'intimité de son domicile ». Il s'agissait du « seul endroit où elle se sentait en sécurité », mais lorsque l'entretien a eu lieu il a été à la fois très bouleversant de sincérité et très éclairant. Pour parfaire, l'exploration de la problématique en lien avec les hypothèses de recherche, nous avons pu construire une trame de guide d'entretien exploratoire comprenant 7 thèmes principaux. Ces derniers intéressent à la fois la sage-femme coordinatrice de structure (Annexe 3) et la patiente (Annexe 4). Les 23 questions, que comportaient les guides étaient sensiblement les mêmes de manière à mieux pouvoir les comparer par la suite.

Le choix du terrain définitif s'est orienté presque naturellement vers une maison des

femmes plus ancienne déjà étudiée en phase exploratoire, à laquelle s'est rajoutée une seconde beaucoup plus récente afin de pouvoir comparer deux temporalités différentes. Les deux étaient inconnues avant cette enquête de façon à respecter du mieux possible la « neutralité axiologique » chère à Max Weber (Weber, 1994). De plus, afin d'élargir notre vision sur celles-ci par le regard d'autres professionnels ou patientes n'ayant pas eu de lien direct avec une maison des femmes, nous nous sommes aussi orientés vers des structures, que nous appellerons conventionnelles dans ce travail comme un centre hospitalier, une PMI, une clinique situés dans un territoire de santé pourvu d'une maison des femmes. Concernant l'échantillonnage de la phase définitive, il a été construit dans l'optique de balayer au plus large le sujet. Il a semblé judicieux qu'il soit complémentaire de celui de la phase exploratoire pour englober, entre autres, les principaux acteurs professionnels de la maison des femmes. À ce titre, les entretiens exploratoires ont directement influencé le profil de ces professionnels en identifiant les plus incontournables et les plus pertinents. À défaut de pouvoir les interviewer tous vu le nombre d'entretiens maximum défini, il a été retenu comme critères d'inclusion le fait de travailler en maison des femmes (MDF) au cœur de la prise en charge des patientes à savoir la sage-femme coordinatrice de soins (Annexe 5), l'assistante sociale (Annexe 6) et le gynécologue-obstétricien (Annexe 7). Un critère supplémentaire dans le recrutement des professionnels était qu'ils aient tous eu une activité dans une structure classique avant leur arrivée à la maison des femmes, de manière à être les plus complets possibles lors de leur entretien. Pour la sage-femme, le choix d'une sage-femme coordinatrice de soins dans la maison des femmes qui gère, au sein de la structure, le parcours de soin des patientes victimes de violence, s'est imposé de par son rôle central. Pour apporter une vision en miroir « en creux » de la prise en charge offerte deux professionnels, extérieurs à la structure, mais intervenant dans un territoire de santé disposant d'une maison des femmes, ont été également interviewés. Concernant les professionnels extérieurs, les entretiens exploratoires ont permis de confirmer la pertinence d'interviewer une psychologue d'un centre hospitalier du territoire (Annexe 8) et d'identifier la sage-femme de PMI (Annexe 9) comme étant souvent en première ligne du dépistage. Son expérience s'est donc imposée comme étant incontournable. Ces deux professionnels ont été recrutés de manière à ce qu'ils aient tous les deux connu l'implantation récente d'une maison des femmes dans leur territoire de santé afin qu'ils puissent éventuellement décrire l'avant et l'après.

Côté patientes, pour explorer tous les aspects de la prise en charge de la violence

faite aux femmes enceintes, différents profils de patiente ont volontairement été sélectionnés :

- une patiente prise en charge en maison des femmes et structure conventionnelle (Annexe 10).
- une patiente étant suivie en structure conventionnelle et ayant comme projet de rejoindre une maison des femmes pour son suivi (Annexe 11).
- et une patiente n'ayant pas été suivie par une maison des femmes (recrutement au sein d'une maternité positionnée sur un territoire de santé où était implantée une maison) (Annexe 12)

Sans que cela soit recherché, elles partageaient la même caractéristique d'être isolées tant sur le plan social que familial. Dans la phase définitive, il a été proposé aux patientes de témoigner de leur suivi et du vécu de ce dernier autour de 8 thèmes différents : présentation de la personne et de la structure de prise en charge, contextualisation de la violence faite aux femmes, organisation au sein de la structure, modalités d'accueil et d'orientation des patientes, modalités d'accompagnement des patientes, relations et interactions au sein de la structure, idéal de prise en charge. La phase exploratoire a permis de préciser ces thèmes ainsi que les questions et les relances. Ces thèmes ont été également transposés dans les guides d'entretien des professionnels de la phase définitive (Annexes 5 à 12).

Récapitulatif des entretiens patientes anonymisés

Titre 1 : Tableau récapitulatif des entretiens des patientes (anonymisés)

Entretien	Exploratoire n° 3	Définitif n° 2	Définitif n° 4	Définitif n° 5
Date	20/01/23	14/02/23	07/04/23	07/04/23
Lieu	Domicile	Centre Hospitalier	Foyer d'accueil de femmes victimes de violence	Foyer d'accueil de femmes victimes de violence
Nom	DIALLO	EL MIMOUNI	EMIE LOLO	MATIBOMDO
Prénom	Fatou	Fatma	Clémentine	Lia
Âge	27 ans	38 ans	32 ans	27 ans
Statut	Patiente ayant été enceinte avec un suivi dans une MDF + Structure conventionnelle	Patiente ayant été enceinte sans suivi par les maisons des femmes, accouchée à J2	Patiente ayant un suivi en maison des femmes et structure conventionnelle	Patiente enceinte ayant un suivi en structure conventionnelle et avec un projet de rejoindre une maison des femmes
Situation familiale	Séparée	en instance de divorce	Célibataire	Célibataire
Nombre d'enfants	2 enfants (5 ans et 3 mois)	3 enfants (5 ans, 3 ans et 2 jours)	2 enfants (1 de 6 ans en Afrique et 1 enfant de 15 jours)	0
Emploi	Congé maternel	RSA	Aides-réfugiées	Aides-réfugiées
Diplôme	CAP	Science juridique et administrative (algérien)	aucun	Sans
Fourchette de revenu	moins de 1000€	de 1000€ à 2000€	moins de 1000€	moins de 1000€
Statut habitat	Locataire	Locataire	115	115

Type d'habitat	Bailleur privé	Bailleur associatif participatif (10% des revenus)	Foyer accueil	Foyer accueil
Lieu du suivi obstétrical	CH d'Écully et maison des femmes	Clinique puis centre hospitalier dans un territoire où existe une maison des femmes	Maison des femmes + CH de secteur	PMI de secteur

Ces éléments ont pu être recueillis grâce aux fiches signalétiques (Annexe 13).

Récapitulatifs des entretiens de professionnels anonymisés

Titre 2 : Tableau récapitulatif des entretiens de professionnels (anonymisés)

Entretiens	Exploratoire N° 1	Exploratoire N° 2	Définitif N° 1	Définitif N° 3	Définitif N° 6	Définitif N° 7
Date	13/12/22	11/01/23	16/01/23	20/02/23	10/04/23	10/04/23
Lieu	Centre Hospitalier	Domicile	Lieu extérieur neutre	Centre Hospitalier	Maison des femmes	Maison
NOM	DELVAL	MORAND	BOURGEOIS	MONNET	THIEL	GRIVES
Prénom	Marine	Isabelle	Irène	Emilie	Isabelle	Ninon
Âge	42 ans	56 ans	33 ans	33 ans	29 ans	29 ans
Statut	Sage-femme coordinatrice maison des femmes	Docteur en psychothérapie spécialisée sur la violence	Sage-femme coordinatrice de soins en maison des femmes	Psychologue à mi-temps entre libéral et centre hospitalier situé dans le périmètre d'une maison des femmes	Assistante sociale d'une maison des femmes	Gynécologue-Obstétricienne en maison des femmes

Années expériences	20 ans	30 ans	8 ans	5 ans	8 ans et demi	2 ans et demi
Années d'expérience dans la structure	12 mois	0 mois	15 mois	0	2 ans et demi	2 ans et demi
Formations sur la VFAF	DU VFAF vers la bientraitance 2021-2022/Congrès sur santé sexuelle /PEC juridique de la violence/ Accompagnement des violences faites aux femmes/Victimologie	Dizaine de formations longues (3 semaines) en début de cursus professionnel	in vivo de la structure mook : bibliothèque de formations VFAF de MSF webinaire Formation en interne avec lectures	formation en EMDR et psychothérapie	DU VFAF	Formation à la maison des femmes de Saint-Denis

Ces éléments ont pu être recueillis grâce aux fiches signalétiques (Annexe 13).

PARTIE 1 : LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES, PHÉNOMÈNE SOCIÉTAL, PROBLÈME SYSTÉMIQUE IMPACTANT LA PRISE EN CHARGE

« Bats ta femme régulièrement, si tu ne sais pas pourquoi elle le sait » proverbe arabe.

« Le mari peut battre et blesser sa femme, la taillader de bas en haut et se chauffer les pieds dans son sang, il ne commet pas d'infraction s'il la recoud et elle survit » droit coutumier, Bruges, XIVe siècle.

« Les femmes ne sont pas des gens » droit provençal, France, XIIe Siècle (Pizzey, 1975 ; Badou, 1976, p.70).

Selon la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1993, la violence à l'égard des femmes se définit comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Elle englobe, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après :

- a) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale et la violence liée à l'exploitation ;
- b) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ;
- c) La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce » (ONU, 1993).

Dans le cadre de ce travail, le terme générique "violence" sera utilisé pour parler des violences faites aux femmes enceintes conformes à cette définition. La violence à l'égard des femmes est décrite par l'ONU comme contraire à « l'instauration de l'égalité, du développement et de la paix ». Dans la lignée des stratégies prospectives d'action de Nairobi et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, l'ONU précise que « la violence à l'égard des femmes constitue une violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales et empêche partiellement ou totalement les femmes de jouir des dits droits et libertés » (Ibidem).

La violence faite aux femmes reste encore un sujet tabou au sein de notre société mais cette réalité que nous aborderons ici comme un véritable phénomène systémique et un enjeu de santé publique est prise en compte dans sa globalité au sein des maisons des femmes et fait partie intégrante du parcours de soin qu'il influence tout du long. Quant à la violence sur les femmes enceintes, il s'agit du tabou sociétal ultime, de l'ordre de l'impensé alors que l'incidence et les répercussions à la fois pour la femme et l'enfant sont importantes. Elle paraît complètement niée tellement il semble impossible qu'une femme portant la vie soit concernée.

1.1. La violence faite aux femmes enceintes, phénomène systémique

La violence faite aux femmes a été un sujet d'étude sociologique très récent puisque c'est seulement dans les années 2000 où ont eu lieu les premières études françaises sur le sujet. Jusqu'à lors, cela n'était quasiment pas abordé ou seulement via l'angle de la domination de l'homme sur la femme qui monopolisait le débat (Jaspard, 2011). Il s'agit d'un sujet resté longtemps tabou au sein de la société avec une prise de conscience timide, mais progressive, qui nous a encore plus incité à comprendre pourquoi.

La prise en charge des femmes enceintes victimes de violences est un sujet sociétal qui comporte de nombreux enjeux humanitaires et politico-historiques. Dans cette partie, nous nous attacherons à expliquer comment les sociétés en sont venues à prendre conscience de la violence faite aux femmes, ce qui nous permettra de connaître les raisons qui ont permis l'émergence des maisons des femmes et celles qui incitent les femmes victimes à les utiliser.

1.1.1. La violence faite aux femmes enceintes : une notion polysémique et multidimensionnelle

Jean-Claude Chesnais dans son livre « Histoire de la violence en occident de 1800 à nos jours » nous rappelle que la violence est un phénomène très ancien puisque déjà les civilisations primitives étaient connues pour pratiquer cannibalisme et sacrifices humains (Chesnais, 1981). Au fil des siècles, la violence s'est également manifestée sous d'autres formes, telles que l'esclavage, les révolutions, les répressions politiques et les guerres, aidée par moment par les avancées technologiques, comme par exemple l'invention des armes à feu et des armes de destruction massive. Le terme violence regroupe de multiples réalités comme l'explique Delage en 2012. On peut la considérer selon « une définition sociologique, psychologique, psycho-criminologique, systémique » (Delage et al., 2012). Elle concerne potentiellement tous les individus, quel que soit leur statut, et correspond à tout comportement occasionnant un préjudice physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination. Dans ce travail, nous avons choisi de nous intéresser aux maisons des femmes car elles prennent en charge les violences faites aux femmes enceintes. Ces violences dans leur globalité sont orientées majoritairement à destination des femmes (SSMSI, 2022) et ces dernières ont traversé les siècles. En 1976, la militante féministe et écrivain Benoîte Groult, disparue en 2016, était reçue sur France Culture, au micro de Jacques Paugam pour s'exprimer sur la violence faite aux femmes (Combis, 2017). Elle expliquait qu'il y avait toujours eu une espèce de « complot tacite, qui a toujours admis que la femme était l'esclave de l'homme et qu'il était normal qu'elle subisse la violence physique et morale, toute forme d'oppression ». Pour elle, très vite notre civilisation est devenue une civilisation où l'homme a eu le pouvoir et s'en est suivi une certaine fatalité à en abuser, en témoignent les mutilations subies dans l'histoire par les femmes : femmes girafes en Birmanie, femmes aux pieds bandés en Chine, négresses à plateau, etc. De tout temps et dans tous les domaines tant physiques, moraux et intellectuels, il y a eu le désir de maintenir les femmes en état d'infériorité surtout dans le cadre de la religion judéo-chrétienne où il n'y avait pas de place pour elles. Il était pendant longtemps admis que la femme appartenait à l'homme et que ce dernier pouvait exercer un contrôle sur elle, ce qui quelque part était soutenu par la société comme en témoignaient certaines réactions dans les commissariats ou hôpitaux lorsque les femmes osaient révéler les

faits subis (Ibidem). Dans sa déclaration, l'ONU explique que la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercée par les premiers et freiné la promotion des secondes, et qu'elle compte parmi les principaux mécanismes sociaux auxquels est due la subordination des femmes aux hommes » (ONU, 1993). Ce climat entraînait une certaine résignation des femmes face à leur sort. Dans l'Histoire, lorsque ces dernières venaient à avoir une sorte de pouvoir, elles étaient durement réprimées à l'image des « sorcières » brûlées pendant 9 siècles pour leurs dons (Combis, 2017).

Pour la sociologue Maryse Jaspard, auteure du livre « Les violences contre les femmes » (Jaspard, 2005), la violence faite aux femmes est devenue un concept sociopolitique international dont les principales instances internationales ont dû s'emparer devant l'ampleur du problème. Il faut dire que les conséquences psychiques, physiques et sociales des violences sont prouvées, plurielles et majeures (Campbell et al., 2004). Cela a abouti à une mutation progressive des droits de l'homme dans le but de limiter et d'éliminer les discriminations à l'encontre des femmes premièrement par l'article 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui stipule que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » (1948) mais aussi par la Convention Internationale sur l'Élimination de toutes formes de discriminations à l'égard des femmes (1948). En 1979, l'ONU vote une Convention pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes, texte fondateur dans la lutte contre ces pratiques et d'autres suivent comme la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (1986). Cela permet à la décennie 90 d'être particulièrement stratégique avec la promulgation de nombreux textes et surtout en 1995 de donner lieu à la conférence mondiale sur les femmes de Beijing aboutissant à la ratification d'un programme d'action international. Ce dernier, bien que prometteur, eut un effet contrasté dans les pays concernés. C'est ainsi qu'en février 2009, fut votée la résolution du Conseil des Droits de l'Homme sur l'intensification de l'action menée pour éliminer toutes formes de violence à l'égard des femmes. En 2011 eu lieu la Convention d'Istanbul : Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

Les violences faites aux femmes constituent également une violation du droit

français car elles sont pénalement répréhensibles puisque le Code pénal reconnaît depuis 1994 « la particulière gravité de ce type de violences » et prévoit des peines aggravées lorsqu'elles sont commises par le conjoint ou le concubin. Depuis 1994, le droit français n'a cessé d'évoluer en faveur des victimes. En juillet 2010, « la lutte contre les violences faites aux femmes » a été choisie comme grande cause nationale et traduite dans une loi¹ « relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (Brehat et Thevenot, 2019). En complément, la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice permet, entre autres, la plainte facilitée en ligne et l'éviction de l'auteur des violences du domicile conjugal ou la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Nous vous proposons une rétrospective complète de cette évolution législative en Annexe (Annexe N°14). Nous pouvons ajouter que la violence n'épargne aucun milieu social. Les ouvriers sont autant concernés que les cadres. L'oppression dans le couple s'exerce souvent physiquement, économiquement, administrativement sur le plus vulnérable. Ce pour quoi, déjà en 1976, Benoite Groult avançait qu'il appartenait à l'état de proposer un lieu de repli pour les mettre à l'abri (Combis, 2017).

La période de grossesse n'immunise pas les femmes au contraire, elle constitue une période de particulière vulnérabilité pour le couple. C'est d'ailleurs souvent le théâtre des débuts de violences (Torres et al., 2000 ; Brown et al., 1996 ; Richardson et al., 2001 ; Henrion, 2005 ; Rae-Grant, 1993 ; Muhajarine, 1999). Au cours de l'histoire, les femmes ont été victimes de différentes formes de violence, souvent en raison de leur genre ou consécutive à une certaine « domination masculine » (Brown, 2002). Certains auteurs vont encore plus loin en analysant la violence masculine comme un « mécanisme fondamental de contrôle des femmes » (Hanmer, 1977). Cette violence sexuée est perpétrée à la fois dans la sphère privée et publique. Elle revêt un caractère multidimensionnel : violences interpersonnelles, verbales, psychologiques, physiques et sexuelles (Baldy, 2023). Comme l'explique Madame Isabelle Morand, 56 ans, docteur en psychothérapie spécialisée en violences faites aux femmes enceintes :

¹ Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010

« Tout dépend où vous mettez le curseur et me posez la question en tant qu'anthropologue, que psychologue, que de sociologue ou juriste. C'est important de le dire parce que la compréhension ne sera pas là même. En tant que psychologue, tout ce qui fait le terme « violence aux femmes », c'est le déni de leur altérité que ce soit au niveau verbal, au niveau physique, ou au niveau sexuel. Tout ce qui entraîne un non-respect de sa personne en tant que femme, mais aussi en tant que sujet. C'est ce qu'on appelle un déni d'altérité au niveau psychologique et ça peut prendre plusieurs formes : financières, mais aussi de la négligence, ça peut être des problèmes physiques, sexuels, psychologiques. La dimension psychologique du déni d'altérité, c'est elle qui est la plus forte ».

(Entretien exploratoire N°2, Q4, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Elle n'épargne aucune catégorie sociale de femmes. Elle est majoritairement perpétrée par tout type de profil d'auteur masculin : conjoint, chef. Par ailleurs, il paraît néanmoins important de bien distinguer la violence du conflit. Brown stipule d'ailleurs à ce sujet que, d'un point de vue sociologique, on note une différence entre les deux : « Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner du changement, la violence – signalant d'ailleurs l'incapacité à communiquer – est perpétrée de façon univoque et destructrice. (...) le mécanisme de violence se met en place dès que le vainqueur de l'altercation est toujours le même » (Brown, 2012, p.45).

L'enquête ENVEFF, première de son genre a permis de rompre avec la représentation archaïque des « femmes battues » (De Koninck et Cantin, 2004), car elle a pu mettre en lumière l'existence d'autres types de violence moins connue comme le harcèlement psychologique, les violences sexuelles ou les pressions psychologiques alors que ces dernières concernent une femme sur quatre (Jaspard et al., 2003) et étaient jusqu'à là très largement sous-estimées. Beaucoup de femmes ont révélé pour la première fois les actes de violence qu'elles subissaient au moment de l'enquête (Jaspard et al., 2003). Toutefois, si cette dernière a permis la prise de conscience des violences faites aux femmes, il n'y a pas eu à ce moment-là, de focus sur les femmes enceintes.

Nous notons une évolution sémantique progressive du terme « violence faite aux femmes » en lien avec la prise en compte sociétale du phénomène. Si bien qu'au fur et à mesure du temps, le terme violences faites aux femmes s'est peu à peu étoffé. Ce changement

sémantique et pratico-pratique n'a pas échappé aux professionnels exerçant dans les maisons des femmes ainsi en témoigne la définition de Madame Marine Delval, 42 ans, sage-femme coordinatrice de MDF :

« ... il y a la violence psychologique, la violence physique, la violence sexuelle, la violence économique, administrative, la violence sur la parentalité, la dévalorisation constante des qualités de parentalité. Elle est multiple en fait la violence, mais elle montre quand même un pouvoir. Il y a quand même derrière une histoire de domination d'un sexe sur l'autre ».
(Entretien exploratoire N°1, QR4, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Nous ne retrouvons pas cette même connaissance de la définition du côté des patientes où elle semble correspondre à diverses réalités. Madame El Mimouni Fatma, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en maisons des femmes, a ainsi exercé son « code rouge » sur cette question à laquelle elle n'a pas souhaité répondre (Entretien définitif N°2, Q17, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF). Madame Diallo Fatou, 27 ans, patiente ayant un suivi en maison des femmes, semble perturbée par cette question :

« Je ne sais pas, je ne saurai pas vous répondre ça. Comme je vous ai dit, nous on ne connaît pas ces choses-là. Pour nous c'est normal [Répète plusieurs fois le mot en réfléchissant]. Et une femme qui se fait frapper par son homme, c'est normal ».
(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Pour Madame Matibomdo Lia, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure classique et pour projet de rejoindre prochainement une maison des femmes, il existe une notion de gradation dans l'intensité des violences selon leurs formes :

« Déjà la violence commence verbalement [...] et quand la violence verbale aussi se transforme en violences physiques et de violences physiques, on arrive aussi à la violence psychologique. Et là, c'est le sommet, on va dire ».
(Entretien définitif N°5, Q19, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

Madame Emie Lolo Clémentine, 32 ans, patiente ayant un suivi en maison des femmes, est encore plus radicale quand on lui demande de définir la violence faites aux femmes :

« C'est la mort en fait. Parfois ça peut arriver quand tu n'es pas forte dans ton esprit, tu décèdes. Ce n'est pas bon les violences aux femmes ».

(Entretien définitif N°4, Q20, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Pour les professionnels hors maison des femmes, cette tendance semble être en lien avec leur degré de sensibilisation et de formation sur le sujet comme en témoigne la définition de Madame Montagne Prudence, 60 ans, sage-femme de PMI : « Le terme de violences faites aux femmes, c'est le fourre-tout pour tout ce que les femmes peuvent endurer tout au long de leur vie de femmes. » *(Entretien définitif N°8, Q4, Prudence Montagne, sage-femme de PMI)* et celle de Madame Monnet Emilie, 33 ans et psychologue hors maison des femmes :

« Ça englobe n'importe quoi qui rabaisse en fait, que ce soit physique, psychologique, financier, sexuel, tout ce qu'on veut en fait, mais qui rabaisse, qui humilie, qui blesse. Et puis avec... Associer les mécanismes d'inversion de culpabilité, d'inversion de protection. En fait je vois tellement de dames qui me disent « Ah oui, mais le pauvre, faut le comprendre, c'est pas de sa faute machin. » Et avec le sentiment qu'elle le protège. Moi je mets ça aussi dans la définition de la violence conjugale, clairement ».

(Entretien définitif N°3, Q4, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

La prise en charge proposée à la maison des femmes tient compte de ces multiples dimensions en accueillant les victimes, quel que soit le type de violence subi et en adaptant des intervenants du parcours de soin en fonction.

1.1.2. L'impensée de la violence exercée à l'encontre des femmes : tabou sociétal et déni global : politique, académique, juridique et médical

Travailler sur les violences faites aux femmes enceintes, c'est travailler sur une réalité qui peine à être reconnue. Il nous a été très curieux de constater à quel point c'était éminemment tabou. Il aura fallu tout au long de ce travail composer avec cet état de fait qui, nous devons le dire, ne nous a pas vraiment facilité la tâche. Cela a commencé par la recherche bibliographique qui, pensions-nous naïvement, allait être achalandée vu la gravité du sujet puis de constater que cette hypothèse est partiellement infondée. Si les Canadiens et les Américains notamment ont bien avancé sur le sujet, côté français il n'existe quasiment aucune enquête sur la question hormis celle de l'ENP (République Française, Santé Publique

France, INSERM, 2022). Les violences faites aux femmes enceintes n'ont été que très récemment étudiées et quasiment exclusivement explorées sous l'angle des complications obstétricales qu'elles engendraient. Le sujet des femmes enceintes victimes n'a pas été exploré en sociologie. Il faut dire que même les violences faites aux femmes, d'un point de vue sociologique, n'ont été explorées que par le seul prisme des rapports de domination. Ce déni académique interroge et les avancées des dix dernières années nous font dire que nous nous trouvons peut-être aux prémices de l'histoire de l'étude de ce phénomène pourtant si ancien. Cette absence d'étude académique vient faire écho d'un tabou sociétal lourd et profond. Ce dernier semble présent partout, porté à la fois par les patientes mais, et c'est plus étonnant, également par les professionnels y compris ceux travaillant dans les maisons des femmes comme nous le confirme Madame Isabelle Morand, 56 ans, psychothérapeute spécialisée en violences faites aux femmes enceintes :

« Sur la violence faite aux femmes enceintes, le regard sociétal est extrêmement hypocrite et sur la violence subie par les femmes enceintes c'est un déni total. C'est impensable. C'est quelque chose qui est de l'ordre de l'irreprésentable. La femme, elle porte la vie et ne peut pas être frappée alors qu'on sait qu'il y a beaucoup de violences conjugales qui débutent alors que la femme est enceinte. Donc c'est une réalité qui pour des sages-femmes, pour des obstétriciens, des puéricultrices, ce n'est pas possible. Déjà, une femme victime de violence, c'est compliqué mais alors si elle est enceinte et victime de violence, il y a vraiment un déni même quand on a des signes absolument avérés qui sont constatés ».

(Entretien exploratoire N°2, Q5, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Madame Emilie Monnet, 33 ans, psychologue, partage aussi ce point de vue :

« Un regard, je dirais quand même horrifié parce que c'est souvent impensable quand même [...]. Alors déjà, la violence faite aux femmes, souvent on ne peut pas penser le passage de l'acte sur des personnes qu'on pourrait dire vulnérables. C'est le cas aussi pour la violence faite aux enfants. Et c'est tellement impensable que du coup, on veut que ce soit loin de nous. Il y a quand même une espèce de déni, de dénégation. On pose rarement les questions, on enquête rarement parce qu'en fait, et je pense que c'est vraiment au cœur du sujet, on ne veut pas que ça puisse être, on ne veut pas penser ce truc-là, mais même nous soignants, [...]. Déjà, on n'est pas à l'aise nous même avec l'idée que ça puisse se faire, que ça puisse exister. Ben non, une femme enceinte n'est pas censée connaître de la violence. Elle est censée être

protégée, choyée, accompagnée, entourée [...] Finalement, on en parle beaucoup, mais on ne sait pas vraiment quoi faire et on aimerait que ça n'existe pas, mais ça existe. Donc il y a une espèce de flou là, mais qui nous concerne tous ».

(Entretien définitif N°3, Q4, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que la violence exercée à l'encontre des femmes enceintes est encore très mal connue et niée soit partiellement soit totalement à l'image de la description de Madame Isabelle Thiel, assistante sociale dans une maison des femmes :

« Je pense que quand même la société est très loin de se rendre compte de l'ampleur des violences. Minimise les faits, mais je pense que ça, c'est du déni, du mécanisme de défense, [...], mais après, j'étais un peu comme ça aussi avant. [...] C'est quoi la violence ? Quoi ? Nous, on sait ce qu'il y a derrière le mot violence. Et ça, la société, je pense qu'elle est pas encore prête à les regarder vraiment dans le détail. En fait, c'est soit une petite insulte ou en fait un féminicide. C'est vraiment deux extrêmes et j'ai l'impression que la société elle ne connaît pas tous les détails, toutes les étapes, le cycle et toute forme de violence qui existe ».

(Entretien définitif N°6, Q5, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

D'autres professionnels à l'image du Dr Grives avancent :

« Il y a vraiment une impression que la société est divisée en deux. Il y a ceux qui restent dans le déni et ceux qui sont prêts enfin à vraiment se rendre compte, mais c'est plutôt une population beaucoup plus jeune. Donc, je pense qui a été beaucoup plus sensibilisée par les réseaux sociaux, par tout ce qui se développe actuellement et donc il y a vraiment deux camps, j'ai l'impression ».

(Entretien définitif N°7, Q5, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Cette scission peut être liée à la coexistence de plusieurs générations dont les plus âgées ont été longtemps habitués à une certaine forme de « normalisation » de la violence masculine (Corrin et al., 1997). En effet, l'idée a persisté que la violence envers les femmes, y compris celle envers les femmes enceintes, était systématique et naturelle à la faveur de certains mythes profondément ancrés. Une évolution marquante a débuté dans les années 90 avec la déconstruction féministe de certains mythes profondément ancrés à l'image du viol remis en cause par Susan Brownmiller dans son ouvrage « Le viol » (Brownmiller, 1975 ;

Corrin et al., 1997 ; El Saadawi, 1980 ; Hooks, 1984 ; Bunch & Carrilo, 1992). Il semble effectivement cohérent que les jeunes générations aient une sensibilisation différente à ces violences dans un contexte sociétal mouvant mais les efforts entrepris pour dépasser ce déni et ces non-dits doivent être potentialisés. Pour le Dr Ghada Hatem, cela passe entre autres par la pédagogie et l'éducation (Baldy, 2023).

S'il semble improbable qu'une telle réalité soit tant déniée alors qu'elle concerne environ 1 femme enceinte sur 10 (Garcia Moreno et al., 2006 ; République Française, Santé Publique France, INSERM, 2022), Madame Hélène Romano, psychothérapeute spécialiste de la question des violences faites aux femmes avance une hypothèse : « En France, la maternité est tellement idéalisée, qu'il paraît inenvisageable que quiconque puisse la mettre à mal; peut-être parce qu'elle nécessiterait de reconnaître qu'elle est commise par le conjoint (et le plus souvent le père du bébé à naître) et que cela n'est pas audible dans une société française marquée culturellement par la dimension patriarcale prétendument protectrice; enfin sans doute car cela nécessiterait de penser la détresse psychique de ces femmes et l'existence de troubles post-traumatiques ». Or ce dernier point a été le plus décrié. Il représente la dimension de la violence qui a été reconnue la plus tardivement, bien qu'il a été démontré que les femmes sont « autant sinon davantage marquées par les humiliations et les propos dégradants que par les coups physiques » (Follingstad et al., 1990 ; Riou, et al., 2003). Il n'y a qu'à voir les réactions de Marcela Iacub et Hervé Le Bras à la sortie de l'enquête ENVEFF pour comprendre à quel point les violences psychologiques ont été difficiles à reconnaître socialement et plus généralement à quel point les études menées sur le sujet des violences ont été délégitimées par certains auteurs (Iacub et Le Bras, 2003 ; De Koninck et Cantin, 2004 ; Jaspard et Chetcuti, 2009). Ces réactions traduisent bien l'état d'incrédulité et de méconnaissance du monde scientifique mais également de la société au sens large face à la médiatisation du phénomène des violences.

Ce tabou peut avoir de lourdes conséquences sur les victimes qui peuvent, dans ce contexte, préférer garder le silence par sentiment de honte, d'humiliation, d'injustice ou encore peur des représailles ou carrément ne pas réaliser que ces pratiques sont illégales et répréhensibles (Cantin, 1993) :

« J'avais une facilité à lui dire tout ce qui s'est passé, même si oui, j'ai pleuré, ça a été dur, mais ça a pas été très facile de parler en sachant que ça faisait très très longtemps que je me

suis promis de me taire et de ne parler de mon histoire à personne. Parce que j'avais honte aussi ».

(Entretien exploratoire N°3, Q2, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

1.2. La violence faite aux femmes enceintes un problème de santé publique

Selon Charles Edwards Winslow en 1920 « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, [...] l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des services sociaux qui assurent à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé » (Winslow, 1923, p.30). Il existe d'autres définitions de la santé publique mais globalement, nous pouvons retenir qu'il s'agit d'une discipline censée être au service de l'action publique pour le bien-être collectif en termes de santé. Pour Michel Foucault, elle doit être tenue et gérée à ce titre par l'État (Foucault, 2001). À la manière de Didier Fassin qui a réalisé une enquête sur le plomb et en a montré deux dimensions indissociables, nous pouvons également analyser les violences faites aux femmes selon deux dimensions complémentaires (Iseni, 2021a). La première repose sur la construction sociale (enquêtes, statistiques, consultations médicales) et la deuxième sur la production sociale (phénomènes structurels, société patriarcale, judéo-chrétienne, politiques faiblardes, etc.) de cet enjeu de santé périnatale.

1.2.1. Construction sociale

La réalité des violences faites aux femmes enceintes est apparue chiffrée, très récemment en France et à l'international. Si l'Américaine Anne C. Duggan fait figure de pionnière aux USA en 1994 (Duggan et al., 2004), il faudra attendre 2003 en France pour voir la première étude sur la question se réaliser. Cette dernière nommée ENVEFF² a profondément marqué une France jusqu'à là très peu sensibilisée au sujet en avançant que

² ENVEFF : Enquête nationale sur les Violences envers les Femmes en France. La première a eu lieu en 2000 sur 6970 femmes de 20 à 59 ans. Il s'agit de la première enquête de « victimisation » réalisée en France à la suite des engagements pris par notre pays lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Pékin en 1995.

10% des femmes subissent des violences conjugales dont 1 meurt tous les 3 jours sous les coups de son conjoint et 0,3% des femmes violées dans leur vie. Par ailleurs, elle avait permis de constater des violences physiques dans 3 à 8% des grossesses avec un risque multiplié par 3 ou 4 en cas de grossesse non désirée (Jaspard et al., 2003 ; Brehat et Thevenot, 2019). L'ENVEFF est une enquête dite de « victimisation » donc basée sur l'auto-déclaration des victimes. Auparavant, aucune enquête de victimisation n'avait été faite. Seuls les chiffres des plaintes effectives étaient pris en compte d'où l'existence d'un fossé observé entre les retours des associations de terrain et les chiffres issus de source administrative, car seule une minorité de victimes déposent plainte par la suite. Les résultats de l'ENVEFF ont pu montrer que les formes de violences les plus courantes étaient les agressions verbales et les pressions psychologiques. Le huis clos familial, quant à lui, était le plus propice aux violences les plus graves, contrairement aux espaces publics pourtant très sexistes. Les jeunes de 20-24 ans sont ceux qui ont déclaré le plus de violences de tout type. En complémentarité de l'enquête ENVEFF, d'autres études ont été menées visant à évaluer la prévalence de la violence conjugale pendant la grossesse, ainsi que les caractéristiques des femmes enceintes victimes de violences. Les chercheurs ont examiné l'impact de la violence sur la santé maternelle et celle du fœtus, ainsi que l'identification de ces situations par les professionnels de santé. La plus connue reste l'enquête nationale de périnatalité. L'OMS, de son côté, a publié son premier rapport sur la question en incitant ses différents membres à prendre pleinement conscience du phénomène et à mettre en œuvre des actions adaptées pour l'endiguer (Garcia-Moreno et al., 2006). Si, comme nous avons pu le voir, la réalité des violences a, de toutes époques, existé, elle a longtemps été tue et gardée dans le secret des alcôves familiales à fortiori celles exercées à l'endroit des femmes enceintes. C'est la montée en puissance et en précision des études scientifiques sur le sujet qui a permis ultérieurement de la construire comme une véritable problématique de santé publique. Des années 1990 à nos jours on a vu, également, une multitude de travaux éclore sur le sujet permettant de l'éclairer sous plusieurs aspects. Ont ainsi pu s'exprimer les experts / médecins, et les épidémiologistes qui ne parlent pas le même langage. Si les premiers raisonnent en récit, cas, maladies, importances de symptômes, examens biologiques, radiologie, diagnostic, les seconds, eux, raisonnent en chiffres, population, statistiques, imprégnation mais sans symptômes, carte géographique, stratégie. Il s'agit de deux démarches différentes, deux langages, permettant de retranscrire une incidence commune de deux réalités relatives au même objet d'étude. Cette démarche

multidimensionnelle a permis de faire sortir de l'ombre les violences faites aux femmes. En la chiffrant, la rendant concrète, il n'était désormais plus possible de passer à côté et surtout cela a aidé à étoffer la prise en charge des victimes. Il a été ainsi rendu possible de mettre en place une dynamique de prévention et d'identification des cas potentiels inexistant jusqu'à lors. La société peut encore s'émouvoir, réagir à l'atteinte des corps et les menaces à l'existence, surtout lorsqu'il s'agit des femmes enceintes extrêmement vulnérables ou de leur enfant. Il y a dans la construction sociale du phénomène une « vérité du chiffre » comme la nomme Didier Fassin. Ce chiffre a « un pouvoir symbolique, assertif et inconsistant, péremptoire et versatile » (Iseni, 2021b). En tout cas, il montre des réalités extérieures à l'observateur qui peut du coup en rendre compte de manière objective et neutre à l'aide de méthodes qualifiées de scientifiques (Iseni, 2021b). L'OMS parle de 1% à 28% de femmes ayant connu des violences au cours d'au moins une de leur grossesse et de 4% à 12% sur la majorité des pays enquêtés (Garcia Moreno et al., 2006). En France, la dernière enquête GENESE menée en 2022 nous permet d'avoir une vision plus précise et récente du phénomène qui confirme les résultats internationaux (SSMSI, 2022 ; Annexe N°15). En 2021, on dénombre 213000 femmes déclarant avoir été violentées par leur conjoint ou ex-conjoint et seulement un cinquième a porté plainte à la suite (MIPROF, 2021). Les chiffres sont communiqués par le biais de la SSMSI : Service de Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure qui a remplacé l'ONDRP Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. La SSMSI a publié en 2022, conjointement avec l'INSEE, les résultats de l'enquête GENESE, enquête dite de « victimisation », qui a pour but en interrogeant un panel de 109000 personnes, de recueillir des données échappant aux services de police et de gendarmerie. Cette enquête montre aussi qu'au niveau national, il y a une disparité entre les régions : l'Aveyron est la moins touchée (2,7 femmes victimes âgées de 20 ans ou plus pour 1 000 habitantes de mêmes sexe et âge) quant à l'inverse, les départements de la Seine-Saint-Denis et de la Guyane sont ceux qui en enregistrent le plus (respectivement 9,2 et 10,4 femmes victimes âgées de 20 ans ou plus pour 1 000 habitantes de mêmes sexe et âge) (SSMSI, 2022).

Cette tendance a été confirmée par l'enquête nationale de périnatalité menée en 2021, dont les résultats ont été publiés en 2022. Cette étude est précieuse pour analyser les indicateurs sur la santé des mères et des nouveau-nés, parmi ces indicateurs figure celui de la violence exercée sur les patientes enceintes. Les premiers résultats, portant sur la totalité des naissances pendant une semaine dans l'ensemble des maternités françaises (soit 13

500 femmes), indiquent qu'en 2021, 6% sont concernées par des violences psychologiques : dont 3,7% pendant la grossesse, 0,5% depuis la naissance, ou les deux (1,8%). Plus d'une fois sur deux, ces violences étaient répétées, au moins deux fois. Par ailleurs, 1,3% des femmes déclarent avoir été victimes de violences physiques : soit pendant la grossesse (0,9%), soit depuis la naissance (0,2%), ou les deux (0,2%). Pour 27,7% d'entre elles, elles étaient répétées. Enfin, 0,3% des femmes déclarent avoir subi des violences à caractère sexuel pendant la grossesse et/ou depuis la naissance. D'autres résultats de cette enquête, notamment en outre-mer, sont à venir (République française, Santé publique, France, INSERM, 2022).

Il existe des évidences épidémiologiques de l'impact négatif de la violence sur le déroulé de la grossesse que nous avons déjà abordé dans ce travail notamment en matière de prématurité (Shumway et O Campo, 1999), et naissances de bas et de très bas poids (Murphy et al. 2001). Nous avons également pu constater l'effet délétère de l'exposition aux violences conjugales sur l'état psychologique des victimes (Martin et al., 2006). Il n'existe malheureusement pas de données chiffrées précises de l'impact économique des violences exercées sur les femmes pendant la grossesse, mais le coût de la violence dans le couple a été estimé en France à quelque 1 093,5 millions d'euros par an, sachant qu'il ne s'agit que d'une estimation minimale de son coût réel car de nombreux paramètres n'ont pas pu être explorés ou chiffrés précisément (Marissal et Chevalley, 2006). Les femmes violentées perdent jusqu'à 4 années de vie en bonne santé (Hatem-Gantzer, 2017). Au niveau européen, les études menées ont permis de la chiffrer à 109 125 574 091 euros (Walby et Olive, 2014). Si la mesure des coûts tenant compte des coûts d'opportunité n'a pas été évidente, s'appuyer sur des données chiffrées a permis d'accroître la prise de conscience du grand public et des responsables politiques ce qui a enfin mis cette problématique au cœur des recherches scientifiques et des actions politiques en témoignent les différents programmes nationaux français mis en œuvre durant la dernière décennie.

1.2.2. Production sociale

Pour Camille Badoux, « les femmes sont battues depuis des siècles, et cela avec l'assentiment tacite de la société ». Il existe une banalisation de la violence, surtout celle exercée à l'endroit des femmes. « La violence masculine quant à elle, a toujours été excusée par les lois et le « bon sens populaire » (Badou, 1976, p.70). Jean-Claude Chesnais explique

que la violence n'est pas un phénomène nouveau d'ailleurs, en reprenant la théorie de Norbert Elias que « l'État s'est peu à peu construit en exerçant une monopolisation de la violence » (Chesnais, 1981, p.40) et que le penchant pour celle-ci est pour lui « un comportement plus spécifiquement mâle » (Chesnais, 1981, p.403).

Pour que la prise de conscience ait pu avoir lieu, il aura fallu que le sujet des violences faites aux femmes soit considéré comme un problème sociétal légitime et un véritable objet de recherche (Bordeaux et al. 1990 ; De Koninck, Cantin, 2004 ; Corrin et al., 1997 ; Fougeyrollas-Schwebel, Jaspard, 2003). Pour cela, il a été nécessaire que la norme évolue progressivement, à commencer par la norme juridique initialement poussée par les mouvements féministes. Il a fallu que des « entrepreneurs de morale » comme les nomme Howard Becker, arrivent, à force de persuasion, à faire aboutir leur lobbying afin que l'établissement d'une norme, très fortement défavorable à la femme au cours des siècles évolue progressivement (Becker, 1985). Il semble que cette transition est directement liée à l'évolution du droit, des dispositifs légaux et juridiques au fur et à mesure que les mœurs évoluent (Delage et al., 2012).

Pendant longtemps, le droit a été basé sur des « conceptions patriarcales tenant les femmes pour inférieures, les assujettissant à la loi des hommes ou régissant une distribution et une jouissance inégales du pouvoir au sein de la société » (Corrin et al., 1997, p.11). On observait également une distinction franche entre le privé et le public. Le but était de préserver l'unité de la famille et l'ordre matrimonial alors instauré comme socle de la société (Couturier, 2011). Par conséquent, dans les conflits entre époux, n'étaient pris en compte que ceux qui pouvaient troubler l'ordre public et donner lieu à scandale. Les violences physiques n'étaient abordées que sous cet angle et encore, à l'exclusion des violences sexuelles qui pendant longtemps n'étaient même pas envisageables. On parlait alors de « violences domestiques » ce qui avait tendance à banaliser les faits subis.

Courant du XXe siècle, les mouvements féministes ont fait de la lutte contre les rapports de force inégaux homme / femme leur cheval de bataille aboutissant, à partir des années 1970, à une véritable mutation sociétale sur le sujet. « L'idéologie individualiste aidant, on passe à une justice orientée vers la protection des personnes au sein du couple avec

notamment la réforme du Code pénal en 1992³ » explique Michel Delage et son équipe en 2012 (Delage et al., 2012). Cela veut dire une pénétration de plus en plus importante du public dans l'espace privé de la famille. Ce phénomène est rendu possible grâce à un mouvement féministe d'émancipation des femmes (Corrin et al., 1997). Les pouvoirs publics français, suite aux accords de Beijing en 1995 sont fortement incités à prendre en charge cette problématique (ONU, 1995) et à rattraper leur retard vis-à-vis d'autres nations alors que le monde scientifique, hommes et femmes compris, reste dubitatif sur la question (Fougeyrollas-Schwebel, Jaspard, 2003). Le terme de « violence domestique » évolue vers celui de « femmes battues ». C'est également dans les années 70 qu'apparaissent les premiers foyers d'accueil des victimes à l'image du Women's Chiswick Aid en Angleterre créé par Erin Pizzey (Pizzey, 1975) ou le foyer Flora Tristan premier foyer français ouvert en 1978 (Fougeyrollas-Schwebel, Maryse Jaspard, 2003). Progressivement en France, ce problème sociétal est sorti du tabou et du silence, s'en est suivi une médiatisation des violences conjugales qui sont devenues beaucoup plus visibles. L'enquête nationale de 2002 (Corrin et al., 1997 ; Jaspard et al., 2002) portant sur les violences faites aux femmes en a été un tremplin pour sa reconnaissance en tant que problème sociétal. Elle a permis une forme d'institutionnalisation de la recherche scientifique sur le sujet de haute lutte puisqu'elle a dû faire face à de multiples difficultés. Les premières relevaient d'une certaine incrédulité générale vis-à-vis du bien-fondé de la recherche et des résultats. Cela a permis de nombreuses avancées comme la création d'associations d'aide (par exemple : Women's aid), la création d'un secrétariat d'État à la condition des Femmes en 1974 puis d'un ministère délégué aux Droits de la Femme en 1981 ou encore d'un secrétariat d'État au droit des victimes en 2004.

Sur la dernière décennie, l'arsenal juridique s'est de plus en plus étoffé. Il se veut répressif vis-à-vis des auteurs de violences. On peut ainsi noter le vote de plusieurs lois fondatrices comme celle sur le viol en 1980, celle sur le harcèlement sexuel en 1992, ou l'aggravation des sanctions pour violences conjugales en 1994⁴, la loi sur la parité de 2000 (Fougeyrollas-Schwebel, Maryse Jaspard, 2003 ; Jaspard, 2011). Lorsque la violence touche

³ Loi N° 92-684 du 22 Juillet 1992 -Art. 222-11 « Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 300000 F d'amende. »

⁴ Chapitre intitulé « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne », reconnaît la qualité de conjoint ou concubin comme circonstance aggravante en cas « d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne », il prend désormais en compte la spécificité des violences conjugales.

des femmes enceintes, on parle de circonstances aggravantes du fait de l'état de vulnérabilité des victimes⁵. De manière concomitante, les réflexions et projets pour diversifier les moyens de protection des victimes se multiplient. Les violences sexuelles ne sont plus niées, les auteurs de violence sont éloignés de leur victime, et cette dernière est prise en charge psychologiquement et socialement. Parallèlement, une évolution sémantique du terme est de nouveau constatée : le terme de « femmes battues » est remplacé par celui de « violences faites aux femmes » dans les années 1980 avec la parution de l'article de Jalna Hanmer, sociologue britannique, « Violence et contrôle social des femmes » (Hanmer, 1977) pour refléter une réalité plus large et inclusive qui va faciliter la diffusion du phénomène dans les médias. Il faudra quand même attendre 2010 pour que soient reconnus les violences psychologiques et le harcèlement moral entre époux, concubins et pacsés⁶. Les peines encourues sont augmentées, de nouveaux dispositifs comme les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes (1989) ou les bracelets antirapprochements pour auteurs de violence (2020) sont expérimentés. Certains faits divers ont été retentissants à l'image du décès de Marie Trintignant en 2003, incitant les pouvoirs publics à tenir leurs engagements pris en 1995 à la conférence de Beijing (ONU, 1995) et à renforcer leur action sur les dernières décennies. Outre les classiques numéros d'urgence, une plateforme de signalement des violences sexistes et sexuelles a vu le jour en avril 2021. Ce chat sur Internet est gratuit, anonyme, disponible 24h/24 et 7j/7 et semble avoir un effet. Il existe également un numéro national d'écoute, d'information et d'orientation : le 3919 à destination des femmes, mais également de leur entourage (Annexe 16). Dans le prolongement du Grenelle de la lutte contre les violences conjugales de 2019, l'Inspection Générale de la Police Nationale (IGPN) et l'Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale (IGGN) ont mené une campagne d'évaluation en 2021 de l'accueil des victimes dans les services de police. Cette dernière montre un taux global de satisfaction de 81 % : 84% pour l'environnement et les locaux d'accueil, 78% pour l'organisation du dispositif d'accueil des plaignants et 82% pour la prise en compte de la victime. Les signalements auprès des services de l'État, associatifs ou de sécurité sont plus nombreux même s'ils restent minoritaires (SSMSI, 2022).

La lutte contre les violences conjugales est désormais considérée comme cause nationale en France (Delage et al., 2012). Un réel effort est mené sur l'accueil des victimes

⁵ Loi N° 2022-52 du 24 Janvier 2022-Art. 222-13

⁶ Loi N°2010-769 du 09 Juillet 2010- Art. 222-33-2

dans les commissariats et les brigades de gendarmerie là, où on constatait préalablement des manquements importants concernant surtout les femmes issues des minorités, ce qui avait pour effet de décourager les femmes à porter plainte (Corrin et al., 1997 ; Lees, 1997). Cette évolution a été remarquée par la majorité des victimes interviewées dans le cadre de notre recherche à l'image de :

« L'État fait du bon boulot. Les personnes que j'ai rencontrées sont plus sensibilisées à ce problème d'une manière générale ».

(Entretien définitif N°5, Q20, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

« Et la France, pour moi, c'est vraiment un pays où ils ont le rôle de protéger la femme, de protéger les enfants. Et j'ai senti ça justement quand j'ai appelé la police, même si ce n'était pas quelque chose que je voulais le faire. Mais le fait de l'avoir fait, ça a changé un homme en fait, parce qu'il a compris qu'ici on ne joue pas avec les femmes, on ne joue pas avec, on va dire en quelque sorte avec l'être humain. Voilà, donc pour moi, la France joue un rôle formant des protections vis à vis de la violence ».

(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Mais également des professionnels :

« Alors c'est marrant parce que je lisais un texte de Gisèle Halimi qui a été écrit dans les années 70 au moment un petit peu de toute cette mouvance autour de la contraception et justement le procès qu'elle avait tenu pour l'avortement et on se rend compte que les choses ont quand même pas mal évolué grand bien nous fasse ! Que c'est une préoccupation qui est quand même fortement portée par le gouvernement actuel avec une vraie visibilité et un vrai intérêt avec le Grenelle du président Macron ».

(Entretien exploratoire N°1, Q5, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Par ailleurs, la production sociale s'est faite par une reconnaissance scientifique à la fois dans les sciences dites dures (par exemple : médicales) mais également dans les sciences sociales (par exemple : sociologie). Au niveau médical, cela est passé par la précision de contours bien nets d'un phénomène, de manière à définir un objet de recherche quantifiable. Or, les frontières de l'objet de recherche n'ont cessé d'évoluer sur les 20 dernières années

parallèlement à la prise en compte sociétale du phénomène sauf que cette dernière varie dans le temps mais également dans les contextes culturels. Au niveau sociologique, cela est passé par la prise en compte de la vision des femmes sociologues longtemps ignorées ou inexistantes et par une critique d'un caractère partial et partiel de la sociologie contemporaine car uniquement basée sur l'étude d'une société masculine vue par des sociologues masculins (Guillaumin, 1981). A l'image du séminaire du Collège de France assuré par Françoise Héritier en 1995 intitulé « De la violence ; la question des violences envers les femmes » a été longtemps abordée de manière partielle, uniquement via les rites sacrificiels et les conflits armés (Jaspard, 2003).

Enfin, si la reconnaissance juridique et scientifique pour faire valoir le droit des femmes s'est faite progressivement mais sûrement, il n'en demeure pas moins que la production sociale doit passer également par une prise de conscience sociétale pour être pleinement effective. Le volet prévention occupe donc une place primordiale pour changer peu à peu les normes établies sur le sujet (Stöckl et al., 2010). Pour le Dr Ghada Hatem, cela passe par la sensibilisation des jeunes générations incombant, en partie, aux maisons des femmes (Baldy, 2023). Il est à noter que, dans les structures étudiées, ce volet prévention occupe une place importante et prend plusieurs formes : campagnes d'informations ciblées dans les structures de soins du secteur dans lequel elles sont implantées, formation des professionnels, sensibilisation du public à la question par le biais d'actions « Flash » lors de la journée des violences faites aux femmes, etc. Il représente une partie à part entière de la prise en charge des maisons des femmes qui ne se limite pas qu'au soin somatique des victimes. L'objectif, qui se dégage derrière, est de réduire l'incidence des violences faites aux femmes enceintes au long court en proposant à la fois un traitement des « symptômes » en prenant en charge globalement les victimes violentées mais également en essayant de réduire la prévalence future du phénomène par des actions de prévention et de sensibilisation. Or selon Jean-Claude Chesnais, il existe un paradoxe de Tocqueville, « la réduction d'un acte désagréable comme la violence entraînerait une intensification de la sensibilité à ce phénomène » (Chesnais, 1981, p.18). Ce qui permettrait, in fine, de transformer la vision sociétale sur le sujet, d'un phénomène « normal et tabou » en un phénomène « réel et anormal », un véritable changement des mentalités (Jaspard, 2003). Dans cette optique, les initiatives des maisons des femmes viennent renforcer les actions politiques comme les plans interministériels français de lutte contre les violences faites aux femmes, qui se sont succédés

depuis 2005. Ces derniers étaient très complets, mais en pratique les moyens financiers n'ont pas suivi, débouchant sur des inégalités régionales avec parfois des déserts en matière de prise en charge des violences, surtout en milieu rural. Elles sont également complémentaires aux initiatives internationales comme celle de l'OMS et de l'ONU (par exemple : l'initiative RESPECT en 2019 pour la prévention des violences faites aux femmes) (ONU, 2020). Les maisons des femmes en partenariat avec d'autres acteurs locaux comme les départementaux, les villes assurent la diffusion locale de la prévention des violences faites aux femmes au plus proche des populations.

Il semble que la production sociale de ce phénomène en tant que problème de santé publique semble aboutir à des changements constatés par certains interviewés dans le cadre de notre recherche :

« Donc j'ai l'impression que là, au niveau de la société, il y a une réflexion qui commence à se mettre en place, [...] je trouve que grâce au travail des associations militantes, notamment avec les décomptes des féminicides, il se passe quelque chose dans la tête des gens. Et moi je le vois avec notamment les professionnels qui appellent parce qu'ils ont vraiment peur d'un féminicide. Il y a un truc comme ça qui plane un petit peu parce que ça a été hyper étatisé, c'est super ».

(Entretien définitif N°6, Q5, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

1.3. Adaptation de l'offre de soin à la réalité sociétale du public rencontré

Les maisons des femmes permettent une prise en charge multidimensionnelle et pluriprofessionnelle des patientes victimes de violence. Nous allons voir que la force de ces dernières par rapport à une structure conventionnelle est de s'adapter à la réalité du public rencontré car elles prennent en compte le fait que les femmes enceintes peuvent être particulièrement vulnérables en raison de fragilités tant physiques, sociales, émotionnelles qu'économiques (Taillieu et al. 2010 ; Shamu et al., 2011). De plus, leur prise en charge au sein des maisons des femmes tient compte également des principales caractéristiques des patientes violentées que l'on retrouve aussi identifiées par la littérature. Ces caractéristiques sont tellement variées et importantes qu'elles mériteraient toutes d'être abordées, cependant nous avons choisi de ne retenir que les plus flagrantes dans les échanges réalisés à la fois avec les patientes mais aussi décrits par les professionnels à savoir la précarité, le psycho-

traumatisme et l'ambivalence des victimes.

1.3.1. En rapport avec la précarité des patientes

La précarité des victimes représente une forme de vulnérabilité (Jaspard et al., 2003 ; Taillieu et al., 2010 ; Shamu et al., 2011 ; Bacchus et al., 2006) et caractérise de nombreuses victimes de violence. Revenons dans un premier temps sur la définition de précarité telle que nous l'abordons dans cette partie. Nous nous baserons sur la définition de 1987 adoptée par le Conseil économique et social « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi... L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives... Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence... » (CES, 1987). Il se trouve que toutes les personnes concernées et interrogées dans le cadre de notre enquête l'évoquent à un moment ou à un autre dans leur entretien comme Madame Diallo Fatou, patiente de 27 ans ayant simultanément un suivi en MDF et en structure conventionnelle. Elle nous détaille son parcours de vie mêlant foyer d'urgence, aide sociale à l'enfance, logement au 115, isolement familial et l'emprise financière progressive d'un premier conjoint violent. Sa trajectoire de vie illustre bien le fait que certains agresseurs exploitent la vulnérabilité économique de leur partenaire pour les violenter (Shamu et al., 2011). Nous pouvons également citer Madame El Mimouni Fatma, 38 ans, n'ayant pas bénéficié d'un suivi en MDF, qui nous explique comment le fait de ne pas être véhiculée a impacté son suivi et la scolarité de ses enfants. Pour aller à ses rendez-vous de suivi de grossesse, elle devait à chaque fois organiser et faire un périple de quasiment 2h en transports en commun et du coup, retirer de l'école ses enfants qu'elle ne pouvait pas récupérer à l'heure. Enfin on peut voir à quel point, ce sujet est prégnant chez certaines victimes à l'image de Madame Emie Lolo 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle puisqu'elle exprime lors de la conclusion de l'entretien des doutes et des craintes pour l'avenir :

« Je me demande au final où je vais partir avec ma fille ? J'ai n'ai même pas d'argent. Peut-être que je vais avoir quelque chose pour ma fille. Deuxième point, la situation administrative n'est pas régularisée, donc je ne sais pas comment est-ce que ça se passe. J'en suis là. On en a parlé avec madame Anne, de la situation. Même la carte d'aide médicale serait en cours. Je dois joindre les papiers. Je dois la joindre. Mais en dehors de ça, non, je suis là. Je veux parler avec la maison des femmes, c'est mieux ».

(Entretien définitif N°4, Q22, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Plusieurs sécurités semblent manquer à nos patientes interviewées, certes financières, administratives mais également une certaine insécurité affective :

« Parce qu'il me faisait comprendre et il me faisait vraiment comprendre qu'il m'aimait et qu'il avait envie de faire quelque chose, de fonder une famille avec moi et tout ça. Et comme j'ai beaucoup beaucoup de manques en fait, dans mon adolescence. Je n'ai pas eu de mes parents. J'avais besoin en fait de cet amour justement qui m'apportait cet amour de père, cet amour de grand frère d'homme en fait tout ça. En fait, c'était quelque chose qui me manquait. J'avais un vide et j'avais envie qu'il soit complété par quelqu'un d'autre ».

(Entretien exploratoire N°3, Q1, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Cette insécurité affective peut être analysée comme consécutive à une érosion des protections dites rapprochées dans le cadre des parcours migratoires étant donné qu'elles ne disposent plus du cadre familial habituel. De plus, nous observons un délitement du lien social dans leur environnement actuel lié à leur statut (immigrée, mère au foyer, etc.). Ces deux aspects rejoignent la démonstration de Robert Castel dans son ouvrage « Métamorphose de la question sociale » (Castel, 1995). La prise en charge des patientes prodiguée dans les maisons des femmes leur permet, lorsqu'elle est globale, de sortir de la zone de vulnérabilité pour rejoindre la zone d'assistance et prévient un glissement dans la zone de désaffiliation (Ibidem). Cependant, nous n'irons pas jusqu'à en conclure que la précarité des victimes est pour autant une généralité comme le témoigne parfaitement Madame Morand Isabelle, docteur en psychothérapie spécialisée sur la violence faite aux femmes enceintes :

« Il reste des représentations sociales où si, dans les milieux carencés oui, mais si vous êtes femme de médecin, si vous êtes prof et vous voulez porter plainte pour violence conjugale, vous ne pourrez pas ! Vous ne serez pas entendue. Vous ne serez pas reconnue. On vous dira « Non mais attendez quand même ! A votre niveau non mais ... ». Moi, j'ai plein de patientes qui ont un niveau supérieur de qualification, qui subissent des choses épouvantables et qui se sont entendu dire par les policiers « Écoutez dans votre milieu quand même, vous devriez être en mesure quand même... ». Voilà, donc il y a un décalage énorme entre les textes, les campagnes de pub ».

(Entretien exploratoire N°2, QR5, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Cependant, il s'agit d'un facteur de risque favorisant les violences (OMS, 2021). Il interfère directement dans la prise en charge des patientes. La précarité peut en être un frein lorsque ces dernières sont jugées trop chères ou trop complexes d'accès vis-à-vis de la situation actuelle de la personne. Car, comme l'explique Madame Isabelle Thiel, assistante sociale, la patiente qui ne sait pas où dormir et comment manger le soir ne peut intégrer pleinement ce parcours de soin. Sa problématique principale ne se situe pas au niveau de la prise en charge médicale, administrative ou psychologique de la violence mais plutôt au niveau social. Souvent associée à un faible niveau d'éducation, la précarité sous-entend souvent aucun moyen de transport, logement dégradé, limitation de la liberté de déplacement, situation sociale précaire comme les parcours migratoires, etc. Nous constatons sur ce point de fortes inégalités économiques entre les régions ainsi « Les femmes de Polynésie et de Nouvelle-Calédonie présentent des taux de violences conjugales physiques et sexuelles sept fois plus élevés qu'en métropole ou à la Réunion. » en corrélation avec le développement économique de ces régions (Chetcuti et Jaspard, 2009). Dans les structures étudiées, un point de la situation individuelle de chaque patiente est réalisé en début de prise en charge, ce qui permet d'organiser le parcours de soin le plus cohérent pour elle. Cette organisation prend complètement en compte la dimension précaire de certaines victimes. Si cette réalité consiste en une avancée, elle ne peut se suffire à elle-même car les patientes enceintes victimes doivent souvent faire face au traumatisme vécu et se retrouvent dans une véritable vulnérabilité psychique qu'il convient également de prendre en compte.

1.3.2. En rapport avec le traumatisme vécu et la vulnérabilité psychique des victimes

La notion de traumatisme de la victime de violence a longtemps été niée côté professionnels :

« Ça fait 30 ans que je travaille. À l'époque où j'ai commencé à travailler, aux urgences, on ne se posait pas du tout la question du psychotrauma. »

(Entretien exploratoire N°2, Q1, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Cet état de fait a pu rester longtemps inchangé. Il aura fallu la prise de conscience des professionnels eux mêmes car, du côté des patientes, l'anormalité de la situation et le traumatisme qui en résulte ne sont pas forcément conscientisés :

« Comme je vous ai dit, nous on ne connaît pas ces choses-là [les violences]. Pour nous c'est normal [Répète plusieurs fois le mot en réfléchissant]. Et une femme qui se fait frapper par son homme, c'est normal. C'est pour ça que justement, ma mère, tellement elle a grandi dans ça, pour elle, c'est normal qu'on a frappé sa fille. C'est normal que son homme l'ait frappé. Mais voilà, un mariage ça reste un mariage et on doit du respect à son homme. On doit être soumise parce que l'église nous a enseigné comme ça [...]. Mais tellement que dans ma tête et dans notre esprit, nous les femmes africaines, on est conditionné à subir la douleur et la violence. Pour nous, c'est devenu une chose normale ».

(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Tout d'abord, il convient de faire un rappel de la définition du traumatisme tel que nous l'abordons dans cette partie. Nous nous baserons sur la définition de Muriel Salmona, qui parle d'un événement « terrorisant, exposant à une peur de mourir, à des atteintes très graves à la dignité, et à des actes cruels et inhumains, qui provoque l'effondrement des certitudes acquises et un sentiment d'impuissance et de détresse totales et de non-sens, d'autant plus s'il se produit là où l'on se sentait le plus en sécurité (comme dans les violences intrafamiliales ou conjugales), cela entraîne une effraction psychique avec une paralysie des fonctions du cortex qu'on appelle un état de sidération traumatique » (Salmona, 2020, p.50)

Les experts parlent de mémoire traumatique pour exprimer un « dérèglement de la mémoire émotionnelle » suite à certains traumatismes tels qu'ils sont définis plus haut. Muriel Salmona rappelle, en se basant sur la littérature existante, que la mémoire traumatique est immuable (le temps n'a pas d'action dessus), déclenchée de manière automatique (par des stimuli extérieurs remémorant le traumatisme), intrusive (en pleine conscience) et indifférenciée (tous les souvenirs s'entremêlent) (Ibidem).

Les symptômes du psycho-traumatisme sont désormais bien connus des spécialistes. Ils sont variés, plus ou moins graves et complexes selon les situations avec un impact important sur la santé et la qualité de vie des personnes qui s'exprime de deux manières

différentes selon que la victime soit toujours dans un environnement de danger ou si elle en est sortie. Dans le premier cas, leur système de survie est activé. Les victimes ont des émotions anesthésiées et une apparente tolérance au traumatisme. Cette minoration des émotions entraîne chez la victime une « pseudo indifférence concernant les événements traumatisants ». Cet état peut être dangereux pour la victime qui est, du coup, incapable d'évaluer les situations de dangers et surtout d'y réagir de façon adaptée. Elle est alors beaucoup plus à risque à la répétition des violences (Ibidem). De plus, l'absence d'émotion fait que ses interlocuteurs ne ressentent pas d'empathie naturelle envers elle. Il y a alors une confusion identificatoire qui se met en place de la même manière que Patrick Declerck le décrit dans son œuvre « Les Naufragés » (Declerck, 2003). Il est fréquent qu'elle ne soit pas crue lorsqu'elle ose enfin en parler, qu'elle soit mal protégée, voire maltraitée. De plus, la dissociation traumatique cause de fréquentes amnésies traumatiques (40 % du temps dans les traumatismes les plus graves), les souvenirs sont alors rendus inaccessibles (Ibidem). Tant que la victime reste « dissociée », il lui est difficile, voire impossible, de parler des traumatismes et à dénoncer les violences (Williams, 1994 ; Salmona, 2018).

Dans le deuxième cas, la victime est sortie du contexte violent. Mais dès que leur protection est assurée, l'état dissociatif peut s'arrêter et elles expérimentent de façon exacerbée « le stress, la terreur mélangée avec la rage ou l'excitation perverse de l'agresseur, le désespoir, les angoisses et les douleurs à chaque activation de leur traumatisme » (Salmona, 2020). Cela les incite à mettre en place des conduites d'évitement et/ou de contrôle des stimuli déclenchants. Elles sont souvent tentées de contrebalancer rapidement avec des conduites dissociantes (par exemple : mises en danger, conduites addictives) pouvant avoir de graves répercussions sur la santé globale de la victime (souffrances, isolement, détachement, marginalisation, peur d'être anormale, conduites à risque, autoagressives, addictives, ...) et fréquemment à l'origine de troubles de la personnalité et du comportement. » (Salmona, 2012, 2018).

Le psycho-traumatisme a un impact direct sur la qualité de l'interaction avec le monde soignant conçu pour des personnes indemnes mais pas forcément adaptée aux victimes traumatisées qui ne sont pas toujours en capacité de suivre les attendus classiques. La vulnérabilité psychique entraîne des conséquences variées sur le suivi : retard au suivi,

rendez-vous manqués, consultations itératives aux urgences, difficultés de communication. (Molenat et al., 2013).

Madame Bourgeois Irène, 33 ans, sage-femme coordinatrice de soins en MDF l'exemplifie très bien :

« C'est comme beaucoup de femmes victimes de violence au centre hospitalier des Anges qui manquent leur rendez-vous. Beaucoup de professionnels disent « Oui ça montre bien qu'elle ne veut pas être suivie vu qu'elle ne vient pas à ses rendez-vous ». Le psycho trauma provoque des amnésies. Les patientes sont incapables d'aller acheter du pain donc elles peuvent louper leur rendez-vous sans que cela veuille dire qu'elles soient dans un refus de soin. Ou pareil, le fait de se dépersonnaliser, de partir ailleurs. C'est impressionnant comme personne n'est au courant. Se dissocier, c'est le mot que je cherchais. J'ai vu une femme à qui on a demandé si ça se passait bien dans le couple et elle s'est dissociée en une fraction de seconde. L'étudiante qui était là m'a dit après « Ah oui, elle avait l'air fatiguée la dame ». Non, elle n'était pas fatiguée, elle était partie ailleurs, elle était dans un trauma rien qu'à poser la question « Qu'est-ce qui avait derrière ? ».

(Entretien définitif N°1, Q12, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

De même, l'adaptation spécifique au profil de victimes réalisée par les maisons des femmes est confortée dans le récit des patientes :

« Quand je suis arrivée là-bas, je suis arrivée en retard. [...] J'avais perdu presque 40 minutes dehors à essayer de trouver. [...] Et en arrivant là-bas en fait. Tu ne te sens pas pressée en fait. Tu te sens pas comme si ils vont te mettre dehors parce que c'est l'heure de manger. Non, tu te sens que voilà, ils t'écoutent. Voilà. S'ils ont passé l'heure de manger, tant pis. Tu te sens comme si que la personne est là pour toi. Et c'est ça qui est différent. Parce que à l'hôpital, il y a un temps, puisque il y aura des gens qui vont attendre dehors. Donc en quelque sorte, ils vont pas rester juste là à t'écouter, à t'écouter et ne pas donner aussi le temps aux autres. Parce que c'est un rendez-vous, donc un rendez-vous : chaque personne a son heure de passage. Et là-bas, ben même si tu viens pour un rdv à 14 h et que t'arrives à 14 h 30. Ils vont quand même t'écouter pendant 1 h peut être. Donc je dis peut être une bêtise, mais c'est ça en fait qu'on se sent, qu'on est vraiment écouté ».

(Entretien exploratoire N°3, Q10, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Madame Matibomdo Lia, patiente de 27 ans avec un suivi classique en PMI et en hôpital et ayant un projet d'intégrer une MDF, relève au sujet de la disponibilité et de l'accompagnement de la PMI et l'hôpital « *Oui, c'est parfait, c'est parfait. Du moment où je suis ponctuelle, c'est parfait.* » (Entretien définitif N°5, Q14, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF).

Les conséquences de ce type de traumatisme sont plurielles mais l'une des plus invalidantes est celle qui amène les victimes à « se sentir honteuses et coupables, à se croire folles, incapables de vivre, différentes des autres, monstrueuses (colonisation par la mémoire traumatique de l'agresseur), à avoir peur d'elles-mêmes et de tout ce qui les entoure avec un sentiment de danger permanent, contraintes de mettre en place des stratégies qu'elles se reprochent et qui les isolent et suscitent l'incompréhension, quand ce n'est pas le rejet, de l'entourage. » (Salmona, 2020). Ces sentiments mélangés complexifient à la fois l'accès et le bon déroulement de la prise en charge s'ils ne sont pas pris en compte par la structure qui prodigue les soins. Toutes les femmes interrogées dans le cadre de notre recherche ont exprimé un sentiment de honte qui a entravé la capacité à discuter et à dévoiler leur situation à leur entourage proche et aux professionnels croisés dans leur parcours. Ceci se retrouve également dans la littérature puisque l'OMS avance également que « cette honte, ou peur des futures violences empêche les femmes de parler de leurs expériences. » (OMS, 2001).

C'est la pugnacité, la patience et la bienveillance de professionnels formés qui permettent aux victimes d'oser franchir le cap de la confiance. Or dans le cadre des centres hospitaliers ou autres structures conventionnelles (par exemple : la PMI etc.), les conséquences du traumatisme sont trop souvent méconnues des professionnelles par un défaut de sensibilisation ou de formation. L'organisation des soins se fait autour d'une logique de rentabilisation du temps au prorata de l'action qui semble incompatible avec la temporalité nécessaire dans ce cas de figure. Cette approche est néanmoins indispensable tant le traumatisme et la vulnérabilité psychique qui y est associée sont pourvoyeurs de complications médicales graves : suicide, dépression, marginalisation, troubles variés (sommeil, alimentation, troubles obsessionnels compulsifs, etc.), complications qu'il est d'ailleurs complètement possible de limiter voire d'annuler (Salmona, 2020).

La prise en charge de cette problématique doit être pluridisciplinaire (médicale, psychologique, socio-économique et judiciaire) et la fonction de coordination entre ces disciplines en est un outil essentiel pour éviter la superposition des prises en charge (Molénat et al., 2013). Il nécessite des professionnels compétents, notamment des psychologues formés spécifiquement aux traumatismes, ce qui, même à l'intérieur des maisons des femmes, est une denrée rare. Une des maisons des femmes n'a, par exemple, qu'une seule psychologue spécialisée pour toutes les patientes de la structure, ce qui est vraiment insuffisant à la vue du grand nombre de victimes à prendre en charge et aux caractéristiques mêmes du suivi (les rendez-vous à planifier sont longs, fréquents dans la majorité des cas). Dans l'autre structure étudiée, la psychologue n'est pas spécialisée dans la prise en charge du traumatisme, ce que nous confirme Madame Monnet Emilie, psychologue dans un centre hospitalier appartenant au territoire de santé d'une maison des femmes :

« Et puis surtout, par exemple la psychologue qui exerce là-bas, elle aussi elle est à temps partiel, donc c'est quand même un sujet, je veux dire, on ne peut pas tout faire dans le temps imparti, ça, ce n'est pas possible. Donc déjà, voilà, par exemple, elle ne reçoit les patientes que quand c'est du psychotrauma sauf qu'en fait, toute situation de violence, on peut quand même postuler que c'est du psychotrauma. Et puis surtout quand on lui a posé la question de comment elle accompagnait ces situations traumatiques et elle nous a dit : " je les reçois en entretien". Mais par exemple, s'il y a vraiment un trauma, un psychotrauma, ça peut être intéressant d'être formée sur d'autres méthodes psychothérapeutiques comme l'EMDR ou l'ICV et elle ne l'est pas par exemple. Donc elle est assez démunie quand même [...] ».
(Entretien définitif N°3, Q12, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Selon le rapport INSERM sur l'EMDR en France, l'association EMDR France totalisait, en octobre 2014, 1136 membres dont : 108 psychiatres, 57 médecins généralistes psychothérapeutes, 752 psychologues, 219 psychothérapeutes. Parmi eux, 74 avaient un exercice salarié (hôpital, IME, CMPP, CMP, EPHAD), et 72 une activité mixte (salariée et libérale) (INSERM, 2022). Les chiffres concernant les psychologues formés à l'ICV ne sont pas connus mais la démographie globale des psychologues est, quant à elle, régulièrement mise à jour par la DREES et on en dénombre 70790 au 1^{er} janvier 2022 contre 38 128 une décennie plus tôt. Cette augmentation est source d'espoir mais ne permet pas encore à l'heure actuelle de couvrir l'ensemble du territoire français. Il persiste des inégalités d'accès selon les régions (DREES, 2022) or l'identification, la compréhension des mécanismes et le juste

traitement du traumatisme subi sont essentiels pour une prise en charge de qualité (Salmona, 2020).

1.3.3. En rapport avec l'ambivalence des victimes

Une des caractéristiques des victimes, qui est la plus saisissante dans notre travail de recherche, est l'ambivalence des victimes vis-à-vis de leur agresseur qui confirme les données avancées par la littérature (Engnes et Liden, 2012). Les victimes oscillent souvent entre rejets des actes de violence sous toutes leurs formes et en même temps un amour de leur bourreau lorsque celui-ci est le compagnon comme ce fut le cas pour 3 des 4 victimes interrogées.

Pour Madame Fatou Diallo, 27 ans, le père de ses enfants auteur de violence « est quelqu'un de bien » même si d'après elle, il est clair qu'elle ne veut pas de lui dans sa vie pour le moment.

Madame Fatma El Mimouni, 38ans, nous avouera également à la fin de l'entretien qu'elle n'a pas abordé directement la question du conjoint car elle ne souhaite pas lui porter préjudice. De plus, elle n'a pas souhaité se rendre en maison des femmes pour ne pas « graver définitivement » le fait qu'elle était victime.

Pour Madame Emilie Monnet, psychologue dans un centre hospitalier, les violences ont souvent pour conséquence d'« associer les mécanismes d'inversion de culpabilité, d'inversion de protection. En fait je vois tellement de dames qui me disent « Ah oui, mais le pauvre, faut le comprendre, c'est pas de sa faute machin. » Et avec le sentiment qu'elle le protège ». (Entretien définitif N°3, Q4, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Cette ambivalence vis-à-vis de l'auteur des actes peut avoir une conséquence sur la prise en charge, puisqu'elle peut aboutir à une ambivalence sur la volonté de soins. Il n'est pas rare que, selon les périodes, les victimes soient plus ou moins enclines à la suivre. Prendre en charge la patiente dans ce contexte-là, c'est accepter que la personne puisse tenir des propos flatteurs vis-à-vis de l'auteur des violences, qu'elle minimise la portée de ses actes, voire même refuse par moment, la prise en charge lorsqu'elle est dans la phase « lune de miel ».

La psychologue, Madame Monnet Emilie, l'a résumé ainsi lors de notre entretien :

« C'est des suivis qui sont souvent compliqués parce qu'il y a énormément d'ambivalence et il y a parfois beaucoup d'appels à l'aide et peu, on va dire d'investissement du suivi, c'est à dire qu'elles vont beaucoup dire « Ça se passe très, très mal », elles vont mettre en échec tout ce qu'on va proposer souvent parce que c'est ça, elles sont un peu sidérées, paralysées par, par exemple, le fait de porter plainte ou même le fait de faire des mains courantes. Donc on travaille beaucoup sur qu'est ce qui se passe là ? Dans quelle impasse relationnelle en fait, elles sont ? Et l'ambivalence entre l'objet d'amour, l'objet, le partenaire aimé [...]. C'est que l'objet d'amour, il n'est pas tout le temps affreux, il est parfois satisfaisant, adorable et donc accueillant. Il est parfois un objet d'amour tout à fait bon, et puis parfois il est complètement inadapté et donc violent [...]. Mais ça, ça demande et c'est ce que je disais tout à l'heure, ça demande aussi à ces patients de revisiter leur histoire, même parfois leur histoire familiale avec leur famille d'origine. Qu'est-ce qui s'est passé dans mes relations d'amour avec mes objets d'amour primaire qui étaient mes parents ? Et ça, c'est aussi compliqué parce que souvent, elles se rendent compte qu'en fait, la violence qu'elles vivent là est une prolongation, est un continuum de la violence qu'elles ont déjà connu auparavant. Et donc, pour faire ce travail-là, il faut être quand même prête à aborder tout ça et à faire ces liens-là. Et parfois il y a plein de mécanismes de défense qui viennent se greffer là-dessus, de refoulement, de déni, de dénégation ».

(Entretien définitif N°3, Q6, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Emilie Monnet, poursuit en précisant que l'ambivalence s'explique en grande partie par la dynamique en jeu dans le cycle de la violence :

« Évidemment, comme le cycle de la violence, il est très pervers, ça peut très bien se passer. Ce qu'on appelle les « lunes de miel », ça se passe très bien dans la relation. Et puis il va y avoir un déclencheur. Alors un déclencheur qui peut être tout à fait anodin, ce qui va forcément mettre la personne victime de violence en vigilance constante puisque le partenaire violent va lui dire que c'est elle qui a causé le déclencheur. Exemple « Tu as mal cuit la viande, ça m'a mis très en colère. Donc en fait c'est de ta faute, c'est toi qui est à l'origine du déclencheur. Parce que sinon, s'il n'y avait pas eu ça, ça se serait très bien passé ». Alors je prends cet exemple-là, mais en fait c'est un peu tout. Mais ce qui est intéressant à penser, c'est qu'elles ont intégré elles-mêmes, qu'il faut du coup minimiser toutes sortes de déclencheurs. Il ne faut absolument rien faire qui puisse déclencher. Parce que quand je ne fais rien, quand je ne déclenche rien, il me le dit lui-même, il ne va rien se passer parce que je n'ai pas déclenché quelque chose chez lui. C'est intéressant : relationnellement « tu me déclenches », ce n'est pas eux, c'est moi responsable de mon passage à l'acte violent ».

(Entretien définitif N°3, Q10, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Le cycle de la violence a été théorisé par la psychologue Lenore Edna Walker en 1979 :

Figure 1 : figure illustrant le cycle de la violence d'après Lenore Edna Walker
(source : info-violences-femmes.bordeaux.fr)



Madame Fatou Diallo, qui vit désormais seule et est désormais sortie de la violence exercée par ses ex-conjoints exprime ainsi qu'elle ne voit pas le père de ses enfants comme une mauvaise personne pour autant :

« Parce que comme j'avais dit à madame Alix, le père de mes enfants ce n'est pas un monstre, ce n'est pas un monstre, ce n'est pas quelqu'un qui va faire du mal à mes enfants ou quoi que ce soit. Il s'est passé des choses oui, mais après faut regarder aussi le bon côté de tout ce qu'il a fait. Parce que s'il a fait des erreurs deux fois et qui juste à cause de ces deux erreurs-là, qu'on puisse le juger ou juger tout, tout son parcours, c'était un peu sévère en fait. »
(Entretien exploratoire N°3, Q10, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

De son côté, Madame Lia Matibomdo est elle très au clair sur le côté toxique et dangereux de son conjoint :

« Parce que s'il me retrouve, je pense que ça va se passer mal comme je vous ai montré dans la photo » (le visage tuméfié lui obstruant la vue)
(Entretien définitif N°5, Q11, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

Les victimes de violence enceintes ou non subissent cette dynamique itérative selon une temporalité différente qui leur est propre et à l'image de ces eux patientes, l'intervenant en maison des femmes s'adapte au jour le jour à la situation du moment décrite par les patientes. Par ailleurs, cela permet de comprendre aisément que, selon l'étape du cycle dans laquelle se retrouve la patiente, il y a aura une incidence différente dans la prise en charge. Elles ont plutôt tendance à venir chercher de l'aide dans les phases d'explosion de la violence mais échappent souvent à leur suivi dans les phases de lune de miel.

La différence dans l'approche des victimes entre structures conventionnelles et maisons des femmes se situe dans la connaissance aigüe du phénomène dans les secondes. Le cycle de la violence est d'ailleurs expliqué aux patientes de manière à les sensibiliser au phénomène. Les maisons des femmes étudiées s'affranchissent de certaines normes sociales de la prise en charge médicale, administrative et judiciaire en limitant les contraintes imposées et le stress que cela génère auprès des victimes en adaptant par exemple leurs réactions aux retards, aux rendez-vous loupsés, etc. Par ailleurs, les professionnels qui y travaillent ont complètement intégré le fait que le suivi de la patiente violente n'était pas une trajectoire linéaire mais pouvait prendre la représentation d'une ligne en pointillé. De plus, conscientes de cette réalité, les maisons offrent néanmoins un refuge et une assistance aux

personnes suivies, quel que soit leur rythme, y compris après de longues interruptions dans leur suivi, ce qui les fait s'apparenter à de véritables espaces transitionnels de soins comme le définit Patrick Declerck dans son livre « Les Naufragés » (Declerck, 2003). Par ailleurs, dans le discours, elles essaient de s'affranchir de toutes velléités normalisatrices dans l'aide apportée. Le but commun affiché est d'apporter un accompagnement à toutes les patientes qui en expriment le besoin, quel que soit le contexte. Dans la pratique, surtout pour les structures les plus anciennes, elles sont assez vite rattrapées par des réalités logistiques comme nous l'explique Madame Irène Bourgeois qui est amenée à gérer, dans le cadre de ses fonctions de sage-femme coordinatrice de soins, jusqu'à 100-120 patientes dites « actives » c'est-à-dire dont elle gère au moment présent le suivi (*Entretien définitif N°1, Q4, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF*). Dans un véritable espace transitionnel de soins, il n'y a jamais de fin de prise en charge ce qui est pourtant le cas des patientes qui arrivent à sortir intégralement des violences. C'est même intégré dans les missions de certains professionnels comme le détaille Madame Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF : « moi, en tant que coordinatrice, c'est de suivre son évolution jusqu'à sa sortie de parcours. » (*Entretien définitif N°1, Q5, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF*).

Ce système permet de prendre en charge un nombre plus important de victimes car les ressources financières, mobilières et humaines des maisons des femmes ne sont pas extensibles. D'ailleurs, les moyens à disposition se révèlent être parfois un frein dans la mise en place d'une prise en charge idéale comme ont pu le témoigner plusieurs professionnels travaillant en maison des femmes lors de nos entretiens. (*Entretien définitif N°1, Q19, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF ; Entretien exploratoire N°1, QR4 et Q11, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF ; Entretien définitif N°6, QR16bis, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF*). Enfin, nous notons quand même que, pour certains professionnels rencontrés, l'idéologie de la réinsertion est sous-tendue dans les prises en charge par la réalisation du projet thérapeutique et sa mise en œuvre en accord avec la patiente. Là où cela diffère, c'est dans le troisième « acte » du scénario où on aura tendance à voir dans les structures conventionnelles un sentiment de trahison, d'offuscation côté soignant et d'échec côté patientes alors que dans les maisons des femmes cette réalité semble déjà intégrée et même anticipée dès le début de la prise en charge par les professionnels, ce qui en fait une proposition de soin complètement adaptée à l'ambivalence préalablement décrite.

La violence exercée à l'encontre des femmes enceintes est donc bien un phénomène systémique encore bien trop souvent tabou au sein de notre société. Ces aspects impactent directement la prise en charge des patientes concernées et sont pleinement intégrés dans l'organisation globale des soins de même qu'une adaptation particulière de la prise en charge en maison des femmes est apportée tenant compte des principales caractéristiques des victimes. Sur les dernières décennies, nous avons pu voir et constater une mutation sociétale sur la question. Il nous paraît important de préciser que des changements dans la prise en compte de ces caractéristiques sont actuellement également à l'œuvre dans les structures conventionnelles en parallèle. Même si elles dépendent encore beaucoup de la volonté personnelle des professionnels de se former sur la question, nous avons ainsi pu voir qu'il existe néanmoins une connaissance de ces particularités chez la psychologue du centre hospitalier et la sage-femme de PMI interrogées. Enfin, après avoir exploré la prise en charge des victimes au sein des maisons des femmes au travers de l'organisation même de la structure et avoir démontré que ce problème de santé publique y était pleinement pris en charge avec la production d'un suivi sur mesure, adapté à chaque patiente, nous allons détailler ses principales caractéristiques mettant en jeu une multitude de partenaires dont certains ne sont pas habitués à travailler ensemble.

PARTIE 2 : LES MAISONS DES FEMMES, DES STRUCTURES MULTIDIMENSIONNELLES PARTIES INTÉGRANTES DE LA PRISE EN CHARGE

Dans cette deuxième partie, nous verrons que la prise en charge proposée aux femmes enceintes victimes de violence au sein des maisons des femmes commence dès le moment où la patiente franchit le seuil d'entrée. L'accompagnement global a été réfléchi dès la conception même de la maison. Il s'organise au travers d'une structure multidimensionnelle qui sera analysée dans le détail. Les caractéristiques de l'organisation seront ensuite analysées selon la typologie de Mintzberg permettant de comprendre ce que sont ces structures, ce qu'elles proposent aux femmes victimes et en quoi elles se démarquent de celles déjà existantes. Nous reviendrons dans un troisième temps sur les acteurs de la structure en analysant l'identité professionnelle culturelle forte qu'elles véhiculent et sur les acteurs principaux qui se démarquent en leur sein. Enfin, nous aborderons ces maisons comme étant un lieu « refuge » pour les patientes enceintes victimes de violences qui est amené à se coordonner avec les autres acteurs du territoire de santé.

Il paraît essentiel de comprendre ce que sont réellement les maisons des femmes afin de mesurer ce qui a poussé les professionnels de terrain et les instances gouvernementales à les multiplier sur le territoire français. Pour cela, il est nécessaire de préciser que cette analyse ne concerne que les structures explorées dans le cadre de notre étude. Elle n'est pas forcément représentative de l'ensemble de ces structures. Il est également à noter que le concept ayant une croissance très rapide, les modèles développés ci-après sont susceptibles de changer d'ici à la rédaction complète de ce mémoire.

2.1. Genèse et évolution des structures

Comme abordé dans notre introduction, la première maison des femmes a été créée en 2016 à l'initiative du Dr Ghada Hatem-Gantzer. Médecin gynécologue-obstétricienne, cette Libanaise d'origine, s'est installée au début de sa pratique professionnelle en Seine Saint-Denis, un des départements français les plus économiquement défavorisés, connu également pour son multiculturalisme. Dès le début de sa pratique hospitalière, elle fut

confrontée aux violences faites aux femmes. Très consciente que cette violence impactait négativement leur santé, et constatant que l'offre de prise en charge pour elles était très limitée, elle décida de créer un lieu conçu comme réceptacle de cette violence. En effet, à ce moment-là, il n'existait pas dans les hôpitaux de parcours de soins dédié et les professionnels étaient très peu formés sur la question des violences. A son sens « les lieux créent l'opportunité ». Elle se lança donc dans la création d'une structure dédiée avec un lieu géographique bien différencié et surtout orienté uniquement sur ce type de prise en charge afin d'en garantir une meilleure visibilité. Si la structure actuelle est harmonieuse et complète, la mise en place d'un tel projet n'a pas été une chose facile. L'hôpital, dans lequel elle travaillait, lui fournit un emplacement⁷, mais ne disposait pas des fonds suffisants pour construire la maison (Baldy, 2023). Elle s'orienta donc vers l'ARS et le mécénat pour récolter les fonds suffisants créant par la même un type de financement et de fonctionnement complètement novateur, qui a été repris, depuis, par les deux structures incluses dans notre enquête et que nous détaillie plus précisément Madame Marine Delval, 42 ans, sage-femme coordinatrice d'une des maisons des femmes :

« Le projet, il a été monté avec un tiers, un tiers, un tiers. C'est-à-dire un tiers de financement, par l'ARS sachant que l'ARS propose une enveloppe qui a représenté 160 000 € l'année dernière et qu'il faut répondre à certains critères notamment être adossé un service hospitalier. Il y a quelques critères à respecter et si on respecte ces critères, on peut percevoir cette enveloppe. Il y a une partie en fait qui sous-entend une rémunération de nos consultations, la T2A classique [...] Et le dernier tiers de financement, c'est le mécénat. Le mécénat, c'est un gros gros travail, car c'est aller solliciter des entreprises, de grands groupes pour des financements ».

(Entretien exploratoire N°1, Q11, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Ce mode de financement particulier semble bien intégré par les professionnels travaillant dans ces structures et influence la communication qu'ils peuvent en faire ainsi Madame Marine Delval, 42 ans, sage-femme coordinatrice d'une maison des femmes explique :

⁷ Il s'agissait d'un parking innocupé appartenant à l'hôpital Delafontaine

« C'est une maison qui a un financement à la fois de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à la fois qui a besoin du mécénat pour vivre donc il faut aller chercher des fonds, des subventions. Parler de cette maison, c'est une façon aussi d'attirer le regard sur ce qu'on y fait et donc pour appeler aux dons ».

(Entretien exploratoire N°1, Q7, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Cette « double casquette » comme l'appelle Madame Isabelle Thiel, 29 ans, assistante sociale dans une des maisons des femmes, semble aussi parfois source de gêne pour les soignants des maisons comme le rapporte Madame Irène Bourgeois, 33 ans, sage-femme coordinatrice de soins dans une maison des femmes :

« Il y a un vraiment tout un système associatif avec des fonds privés avec de multiples mécénats possibles. Ça, il ne faut pas le dire, mais le fondateur a un portefeuille de gens incroyables. Du coup, on a plein de dons et des fois ça me met un peu mal à l'aise, mais c'est la marque qui veut bien se faire voir et qui donne tant et qui se vante sur tous les réseaux d'avoir donné tant. Du coup, c'est semi-privé ... Enfin, je ne sais pas comment on dit parce que je suis nulle là-dedans et ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse, mais il y a un financement de l'ARS et de l'hôpital et un financement par des fonds privés à côté qui est assez important ».

(Entretien définitif N°1, Q4, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Grâce au militantisme du Dr Hatem-Gantzer, il existe aujourd'hui un collectif appelé « restart » réunissant un certain nombre de mécènes et les maisons des femmes qui le souhaitent. Son objectif est de pérenniser ce modèle, de le viabiliser au long court. Au moment de notre étude, toutes les maisons des femmes l'avaient adopté, ce qui peut certainement, s'expliquer par le fait qu'elles fonctionnent sur un modèle économique fragile. Ainsi la T2A classique montre ses limites dans certains cas, ce que semble avoir rencontrés Madame Marine Delval lors de la création de la structure :

« C'était une femme de 74 ans qui [...] était dans une situation de violence aussi économique et administrative avec un mari qui épluchait les comptes rendus de la sécu. [...] l'une de ses premières questions était de savoir s'il y aurait une facturation : pas parce qu'elle est en difficulté financière, bien au contraire, elle était d'un milieu plutôt très aisé, mais simplement par le simple fait d'apparaître sur des comptes rendus de prises en charge. Tout de suite, ça a un peu éveillé des questions. Bien sûr, je l'ai rassuré. Je lui ai dit qu'on n'allait pas facturer

cette consultation, mais en fait la question s'est répétée plusieurs fois sur différentes situations. [...] Il y a des femmes qui ne bénéficient ni de Couverture Maladie Universelle (CMU) ni d'Aide Médicale d'Etat (AME), qui sont en complète irrégularité. Il y a des femmes qui sont dans une situation de prostitution qui n'ont pas de mutuelle et pour qui le dépassement de 7,50 € représente ... Quand elle vous dit une passe, c'est 15 €, j'ai un peu de mal à lui facturer 7,50 €. Donc en fait, j'ai eu pas mal de situations un peu « border » [...] qu'on n'avait pas anticipé en fait sur la montée du projet ».

(Entretien exploratoire N°1, Q11, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

D'ailleurs elle conclut :

« C'est des prises en charge qui ne sont pas forcément rentables : clairement cette année nous on est en déficit. On a beaucoup de chance que les centres hospitaliers partenaires qui ont une direction commune nous accompagnent et nous soutiennent là-dessus. On a encore besoin de travailler sur les modalités pour diminuer notre déficit. Ça ne sera jamais quelque chose de rentable, mais en tout cas pour limiter le déficit de ces prises en charge ».

(Entretien exploratoire N°1, Q11, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

À ce jour, toutes les maisons des femmes françaises sont rattachées à un centre hospitalier. Il faut dire que c'est la condition sinequanone pour recevoir les aides de l'ARS. Néanmoins, elles s'attachent à s'en affranchir à la fois en termes d'image, mais également au sein de leur fonctionnement puisqu'on n'y retrouve pas les mêmes instances de l'organisation hospitalière.

2.2. Une organisation spécifique

Si elles diffèrent des structures associatives, sanitaires et sociales existantes, les maisons des femmes peuvent être néanmoins analysées selon le concept d'organisation en référence à la définition de Philippe Bernoux, dans son livre « La sociologie des organisations ». Nous verrons dans cette partie qu'elles en ont les traits caractéristiques principaux :

- « Une division des tâches précise,
- Une distribution des rôles : chaque membre de l'organisation a un rôle bien défini,

- *Un système d'autorité dont le but est de veiller à l'adéquation du comportement des individus aux buts de l'organisation,*
- *Un système de communication entre les professionnels,*
- *Un système de contribution-rétribution » (Bernoux, 1985, p118).*

2.2.1. Une structure hybride proche d'une adocratie missionnaire

Dans le cadre de notre recherche, nous constatons que les maisons des femmes disposent de caractéristiques communes à commencer par un sommet stratégique souvent très réduit constitué d'une ou deux personnes avec une ligne hiérarchique très limitée, voire inexistante. Dans la pratique, le sommet stratégique est souvent mélangé au centre opérationnel comme l'illustre Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de structure :

« Je suis à la fois leur coordinatrice et je suis à la fois leur partenaire de travail ce qui demande une gymnastique pas facile de parfois se positionner d'égal à égal et parfois de se positionner en tant que coordinatrice. C'est tout un travail aussi sur moi qui apprend tous les jours justement à jongler. Parfois, on est partenaire et on est dans un entretien et je suis là en tant que sage-femme. Parfois, je suis là parce que je suis la coordinatrice de cette structure et que mon intérêt c'est que cette structure fonctionne bien ».

(Entretien exploratoire N°1, Q18, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

L'attachement des maisons des femmes à des structures hospitalières leur permet de bénéficier de fonctions de support logistique importantes, ainsi les professionnels de ces maisons bénéficient des mêmes services de qualité, de formation, etc. Ces fonctions de support sont couplées à une technostructure dense et riche partagée avec l'hôpital : service courrier, lingerie, service de RH pour la paie, coursiers, service informatique, etc. La gestion des ressources humaines est ainsi assurée par l'hôpital, à l'exception des intervenants bénévoles qui relèvent d'associations diverses avec leur propre mode de fonctionnement.

Dans nos terrains de recherche, les centres opérationnels sont constitués de 10 à 30 professionnels en majorité hautement qualifiés et avec une spécialisation des tâches forte comme nous le détaille Madame Irène Bourgeois, 33 ans et sage-femme coordinatrice de soins :

« Déjà à l'unité violence, on a des coordinatrices de soins qui sont [...] médecins et sages-femmes. Il y a des psychologues, des psychiatres. Deux agents d'accueil qui sont là pour orienter les patientes. Deux secrétaires médicales qui sont là pour les rendez-vous médicaux. Une baby-sitter qui s'occupe des enfants pendant les consultations. La policière qui est là. Il y a aussi une dermatologue, un sexologue, une conseillère conjugale, les thérapeutes des différents ateliers puis les gynécos. On est pas mal en fait ! ».

(Entretien définitif N°1, Q6, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Par ailleurs, on observe que la prise en charge est découpée au sein d'unités différentes caractérisées par un ensemble d'activités communes où se répartissent les professionnels selon le profil des victimes. La division des tâches est présente et connue de tous. Cette organisation aboutit dans certains cas à une répartition en sous-groupes d'appartenance définis selon la prise en charge qu'ils proposent aux patientes (ex : unité violence, unité excision, etc.). Cette dernière semble influencer directement sur l'organisation même de la structure et indirectement sur les professionnels qui y travaillent. Ainsi certains professionnels sont cantonnés à un sous-groupe d'activité quand d'autres conservent des missions transversales entre les unités comme par exemple Madame Isabelle Thiel, 29 ans, l'assistante sociale d'une des maisons des femmes :

« En vrai, moi je travaille sur les quatre unités [...]. Mais après, 80 % de mon temps de travail est dédié vraiment à l'unité violence dans son parcours de soin ».

(Entretien définitif N°6, Q3, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

Ces constatations nous permettent de dire que les maisons des femmes sont donc créées avec des caractéristiques particulières, propices à une forme d'agilité pour s'adapter au mieux à la prise en charge des patientes victimes. Par ailleurs, ces traits sont communs à toutes les structures étudiées, ce qui nous a permis de construire une modélisation commune à ces dernières (Annexe n°17). Nous pouvons ainsi en conclure que celle avec laquelle elles partagent le plus de caractéristiques communes selon la classification de Mintzberg est l'adhocratie missionnaire (Mintzberg, 1980 ; Annexe n°18). Elles ont été créées dans le but précis de prendre en charge les patientes victimes de violence qu'elles soient enceintes ou non. Les acteurs de ce système partagent des valeurs communes et fortes dont la principale, l'aide à la victime dans toutes ses dimensions, se retrouve dans quasiment tous les entretiens :

« Et moi ça a réaffirmé mes valeurs de travailleuse sociale parce que c'est mon travail en fait d'aider à l'autonomie, à prendre son indépendance, etc. Donc ça a vraiment du sens pour moi de travailler avec ce public-là ».

(Entretien définitif N°6, Q2, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

Cette structure rassemble autour d'un objectif commun des gens souvent autonomes dans leur exercice qui mettent en jeu entre eux des mécanismes de coordination, répondant le plus souvent à ce type d'ajustement mutuel comme le soulève Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de structure :

« Voilà l'idée c'est justement de construire ensemble et construire aussi avec l'équipe, car vraiment le projet, il tient sur de la co-construction ».

(Entretien exploratoire N°1, Q18, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

L'éducation occupe une place importante sur laquelle nous reviendrons plus en détail ultérieurement dans ce travail.

Nous pouvons donc en conclure que les maisons des femmes sont des organisations adhocratiques, ce qui leur permet de se démarquer structurellement des hôpitaux connus pour être plutôt des bureaucraties mécaniques. Seule la fonction support, importante dans les MDF, s'écarte du modèle de l'adocratie selon Mintzberg dans lequel elle est peu développée, voire inexistante. Et si l'organisation semble identique dans les deux structures étudiées, il serait opportun et intéressant de voir si ce modèle est applicable à l'ensemble des maisons des femmes françaises.

2.2.2. Organisation dans son environnement

L'environnement met en relation des forces disparates encourageant la décentralisation, le tout dans un univers où la concurrence est faible, car il n'existe pas d'autres structures proposant le même type de prise en charge. Leur principal mode de coordination à l'heure actuelle est l'ajustement mutuel. Ce dernier se met en place de manière fluide à la faveur de la taille restreinte des équipes. Cela permet, même si les professionnels sont à majorité à temps partiel, de se croiser fréquemment lors de temps de pause ou de staff d'équipe. Ce sont des moments propices dans cette régulation d'équipe. Cela en fait un

concept difficile à mettre en place dans de plus grandes structures où organiser des temps d'échange et de régulation est plus complexe, entraînant des difficultés potentielles à coordonner.

Il est également à noter que le sommet n'est pas commun aux différentes maisons des femmes. Il s'agit d'une organisation regroupant plusieurs structures, mais chaque maison est une entité organisationnelle individuelle. À l'heure actuelle, chacune d'elles a un fonctionnement coordonné par une politique commune adaptée localement au besoin de son propre territoire de santé. Il n'y a pas de sommet commun comme dans les bureaucraties, mécaniques décomposées en divisions. Cela leur permet de conserver une certaine autonomie et liberté dans le choix des prises en charge proposées.

Par leur composition hybride et leur mode de fonctionnement novateur, ces structures s'intègrent complètement dans le paysage de la santé français. Elles répondent à la fois à une politique de santé publique de grande ampleur en s'inscrivant dans le plan national de lutte contre les violences faites aux femmes mis en application dans le territoire de santé par le biais des ARS (Gouvernement, 2021 ; Guillaum, 2014 ; OMS, 1995) mais aussi à un besoin exprimé localement là où les collectivités locales sont parties prenantes de l'aventure. Ces dernières, dans les maisons des femmes explorées, ont en effet concouru à la création de la structure notamment sur le versant financier, mais également avec un droit de regard sur l'offre de soins apportée. S'inscrivant à la fois dans une démarche de prévention et de soins, les maisons des femmes apportent des solutions pas uniquement basées sur le besoin exprimé localement. En luttant contre les déterminismes de la violence faite aux femmes par le biais de sensibilisation et d'éducation dans les écoles, de formation des professionnels, etc., elles œuvrent pour la mise en place d'une société plus inclusive, plus sensibilisée à cette réalité et participent à leur manière et dans leur territoire à la promotion de la santé. Les maisons des femmes permettent une approche transversale et pluriprofessionnelle du problème des violences faites aux femmes enceintes. Elles s'intègrent donc complètement dans une démarche de santé publique, car elles disposent d'un « ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes », répondant ainsi aux exigences de la santé publique en France (Bourdillon et al., 2016).

2.3. Les multiples visages des acteurs des maisons des femmes

2.3.1. Les maisons des femmes un système d'acteurs pluridisciplinaires et complémentaires

Pour aller encore plus loin dans l'analyse organisationnelle de la structure, nous sommes partis de son organigramme. Ce dernier est clair, peu complexe et en cohérence avec la jeunesse de la structure. Au sommet, il est constitué d'une directrice ou un directeur à l'origine du projet de construction de la maison des femmes. Dans les deux structures étudiées, il s'agit d'un médecin gynécologue-obstétricien. Ce dernier imprime « *la ligne de conduite et la philosophie de la maison* » pour reprendre l'expression de Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de structure (*Entretien exploratoire N°1, Q8, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF*). Puis nous avons dans la ligne hiérarchique, un ou deux cadres qui sont soit sage-femme soit conseillère conjugale et familiale dont la mission est de transmettre la philosophie de la maison aux équipes et de réguler l'organisation quotidienne de la structure (plannings, locaux, etc). L'organisation et la coordination entre directeur et cadres sont adaptées quotidiennement là où le directeur a très peu de contact avec l'ensemble des autres professionnels impliqués dans l'organisation. Enfin, nous retrouvons ensuite les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patientes victimes. Ils ont la particularité d'être tous au même niveau hiérarchique sans compétition entre eux, car leurs domaines de compétences sont très précis et complémentaires. Nous constatons que la majorité de la régulation interprofessionnelle au sein de la structure se déroule à ce niveau. Les régulations dans les missions de chacun se font de par leur diplôme initial qui permet de définir et préciser le champ de leurs compétences. Nous retrouvons cette réalité lorsque nous questionnons les professionnels des maisons des femmes sur la gestion de l'absentéisme. Tous s'accordent à dire que n'étant pas interchangeables dans leurs compétences, l'absentéisme est une véritable problématique qui ne trouve pas forcément de solution. Dr Grives nous explique :

« S'il y a des absences, c'est la galère. [...] s'il y a une absence, c'est vrai que ça fait effet boule de neige et c'est très vite assez compliqué, surtout qu'on n'est pas vraiment interchangeables. Moi, ma consultation, personne ne peut me la reprendre. La consultation sexo non plus. L'assistante sociale, moi je ne peux pas. J'ai oublié de parler de notre psychologue spécialisée en psychotrauma, personne ne peut faire sa consultation ».

(Entretien définitif N°7, Q9, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Cette grande spécialisation des tâches et des missions, l'attachement aux valeurs d'entraide et de bienveillance ainsi que la taille limitée de la structure participent à la bonne entente quotidienne des professionnels qui y travaillent. Ces derniers peuvent d'ailleurs être assez nombreux selon la taille de la maison. Il est intéressant aussi de remarquer que cette dernière semble directement en lien avec le moment de sa création. Plus il est ancien, plus la taille de la structure est grande, de même son organisation par le biais d'un organigramme, plus étoffée. Par ailleurs, plus la taille de la structure est conséquente et indirectement le nombre de professionnels important, plus les zones d'incertitudes sont nombreuses et étendues. Ainsi, dans la structure la plus ancienne et la plus étoffée, la directrice, contactée en préambule de notre travail, nous a expliqué que les femmes enceintes victimes de violence n'étaient pas suivies dans la maison des femmes, mais au sein même de la structure hospitalière privée ou publique dans laquelle elles souhaitaient accoucher. Nous aurions pu nous arrêter là, mais au hasard du calendrier et des opportunités, des demandes d'entretien avaient été acceptées dans l'intervalle. Nous les avons toutes honorées malgré tout et heureusement puisque cela nous permit de voir que les choses n'étaient pas aussi arrêtées.

« Nous, on accueille les femmes, mais si elles sont enceintes, on les dirige plus vers l'hôpital et dès qu'elles ont accouché, nous on les prend en charge. Par contre si, et ça m'arrive beaucoup, je ne sais pas pourquoi, les patientes tombent enceintes au cours de leur suivi, je les suis. Il n'y a pas de soucis. Je les adresse quand même avec un suivi sage-femme à côté, car moi je vais prendre en charge le côté psychique de la violence, mais je ne vais pas rester que sur le côté médical donc j'ai toujours besoin d'un back-up à côté ».

(Entretien définitif N°1, Q11, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

D'autres professionnels de maison des femmes décrivent une certaine ambivalence dans le cadre de cette prise en charge à l'image de Madame Isabelle Thiel, assistante sociale qui explique :

« Oui, alors normalement nous... Mais bon, ça, c'est un peu compliqué et j'ai l'impression que la règle change tout le temps, donc même moi j'ai du mal à suivre. Normalement, quand les patientes elles sont enceintes, on ne les accompagne pas à la maison des femmes. C'est l'hôpital qui les accompagne. Mais après on a eu une nouvelle règle qui disait que si on

connaissait une patiente et qu'elle tombait enceinte pendant le parcours, bah on n'allait pas la réorienter ailleurs pour après la récupérer ».

(Entretien définitif N°6, Q12, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

Nous avons également retrouvé cette disparité dans la prise en charge des femmes enceintes victimes de violence dans l'autre structure étudiée où il existe des rapports de négociation entre les professionnels de la maison selon la situation particulière de la patiente.

Là où on aurait pu penser que la prise en charge des victimes enceintes était rodée et uniforme partout, le constat est beaucoup plus mesuré. Les sages-femmes coordinatrices de soins se retrouvent dans une situation de force dans les rapports de négociation avec leur hiérarchie. Ce sont elles qui voient les patientes en direct et prennent les décisions du terrain sans que ces dernières ne semblent être discutées par la suite.

Dans le cadre de cette enquête, il nous a été donné de rencontrer un panel très riche et complémentaire de professions : des médecins généralistes, des médecins gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, des médecins légistes, des psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des conseillères conjugales et familiales, des cadres, des secrétaires, des policiers, des juristes, des sexologues, des baby-sitters. Chacun semble avoir une mission bien précise auprès des patientes, ce qui le définit pour lui-même et vis-à-vis de ses autres collègues ou des patientes. Il est à noter que nous avons fait le choix dans cet organigramme de ne représenter que les soignants dont la majorité dépend de l'hôpital. Cependant, pour que notre étude soit la plus complète possible, il convient de rajouter tous les personnels associatifs (bénévoles, prestataires de services extérieurs comme les baby-sitters, ou territoriaux comme les policiers) qui n'ont pas de lien hiérarchique direct avec les directeurs ou cadres de la structure, mais dont les interventions doivent être coordonnées aux soins pour potentialiser leur intérêt.

Des temps de partage interprofessionnels sont aussi organisés dans toutes les maisons des femmes étudiées. Ils sont soit informels sur les pauses déjeuner, pauses café de la journée soit institutionnalisés comme nous l'a confirmé Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF car ils sont une partie intégrante de la prise en charge des patientes victimes de violence. C'est à l'occasion de ces staffs, dans la discussion et la confrontation

des avis pluri professionnels, que se décident et se jouent souvent l'orientation et la teneur de la prise en charge des patientes à l'image des staffs d'inclusion, qui ont pour vocation de statuer communément l'intégration de la patiente dans la prise en charge en maison des femmes, des staffs de situation complexe pour coordonner efficacement les différents intervenants (*Entretien exploratoire N°1, Q9, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF ; Entretien définitif N°1, Q7, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF*). Ces derniers existent dans toutes les maisons des femmes étudiées et sont un prérequis de la prise en charge des patientes. Ils permettent aussi de s'assurer de la réalisation d'un temps d'échange commun sur le dossier ce qui n'est pas forcément évident vu que la majorité des acteurs sont à temps partiel. Leur deuxième intérêt est d'apporter une certaine sécurité aux professionnels engagés dans la prise en charge des victimes. Les histoires de certaines patientes étant particulièrement lourdes, il arrive que le professionnel, qui y fait face, se retrouve « envahi » par l'état émotionnel de la patiente surtout lorsqu'il débute son activité en maison des femmes comme nous le raconte le Dr Grives Ninon, 29 ans, gynécologue-obstétricienne en maison des femmes depuis seulement un an et demi :

« Mais c'est vrai que je ne m'attendais pas du tout à ça. Je pensais connaître les risques des violences via l'orthogénie et en fait j'ai pris une grosse claque dans la face si on peut le dire. Parce que quand je suis arrivée ici, j'ai découvert vraiment ce que c'était les vraies violences et jusqu'à quel point elles pouvaient aller. Et l'imaginaire des auteurs de violences, à quel point il pouvait être débordant et j'ai entendu des choses que je ne pensais même pas possibles en France en 2023. Ça, ça m'a vraiment mis... Les premières semaines ont été très difficiles, mais mes collègues l'ont bien vu. J'étais blanche à chaque fois que je sortais des entretiens. Il y a même des entretiens pour lesquels je suis vraiment sortie en pleurant parce que ça te prend au fond de tes tripes. Quand on te raconte, tu te mets à la place de la femme et tu te dis, mais moi je n'aurais jamais pu endurer tout ça. Et comment elle a fait pour endurer tout ça ? Et puis pareil, parce que des fois, le cerveau fait même plus sens de ce qu'elle me raconte. Il y a des histoires où mon cerveau n'arrive même pas à connecter les neurones, ça, c'est assez effrayant et du coup ça a été assez compliqué au départ. Mais bon, petit à petit, grâce aux supervisions qu'on a avec les psychologues, on a des psychologues qui viennent deux fois par mois nous superviser, grâce au soutien des collègues qui sont là, ça fait plusieurs mois, voire plusieurs années qu'elles sont là-dedans. Donc j'ai petit à petit formé une carapace, même si c'est encore des fois assez difficile. Je ne cache pas que je fais encore des fois des

cauchemars, que je repense à des situations, des fois pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs jours ».

(Entretien définitif N°7, Q2, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Les temps d'échange, institutionnalisés ou non, ont donc pour vocation de réduire l'insécurité des professionnels que peut leur provoquer les récits des patientes et permettent derrière une valorisation de la qualité d'accueil ainsi que la limitation de l'angoisse générée chez la patiente (Molénat et al., 2013).

On imagine alors aisément l'aspect multidisciplinaire de telles structures ; ce qui se traduit en pratique par un parcours de soin multidimensionnel, riche et varié nécessitant également une grosse capacité de coordination entre tous ces différents intervenants. Si le panel des prestations de besoins est varié et construit en cohérence avec ceux recensés sur le terrain, nous avons néanmoins remarqué qu'il était basé sur l'articulation primaire de professionnels de la santé différents, mais indispensables dans leur complémentarité pour la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes.

Les maisons des femmes sont des structures où l'on retrouve de nombreux professionnels au sens sociologique du terme c'est-à-dire de personnes occupant une position, et une place précise dans la division du travail, résultant d'une spécialisation encore plus poussée : par exemple l'assistante sociale n'est plus seulement assistante sociale, mais devient assistante sociale au sein d'une maison des femmes un peu comme l'infirmière est devenue infirmière anesthésiste par le résultat d'une spécialisation encore plus poussée. Il est néanmoins important de comprendre comment s'est faite cette mutation identitaire professionnelle.

2.3.2. Identité culturelle et professionnelle forte se construisent pendant la formation

Nous constatons que, au sein de ces structures, des professionnels de tous horizons au panel de compétences très diverses et complémentaires ont été réunis. Les choix de recrutement semblent s'appuyer sur les mêmes critères pour les structures étudiées. Le plus important est celui d'une formation initiale diplômante conférant, à lui seul, un statut suffisant

pour exercer. Cette formation est le plus souvent longue, sanctionnée par un diplôme, une autorisation d'exercer et donne un titre rassemblant ainsi les principales caractéristiques des professions selon les sociologues du mouvement fonctionnaliste (Carr-Saunders et Wilson, 1933). Il est également intéressant de constater que ce sont les professions médicales, sages-femmes et médecins, qui occupent des places et des fonctions principales au sein de l'organisation. Les postes de direction sont occupés exclusivement par des médecins dans notre échantillon. Quant aux sages-femmes, elles ont un rôle pivot dans l'articulation de l'organisation. Ce sont elles qui coordonnent l'action de tous les autres professionnels intervenants dans le parcours de soin en fonction du bilan initial qu'elles pourront faire au chevet de la patiente ce qui leur confère une légitimité quotidienne dans le parcours de soins.

« Moi je suis coordinatrice, ça veut dire qu'en gros j'accueille la dame, je fais le point avec et on crée ensemble son parcours de soin. Moi, en tant que coordinatrice, c'est de suivre son évolution jusqu'à sa sortie de parcours. [...] Mon but ça va être de voir la dame, de faire un bilan avec elle sur son point de vue médical, psychique, social, et d'un point de vue de la violence si elle est toujours là ou pas et de ce qu'on va pouvoir mettre en place ».

(Entretien définitif N°1, Q5, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

D'ailleurs la position centrale des sages-femmes dans la prise en charge est décrite dans quasiment tous les témoignages des patientes des maisons des femmes interrogées dans le cadre de cette étude à l'image de Madame Fatou Diallo, 27 ans, patiente d'une maison des femmes pendant sa grossesse, qui a cité 17 fois Me Alix la sage-femme qui l'a pris en charge dans la structure là où, en comparaison, elle ne citait nominativement qu'un seul autre intervenant en la personne de Lizette, la secrétaire, qu'elle avait au téléphone ou à l'accueil pour ses rendez-vous et à laquelle elle a fait référence deux fois dans son entretien. De même que Madame Emie Lolo Clémentine, 32 ans, patiente d'une maison des femmes qui ne nomme que deux professionnels de la maison : Madame Anne et Madame Paula, deux sages-femmes de la structure. Si elle parle également d'autres professionnels notamment des assistantes sociales et psychologue, le rapport d'intimité ne semble clairement pas le même puisqu'ils ne sont identifiés dans son récit que par leur métier.

On retrouve cet ordre établi dans le système sanitaire où la place hégémonique des professionnels médicaux a été mise en avant dans les travaux sociologiques des

fonctionnalistes avec, en chef de file, Talcott Parsons qui y consacre un chapitre entier dans son ouvrage « The Social System » (Talcott Parsons, 1951). Mais il semble y avoir, au sein des maisons des femmes, une certaine remise en question de cet ordre établi. Le positionnement des paramédicaux, bénévoles et autres acteurs sociaux est en permanente évolution à la faveur de deux phénomènes distincts, mais potentialisateurs : la grande spécificité de leurs missions qui les rendent à la fois indispensables et « dignes d'intérêt » et le partage de formations communes sur le sujet des violences faites aux femmes comme levier identitaire commun.

« Mais je vois, par rapport à d'autres services de soins, on est vraiment dans un rapport d'égal à égal. Il n'y a pas un truc je suis assistante sociale et moi je suis médecin ou sage-femme ou j'ai un bac plus cinq et toi tu as qu'un bac plus trois. On est vraiment complémentaires, je trouve, et on est à égalité, ça, c'est chouette ! ».

(Entretien définitif N°6, Q16, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

Lorsqu'on revient sur l'ultra-spécificité de leurs missions, il est à noter qu'au-delà de leurs compétences spécifiques, la majorité des intervenants de la maison des femmes, sont seuls ou au maximum deux à effectuer leurs missions. Si bien que, vu la taille restreinte des structures, leurs absences se font tout de suite ressentir, de même que l'impact positif de leur travail est tout de suite constaté, ce qui leur confère au quotidien une véritable identité propre au sein de la structure.

« Ça m'est déjà arrivé, j'ai eu le covid en décembre et j'ai été toute seule en tant qu'assistante sociale du coup les patientes, elles n'ont pas vu d'assistante sociale pendant mon absence ».

(Entretien définitif N°6, Q9, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

« Moi, ma consultation, personne ne peut me la reprendre. La consultation sexo non plus. L'assistante sociale, moi je ne peux pas. J'ai oublié de parler de notre psychologue spécialisée en psychotrauma, personne ne peut faire sa consultation. »

(Entretien définitif N°7, Q9, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Par ailleurs, il semble s'opérer pour ces professionnels une transition telle qu'elle est décrite par Danvers c'est-à-dire impliquant de « nouveaux choix, un mouvement de séparation suivi d'un mouvement de reconstruction » (Danvers, 2006, p102). Après avoir été séparés des

structures classiques de soins, mais plus globalement de leurs croyances antérieures sur la violence, les intervenants se reconstruisent au sein de la structure avec la bienveillance des collègues :

« Je pensais connaître les risques des violences via l'orthogénie et en fait j'ai pris une grosse claque dans la face si on peut le dire. Parce que quand je suis arrivée ici, j'ai découvert vraiment ce que c'était les vraies violences et jusqu'à quel point ça pouvait aller. [...] Donc j'ai petit à petit formé une carapace, même si c'est encore des fois assez difficile ».

(Entretien définitif N°7, Q2, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Comme Merton a pu le relever dans le cadre de la formation des médecins, la socialisation débute par un « processus par lequel les gens acquièrent sélectivement les valeurs, les attitudes, les intérêts, les qualifications et le savoir, en bref la culture du groupe social auquel ils appartiennent ou souhaitent appartenir » (Merton, 1957). La maison des femmes constitue un nouveau groupe social d'appartenance partageant des déterminants communs dont le plus nommé dans les entretiens est la formation spécifique sur la violence faite aux femmes :

« [...] alors déjà d'être toutes formées aux violences, d'avoir un langage commun, des valeurs communes, un même objectif avec les patients dont on sait où on va, où on est. C'est clair pour nous. Le co-responsable de la grossesse est un auteur de violences. Ça ne sera pas forcément un bon père de famille. Voilà, on a vraiment une culture commune, un vocabulaire commun, ça fait gagner beaucoup de temps ».

(Entretien définitif N°6, Q13, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

« Je suis arrivée à la maison des femmes, j'ai pu pendant deux semaines observer et faire des consults. On m'a donné énormément de lectures, de cours ou de mooks à regarder et je me suis formée là-dessus. Maintenant je ne vois que ça limite en fait. J'ai l'impression quand je sors de garde que je ne vois que ça ».

(Entretien définitif N°1, Q2, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

On peut également y retrouver un langage commun et partagé comme l'illustre Madame Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF :

« Du coup, pour moi, femmes victimes de violence enceintes, ça peut être victime de n'importe quelle forme de violence, que ce soit physique, psychologique, verbal, économique, administratif, psychologique de la part de son conjoint ou de son ex-conjoint qui est le « co-responsable de la grossesse ». On dit ça à la maison des femmes parce que des fois, en fait, il n'y a pas vraiment la notion de père qui est là, [...] Et du coup mes collègues, moi j'ai pris les vocabulaires de la maison des femmes maintenant, mais je trouve ça génial à dire co-responsable de la grossesse ».

(Entretien définitif N°6, Q16, Isabelle Thiel, assistante sociale en MDF)

Chaque professionnel est expert dans son secteur de base grâce à son diplôme initial. Il dispose à ce titre déjà d'une identité personnelle et professionnelle propre, résultat d'un processus de socialisation au sein de leur groupe professionnel entre autres (Mead, 1934).

Cependant, dans le cas des maisons des femmes, tous partagent, derrière une « sur spécialisation commune » qui se traduit dans les faits par un vocabulaire commun, des sujets d'étonnements identiques, une exclusion d'autres professionnels non formés considérés dans les entretiens comme moins compétents comme si, pour justifier leur existence nouvelle, ils devaient, quelque part, se démarquer des autres professionnels ou structures déjà préexistantes en construisant leur identité propre. Michel Castra précisait que : « L'identité est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui fait qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme tels par les autres » (Castra, 2012). Cette distinction se voit également dans l'évolution sémantique des statuts, par exemple, la sage-femme qui devient sage-femme coordinatrice de soins, spécificité propre à la maison.

Cette mutation identitaire se fait au sein même de la structure par le biais de partage de temps informels, par le partage de formations identiques impliquant un même contenu théorique, un même positionnement dans la prise en charge des patientes, une philosophie commune impulsée par le directeur de la structure. Nous avons pu remarquer que la mutation identitaire des professionnels, qui s'exerce au sein de ces nouvelles structures, leur donne une identité commune et des valeurs partagées. De plus, tout comme Peter Berger et Thomas Luckmann, nous avons pu constater que cette identité n'est pas figée, mais le fruit d'un processus (Berger et Luckmann, 1966). Enfin, nous observons, de la même manière que

Michel Castra, que ce changement est continu et dépend à la fois du « contexte et des ressources qui peuvent être mobilisées » (Michel Castra, 2012). On voit que cela répond à un besoin d'appartenance et de reconnaissance dans leurs missions

« Bien sûr, il y a aussi un bénéfice un peu agréable parce que les consultations avec ces patientes sont gratifiantes. Elles ont tout de suite beaucoup de comment dire, de la gratitude [...]. Voilà, tout de suite, il y a beaucoup de mercis ».

(Entretien définitif N°7, Q, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Comme l'expliquent Anne-Marie Fray et Sterenn Picouveau, dans leur article, il s'agit en cela d'une dimension fondamentale pour l'identité professionnelle de l'individu puisque c'est un levier d'efficacité dans l'accomplissement de leurs missions (Fray et Picouveau, 2010).

À ce jour, toutes les maisons des femmes françaises prennent soin de ne pas reproduire les codes habituels de l'hôpital. Cette démarche débute d'ailleurs lors la construction de la maison. Elle se traduit en termes d'infrastructure, car cette dernière est déjà pensée et orientée en vue de l'accueil et du soin de la victime.

2.3.3. Le rôle fondamental de la formation des acteurs dans la libération de la parole des victimes

On vient de le voir, la formation est donc un objet important d'élaboration identitaire des professionnels, mais elle est également un levier fort dans la libération de la parole des victimes. Pour ces dernières, on le verra plus longuement après, dévoiler les violences subies n'est clairement pas quelque chose d'évident ni de spontané. Cela s'inscrit le plus souvent dans un processus de suivi au long cours. Nous nous sommes alors demandé pourquoi si peu de patientes enceintes révélaient leur situation alors même que, grâce à leur grossesse, elles fréquentaient régulièrement des professionnels de santé ? Un début de réponse à cette question a été apporté par Madame El Mimouni Fatma, patiente n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement en maison des femmes :

« Des fois on préfère rester dans son coin que parler, car après, ça complique les choses de plus en plus. Disons déjà que pour parler, il faut un effort. Oui après quand on fait l'effort pour parler après vers la fin on ne traite pas le problème en fait. On se retrouve à parler juste pour parler, je trouve. Parlez juste pour parler ».

(Entretien définitif N°2, Q20, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF)

En effet, malgré les recommandations d'usage à l'utilisation de la question systématique, encore trop peu de professionnels travaillant dans les structures conventionnelles y ont recours ou n'ont pas les ressources suffisantes pour y répondre de manière adaptée (Shaw, 2003). C'est ce qui est décrit par nos professionnels en nous citant plusieurs exemples parlants :

« Encore ce matin, j'ai une conseillère conjugale en PMI [Réfléchi] Contexte de violence conjugale extrême, on a obtenu une ordonnance de protection, et du coup cette femme est seule avec son enfant. [...] Elle a été vue par la conseillère conjugale de la PMI qui a trouvé super sympa de lui dire : « Eh oui madame je comprends nanana, ben vous savez les relations conjugales... ce qui serait intéressant de faire, c'est de rencontrer votre mari ». Donc là, il faut informer cette conseillère conjugale qu'une ordonnance de protection, ça veut dire qu'il n'a pas le droit de l'approcher sinon il va en prison ».

(Entretien définitif N°1, Q12, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

« C'est comme beaucoup de femmes victimes de violence au centre hospitalier des Anges qui manquent leur rendez-vous. Beaucoup de professionnels disent « Oui ça montre bien qu'elle ne veut pas être suivie vu qu'elle ne vient pas à ses rendez-vous ». Le psychotrauma provoque des amnésies. Les patientes sont incapables d'aller acheter du pain donc elles peuvent louper leur rendez-vous sans que cela veuille dire qu'elles soient dans un refus de soin ».

(Entretien définitif N°1, Q12, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Cela confirme les données de la littérature, car en 2003, Loraine Bacchus et son équipe ont en effet démontré que seulement 15% des professionnels sages-femmes posaient la question des violences systématiquement. Ce taux grimpait à 45% dans les situations de forte suspicion, mais il existait une certaine résistance des professionnelles à la poser et prendre le lead sur la gestion de cette problématique (Bacchus et al., 2003). On observe que cette question n'est pas systématiquement posée ou alors posée une fois en début de grossesse,

mais pas renouvelée pendant la grossesse alors qu'on sait que les violences peuvent débuter pendant cette période. Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de maison des femmes, nous explique que c'est pourtant la répétition de la question qui encourage les victimes à dévoiler les violences, ce que confirme d'ailleurs Bacchus et al. en 2003 :

« En fait ça a changé, je pense, considérablement ma façon de travailler le jour où j'ai commencé à poser la question des violences. C'est-à-dire qu'avant, de temps en temps, j'avais une femme qui me parlait de violences. Je pense qu'elle devait en avoir tellement marre pour m'en parler, qu'elle en parlait, car ce n'est pas facile d'en parler. En fait, on se rend compte que si on pose la question des violences, elles répondent [...]. Je vois très bien, je leur pose la question des violences. Elles tiquent. Je vois qu'elles tiquent, mais elles me disent non. Je respecte ce non, mais en fait c'est arrivé que plusieurs fois elles me disent non, je me dis « Bon pas sûr ». Je la revois sur une consultation suivante où elle me dit « Vous savez la dernière fois que vous m'avez posé une question, je vous ai dit non et j'aimerais bien qu'on en discute ». Pour moi, c'est la meilleure des réussites. »

(Entretien exploratoire N°1, Q21, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

C'est la formation des professionnels à cette réalité qui semble en partie changer la donne puisque tous les professionnels travaillant en maison des femmes ont répondu de manière unanime qu'il s'agissait du moyen principal pour améliorer le dépistage des violences. En revanche, les réponses des professionnels hors maison des femmes ne sont pas toutes aussi tranchées. Madame Monnet Emilie, psychologue en structure conventionnelle, avance que c'est la formation de tous les professionnels de santé qui permettrait d'améliorer le dépistage des violences quand Madame Montagne Prudence, sage-femme de PMI, avance qu'en plus de la question systématique une prise en compte sociétale de tout l'entourage est un prérequis. Nous arrivons donc à la même conclusion que dans la littérature actuelle : la formation permet à la fois de changer la conscience du phénomène et les connaissances des professionnels, mais également leurs pratiques ce qui se traduit directement par un taux de violence détecté plus élevé et un accompagnement beaucoup plus qualitatif dans le ressenti (Bacchus et al., 2003 ; Bacchus et al., 2010 ; Shamu et al., 2013) des patientes. Ainsi, les patientes suivies en MDF témoignent :

« C'est une professionnelle qui est là pour toi, qui est là pour toi vraiment. Qui, quand elle t'appelle, elle n'a pas une autre pensée. Elle ne veut que t'écouter. Elle veut savoir comment tu vas. Je ne sais pas comment vous expliquez ça. Tout ça, c'est mon ressenti en fait ».

(Entretien exploratoire N°3, QR18, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Parce que je pense que j'avais beaucoup gardé des choses en moi-même et j'avais besoin d'être écoutée par des personnes qui ne vont pas me juger, qui ont un regard bienveillant envers moi en fait ».

(Entretien exploratoire N°3, Q8, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Oui, je ne peux rien dire des gens là-bas parce que d'abord, moralement, ils sont là envers toi et te comprennent. Ils sont là pour te fortifier, te donner la force au moins de tenir encore. Ils ne m'ont pas humiliée. Ils ont su mes douleurs, mes blessures et réussi à me consoler. Poser des questions et me conseiller au moins ».

(Entretien définitif N°4, Q5, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Cela fonctionne également quand les entretiens ont lieu dans un cadre sécurisant et les maisons de femmes semblent se distinguer des structures conventionnelles pour ce faire, car la formation des professionnels inclut un rapport au temps complètement différent des structures classiques. La temporalité et le rythme de dévoilement des victimes sont respectés. Par ailleurs, il a été aussi démontré l'efficacité d'un suivi et du questionnement systématique quand il est réalisé par des personnels de santé confiants et sereins lorsqu'ils posent la question, mais qui sont aussi entraînés à apporter des réponses sans jugement, habitués et formés à réassurer, sans trop mettre de pression sur les patientes en respectant leur propre temporalité (Bacchus et al., 2003 ; Bacchus et al., 2004 ; Shamu et al., 2013 ; O'Reilly et al., 2010).

Comme l'explique Madame Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF, la formation aide aussi à comprendre le langage non verbal des victimes, à adapter ses réponses et son attitude ce que confirme également la littérature dans les études (Bacchus et al., 2004).

Dans les maisons des femmes, il est à noter que, contrairement aux lectures

académiques sur le sujet, les professionnels interviewés ne font pas état de l'utilisation d'échelles d'évaluation de violence figurant pourtant dans les recommandations à l'image de la WAST *The woman abuse screening tool* utilisée au Canada ou le formulaire *antenatal psychosocial health assessment* (ALPHA) plus international. Par contre, le panel des formations qui sont proposées aux professionnels des maisons des femmes est largement supérieur à celui proposé aux professionnels des structures conventionnelles. Leur expertise sur le sujet de même le champ de leurs compétences sur le sujet s'en trouve donc d'autant plus enrichis comme nous le confirme la majorité des professionnels des maisons des femmes interviewés :

« Aussi, on a beaucoup de formations. Là, on a eu un séminaire et le séminaire d'avant, on a eu le procureur de la république qui est venu. On est souvent amenée à faire régulièrement des signalements et du coup avec le procureur de république, on a pu énormément parler, se former. Il y a aussi beaucoup de formation et ça c'est hyper cool. »

(Entretien définitif N°2, Q18, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF)

2.4. Le lieu de soin conçu comme un « refuge »

L'infrastructure des maisons semble dotée de particularités communes très éloignées des centres hospitaliers traditionnels. Conçues comme des maisons d'habitation individuelles, elles véhiculent une image de foyer familial, propice à la mise en confiance et à la confiance sans pour autant se défaire entièrement du versant "soins" comme nous le résume Dr Grives, gynécologue exerçant en MDF :

« Donc c'est une maison. Vraiment sur le système de maison en mode familial cocon. Mais c'est une maison aussi dans la forme, parce qu'on est vraiment une maison à deux étages. Quand tu rentres dans la maison, ce n'est pas un hôpital hein, mais on a la casquette hospitalière qui fait que les femmes, elles viennent là pour du soin ».

(Entretien définitif N°7, Q3, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Dans les lieux explorés, l'accent est mis sur la décoration, le confort des meubles utilisés et semble suivre à lettre les préconisations du Dr Morand, psychothérapeute spécialiste en matière de prise en charge des patientes violentées :

« Il y a déjà l'accueil au niveau ergonomique c'est-à-dire dans un lieu d'accueil adapté qui soit propre, qui soit sécurisé, qui soit un peu cocooning et non pas une grande salle blanche avec des lumières genre une salle de garde. Voilà, le lieu est important. Qu'elles se sentent sécurisées. Où elles peuvent parler sans qu'on entende ce qui se dit dans le bureau comme par exemple les lieux où on entend tout depuis la salle d'attente. Qu'elles ne se sentent pas obligées d'être en contact avec d'autres. Qu'il puisse y avoir des petits salons ou des petites choses comme ça où l'on puisse se mettre à l'écart des autres si besoin. L'ergonomie est très importante dans un lieu sécurisé et sécurisant où elles puissent se sentir bien. Matériellement, montrer qu'on prend soin d'elles. Par exemple, qu'il y ait un petit truc à boire ou à manger. Enfin, montrer l'attention qu'on a. Ça c'est très important ».
(Entretien exploratoire N°2, Q9, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Cet accueil est d'autant plus important dans un contexte de grossesse où l'inconfort d'une situation de grossesse se surajoute à celui de la violence subie. Le mobilier est choisi pour compenser les aléas physiques liés au changement de leur corps qui limitent leurs mouvements et augmente leur besoin d'assistance afin de minimiser l'état de vulnérabilité physique qui en résulte (Stöckl et al., 2013). Madame Fatou Diallo, 27 ans, patiente d'une MDF a d'ailleurs pu le verbaliser :

« C'est accueillant et c'est très sympa. Ça apaise. En fait, les salles, elles sont bien décorées, on va dire. Pas trop non plus, mais c'est décoré. C'est zen. Quand on arrive, on vous laisse vous poser dans une chaise où vous êtes vraiment à l'aise. Pour moi qui étais enceinte, j'étais vraiment à l'aise et du coup ben oui, on se sent vraiment dans un lieu qui est fait pour nous. Qui est vraiment fait pour que la personne soit à l'aise ».
(Entretien exploratoire N°3, Q6, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Les espaces sont tous pensés pour mener à bien les entretiens et le premier prérequis de cette prise en charge semble être une nécessité d'offrir « un environnement suffisamment bon ». En effet, un peu comme dans le travail de Winnicott (Winnicott, 1953) où un « environnement suffisamment bon » est nécessaire au bon développement psychologique de l'enfant et sa maturation, « l'environnement suffisamment bon » pour les patientes apparaît comme un élément indispensable afin qu'elles puissent maturer et développer leur souhait de prise en charge. Cela débute dès l'entrée, avec une sécurisation renforcée des accès à la

structure, mais se poursuit également dans la salle d'attente, toujours éloignée des espaces de consultations et où sont affichées quotidiennement les photos des professionnels présents. Les patientes peuvent donc, dès leur arrivée et en un rapide coup d'œil, savoir si les personnes qui les suivent sont présentes ou non. Enfin, comme nous l'explique Madame Marine Delval, 42 ans, sage-femme coordinatrice de MDF:

« La plupart des salles sont des salles d'entretiens donc plutôt sur un modèle avec des fauteuils, un bureau pour pouvoir y travailler, mais plutôt axé sur des entretiens et de la conversation. [...] On a un grand jardin dans lequel on peut faire les ateliers quand il fait beau. Ça nous est aussi arrivé de faire des entretiens dans le jardin. L'idée étant de proposer quelque chose un petit peu différent de ce qu'on pourrait proposer à l'hôpital. C'est une maison classique, colorée, jolie, chaleureuse dans laquelle les femmes se sentent bien et on favorise ça pour favoriser la parole des femmes ».

(Entretien exploratoire N°1, Q3, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

On pourrait encore aller plus loin et faire le parallèle entre l'expérience au sein des maisons et l'expérience qu'elles ont pu ressentir in utero. Pour ces patientes, comme pour toutes les femmes enceintes, la grossesse est une période propice à la réminiscence de l'enfance (Bydlowski, 1991). Dans cette digression, on peut voir l'objectif affiché par les maisons des femmes comme une tentative de sécurisation et de réassurance des patientes de manière à ce qu'elle retrouve les sensations positives et rassurantes expérimentées in utero ou plus tard au sein de leur foyer à la faveur de leur état de « transparence psychique » (Bydlowski, 1991 et 1997). L'effort fourni au niveau des locaux s'en retrouve encore plus valorisé.

Les choix faits pour les locaux ont tous pour vocation d'impacter directement ou indirectement la prise en charge des victimes. Dans son podcast, le Dr Ghada Hatem (Baldy, 2023) explique que toutes les salles ont été baptisées du nom des femmes qui, soit ont œuvré pour les droits des femmes, soit peuvent devenir des modèles pour les patientes (ex : Malala Youfsazai, Marie Curie, Angela Davis, etc.). Les architectes impliqués dans le projet ont créé la maison comme un lieu sécurisant et rassurant. Même les couleurs choisies, vives et acidulées permettent de la démarquer de celles des autres structures (Baldy, 2023).

2.5. Articulation et coordination complexes avec les autres partenaires

Cet espace de prise en charge est pensé structurellement sur la base la pluridisciplinarité de ses membres et la multitude de « prestations » proposées à la patiente. Cela en fait une de ses forces de par le panel d'intervenants spécialisés et variés proposés à la patiente mais également une de ses faiblesses car cela nécessite une fonction de coordination forte sans laquelle le risque de redondance, confusion ou empiètement des structures les unes sur les autres est important. Ces derniers se traduisent, pour la femme qui expérimente le parcours de soin, par une sensation de ballotage inconfortable et angoissant (Molénat et al. 2013) à un moment où au contraire elles ont besoin d'être contenues et rassurées.

Cette dernière est également nécessaire à la sécurisation des patientes prises en charge car, comme l'explique l'équipe de Madame Molénat, « Après-coup, les parents témoignent de la sécurité qu'ils éprouvent lorsqu'ils perçoivent la cohérence et la continuité d'un réseau professionnel autour d'eux, le temps suffisant. » (Molénat et al., 2013).

Dans notre recherche, il a été intéressant de remarquer, en confrontant différents regards qu'il existait des discontinuités dans le traitement de l'information et des zones de d'incertitudes existent au sens où l'entendent Michel Crozier et Erhard Friedberg (Crozier et Friedberg, 2014) pour ce qui est du suivi précis de la femme enceinte.

« Et ben en fait, on est assez peu articulés avec eux et c'est un peu ça qu'on est aussi venu défendre nous, quand on les a rencontrés. C'est que parfois on se dit il y a écrit dans le dossier « suivie par la maison des femmes », mais on ne sait pas vraiment quel est le suivi ? Qu'est-ce qu'ils ont fait ? On ne demande pas des preuves hein, mais ce que je veux dire c'est par exemple « Est-ce que c'est un suivi ? Est-ce qu'elle est réellement suivie ou est ce qu'on a mis suivi par la maison des femmes parce qu'elle les a rencontrés une fois ? » Parce que c'est un peu différent et c'est ce qui peut arriver, c'est-à-dire que c'est comme moi parfois je vois dans un dossier suivi par moi, mais j'ai rencontré la dame une fois aux urgences quinze minutes : ce n'est pas un suivi. Et qu'est-ce qu'on peut tricoter ensemble ? C'était ça. Ça manque encore de lien. Et c'est pour ça qu'on a parlé de ça, de comment on pouvait mieux se mettre en lien ? Mieux parler par exemple des patientes qui allaient venir accoucher chez nous ? Ça serait bien qu'on ait un petit fil entre eux et nous dans ces cas-là, et qu'on puisse se dire « Eh bien, cette patiente... ».

(Entretien définitif N°3, QR10, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Il semblerait que concernant les femmes enceintes tout particulièrement cette question se pose car ces patientes ne peuvent pas passer à côté d'un suivi dans une structure conventionnelle car elles vont y accoucher à terme mais en même temps ne peuvent pas se passer d'une structure comme la maison des femmes car cette dernière dispose de l'expertise et de la capacité de les suivre au long terme. Nous pouvons donc en conclure que les femmes enceintes victimes de violence ont donc besoin de ces deux suivis parallèles et que cela nécessite davantage d'efforts de coordination et de transmissions aux professionnels de ces deux ensembles de structures. Communication qui est au demeurant déjà existante mais mériterait d'être perfectionnée pour répondre aux standards d'une prise en charge optimale pour les patientes (par exemple : leur éviter de répéter sans cesse leur histoire à chaque nouvel intervenant). Pour cela, les professionnels issus de formations initiales différentes et souvent insuffisantes sur la fonction de coordination devraient être sensibilisés (Molénat et al., 2013 ; Romano, 2017).

La prise en charge des patientes enceintes victimes de violences est donc clairement influencée par l'organisation structurelle de la maison des femmes et par les acteurs qui la constituent. Ces derniers, développe une identité professionnelle propre qui va au delà de celle de leur formation initiale et leur confère une expertise clinique de valeur sur le terrain. Cette mutation identitaire trouve son terreau sur le terrain mais également au travers de formations répétées et ciblées sur le sujet des violences faites aux femmes. Cela semble être un prérequis nécessaire à la mise en place d'une prise en charge complète, efficiente et adaptée spécifiquement à la patiente. Le nombre et les spécialités variées des intervenants en constitue à la fois une des principales richesses mais également un talon d'Achille car elle nécessite une coordination forte et efficiente à la fois au sein même de la structure mais aussi avec les autres acteurs du territoire de santé. Coordination à laquelle les intervenants de tout bord ne sont pas forcément sensibilisés ou le sont à des niveaux variés.

PARTIE 3 : UN PARCOURS DE SOIN MULTIDIMENSIONNEL, LIEU DE RENCONTRE INTERSUBJECTIVE ET ESPACE TRANSITIONNEL DE SOIN

Après avoir démontré que, la prise en charge des victimes au sein des MDF prenait pleinement en compte le contexte sociétal particulier vis-à-vis de cette problématique et les caractéristiques des victimes, puis avoir conclu qu'elle s'inscrivait pleinement dans la structure de l'organisation au travers de son architecture et de ses acteurs, il nous paraissait important d'approfondir l'accès au soin dont les femmes bénéficient au sein de ces structures. Cet accès aux soins, est un droit fondamental garanti par l'obligation légale des gouvernements internationaux de mettre en place des politiques de prévention et des standards de qualité des soins (Garcia Moreno et al., 2009). Dans cette troisième partie, nous étudierons donc, dans un premier temps, la symptomatologie des patientes suite aux violences. Puis, nous mettrons l'accent sur ce qui se joue dans la relation d'aide qui en découle après avoir exploré les freins et les motivations exprimés par les patientes à l'intégration dans le parcours de soins. En dernier lieu, nous mettrons en évidence les principales caractéristiques du parcours de soins en MDF des victimes dont le but affiché est une reconstruction identitaire globale de l'individu. Enfin, nous verrons en quoi ce parcours de soin s'inscrit dans une temporalité particulière et oscille entre idéologie de la réinsertion et espace transitionnel de prise en charge.

3.1. Polysémie clinique des victimes : une symptomatologie complexe et le plus souvent secrète

La symptomatologie des femmes concernées varie énormément d'une patiente à l'autre ce qui rend parfois complexe le diagnostic par les intervenants. Si les sévices physiques sont parfois bien apparents, ils sont souvent cachés à domicile pendant la cicatrisation, à l'image de ceux décrits par Madame Lia Matibomdo, 27 ans, victime :

« Et même la photo que je vous ai montrée, je n'arrivais pas à voir à la lumière du jour parce qu'il m'avait battu et du coup l'œil était enflé. Donc du coup je fermais l'œil. C'est le flash qui a fait qu'on voyait mon visage, donc du coup je suis restée enfermée pendant un bon moment

parce que je n'arrivais pas à voir à la lumière du jour. Mes yeux coulaient et tout. Et c'est après, après tout, que cela s'est fait ».

(Entretien définitif N°5, Q4, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

Elle est souvent justifiée autrement par les patientes qui rivalisent d'ingéniosité pour éviter sa révélation (prétexte de chute, de maladresse ou autre). Parfois, elle concerne également des zones non visibles du corps rendant leur diagnostic difficile voire impossible. Helene Romano différencie les lésions physiques (griffures, ecchymoses, fractures, cheveux arrachés, marques de strangulation, brûlures, morsures, blessures gynécologiques, traumatismes au niveau de l'anus) des lésions invisibles bien plus difficiles encore à repérer (troubles anxieux, hypervigilance constante, perte d'estime de soi, troubles du sommeil et de l'alimentation, conduites addictives, troubles de la concentration et de l'attention, troubles de la sexualité (dyspareunie, anorgasmie, vaginisme, menstruations irrégulières, aménorrhée) (Romano, 2017). Or, ces dernières lésions invisibles sont fréquemment décrites dans le cadre des entretiens avec les patientes que nous avons pu réaliser. Madame Emie Lolo présente ainsi par exemple de nombreux symptômes en lien avec un syndrome post-traumatique qu'elle détaille tout au long de son entretien :

« C'est un pire cauchemar que je n'arrive pas à oublier [...]. Je t'ai dit, je n'arrive pas à supporter de dire tout en fait, ça me revient comme des flashes, comme un film qui me revient de temps à autre. Je n'arrive pas à oublier. Quand je vous raconte.... En fait quand je raconte, je n'arrive pas ...En fait, c'est comme si je suis en train de vivre encore l'histoire, ce que j'ai vécu. Je n'arrive pas à expliquer tout ».

(Entretien définitif N°4, Q1, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« [...] moi j'étais perdue, ça serait encore le chaos [...]. J'arrive à exprimer devant vous parce que je n'arrivais plus à exprimer, je faisais des crises. En fait, je n'arrivais plus à parler. Si je parle, je vois que c'est comme un lourd fardeau qui me revient et je pleure, je pleure au lieu de parler ».

(Entretien définitif N°4, Q7, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Avant de mettre au monde, j'étais à bout de souffle. Tout le corps faible du fait que j'avais des contractions aussi déjà qui commençaient très tôt [...]. L'équipe ne m'a pas abandonné, même si parfois moi-même je dors, j'oublie. Eux me rappellent encore. Parce que moi parfois, j'oublie des trucs. Je peux rester là. J'oublie. Je suis dépassée. Je m'endors [...]. À ce moment-là, j'étais vraiment abattue. Je n'arrivais plus ».

(Entretien définitif N°4, Q9, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Le manque de sommeil. Parfois, je dormais comme ... Je peux rester là, j'ai sommeil, mais je ne peux pas dormir. C'est incontrôlable. Je peux m'asseoir, passer le temps à regarder la télé, mais je ne suis pas dans la télé. Mes idées sont ailleurs ».

(Entretien définitif N°4, Q9, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Oui, ça détruit la vie. Moralement, tu es déjà perturbée, tu as un problème de perte de mémoire. Tu te rappelles plus vraiment de choses. C'est devenu un pire cauchemar. Et ça te rend nerveuse, parfois, tu peux rester là et donc tu vas réfléchir et ça t'énerve. Il y a beaucoup des choses qui arrivent dans la tête ».

(Entretien définitif N°4, QR20, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Les troubles psychiques ont des conséquences variées allant de la dépression que l'on retrouve dans plus de 50 % des cas aux tentatives de suicide ou suicides (Amaro et al., 1990).

L'impact physique et psychique de la violence sur les patientes enceintes interrogées est conséquent et varié. Il rejoint la littérature sur la violence exercée sur les femmes dans leur globalité. Celle-ci décrit aussi l'aggravation des pathologies chroniques (par exemple : diabète, insuffisance rénale, asthme) à cause du stress, des difficultés à prendre soin d'elles couplées à une incapacité de réaliser « qu'elle vaut la peine de se soigner et qu'elle a le droit de le faire » (Romano, 2017, p.86; Henrion, 2005). Cette notion se retrouve systématiquement au sein de notre étude au travers de pathologies de grossesse similaires entre les patientes. Nous avons ainsi pu relever que celles, que nous avons interrogées, avaient toutes effectué une déclaration de grossesse tardive avec des raisons invoquées différentes : refus du conjoint de consulter, déni de grossesse, contraintes logistiques pour consulter, etc. Cette déclaration tardive est souvent décrite dans un contexte de violence (Henrion, 2005 ; Engnes et Liden,

2012). Par ailleurs, elles ont toutes présenté des pathologies de grossesses de type diabète gestationnel ou hypertension gravidique prises en charge tardivement dans le suivi et évoqué une prise en charge difficile : difficulté de se rendre au rendez-vous, de suivre les directives médicales, de respecter les contraintes imposées par les structures conventionnelles. On retrouve ces spécificités également au sein de la littérature (Henrion, 2005). Si certains symptômes sont immédiats, il n'est pas rare que d'autres apparaissent secondairement, une fois la victime protégée de son agresseur soit parfois des mois voire des années après les faits.

La particularité des femmes enceintes victimes de violence est que la symptomatologie ne s'arrête pas à la femme mais concerne également le fœtus et le futur enfant. Effectivement, malgré qu'il apparaisse protégé dans le ventre de sa mère, le fœtus peut subir la violence : directement par des coups sur son ventre ou indirectement par le stress maternel et la souffrance ressentie par elle lors d'agression, de viol ou d'humiliation, comme nous l'explique Hélène Romano (Romano, 2017). Pour cette psychothérapeute, le constat est clair :

« Le stress conduit à des perturbations hormonales qui, accumulées, peuvent être à l'origine de complications obstétricales multiples. Les mères sont dans un tel état de survie qu'elles ne prennent plus soin d'elles et de leur santé (alimentation négligée, traitement non suivi, augmentation du tabagisme ou de la consommation d'alcool). Tout cela conduit à des aggravations de 50% des risques de fausses couches, à des ruptures utérines et des décollements placentaires consécutifs à des coups reçus qui peuvent conduire à des accouchements prématurés avec tous les risques de conséquences néfastes pour le bébé (37% d'augmentation du risque d'accouchement prématuré) et il y a 17 % d'accroissement de danger que le bébé ait un petit poids de naissance lié à un retard de croissance in-utéro. Dans certains cas extrêmes, les violences conduisent à la mort du fœtus voire également à la mort de la mère » (Romano, 2017, pp86-87).

Les nouveau-nés, qui subissent de tels contextes, ont souvent des comportements caractéristiques marqués le plus souvent par une hypervigilance (troubles du sommeil, hyperéveils, réactions de sursaut au moindre bruit, troubles alimentaires), ou, au contraire par une hypotonie (hypersomnie, retrait relationnel) (Ibidem). Il était flagrant de constater que,

bien que la majorité des entretiens furent menés en présence des nouveau-nés, ces derniers sont restés très calmes et n'ont quasiment jamais interrompu l'échange alors même que les entretiens duraient 1h30 en moyenne.

La symptomatologie de la violence exercée à l'encontre des femmes enceintes s'exprime également dans le lien qu'elles peuvent développer avec leur enfant après leur naissance : *« Et la maternité, le bébé, mentalement ce n'était pas moi ». (Entretien définitif N°4, Q7, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)*

Cela s'explique par le fait que la mère, en état d'hypervigilance et d'urgence, ne peut pas répondre aux besoins de son enfant, ce qui affecte les compétences maternelles de protection (Ibidem). La préoccupation maternelle primaire théorisée par Winnicott ne peut pas se mettre en place de façon correcte se traduisant par une difficulté pour elles d'établir un lien d'attachement avec leur nouveau-né (Winnicott, 2008). Le risque est que ces femmes se transforment en « mères mortes » selon le concept d'André Green (Green, 1983). Une éventualité qui est encore moins compréhensible par les intervenants lorsque les patientes sont issues de milieux sociaux dits « favorisés » car elles sont souvent vues comme « capables de s'en défaire plus facilement ». Les violences y sont encore plus niées que dans les milieux précaires (Romano, 2017) expliquant sûrement pourquoi ces dernières ont échappé à notre étude. Nous ne pouvons donc malheureusement ni confirmer ni illustrer cette description académique dans le cadre de notre recherche bien qu'elle y aurait eu tout son sens car ces femmes sont tout autant concernées par les violences exercées durant la grossesse (Henrion, 2005). D'ailleurs les agresseurs sont de toutes origines sociales mais la violence ne s'exprime pas de la même manière. Par exemple, la violence s'exerce plutôt sans trace chez les plus riches et certaines victimes sont très mal à l'aise à l'idée de dire, que l'homme donnant très bien le change, est un monstre.

Nous venons de le décrire : il existe une polysémie clinique caractéristique des violences exercées à l'encontre des femmes enceintes qui ne facilite pas, voire complique grandement la prise en charge, tant elle entrave le dépistage initial indispensable. Par ailleurs, les patientes partagent certains points communs dont les principaux sont l'intranquillité liée à leur situation et leur extrême vulnérabilité. Les maisons des femmes ont un rôle important à

jouer dans le déclenchement de cette prise en charge et ce dépistage : directement au moment où elles sont en contact avec les patientes mais aussi, parce qu'elles permettent une sensibilisation des professionnels des structures conventionnelles partenaires avec lesquelles elles travaillent, améliorant à terme le dépistage et le nombre de patientes prises en charge dans le territoire de santé. Elles permettent de répondre au besoin de maternage asilaire qu'expriment indirectement les victimes et qui est consécutif à cette symptomatologie variée.

3.2. Entre motivations et freins : ce qui se joue dans la relation d'aide particulière proposée au sein des maisons des femmes

3.2.1. Les motivations exprimées par les patientes à intégrer un parcours de soin

Les motivations pour intégrer un parcours de soins dédié sont plurielles, multifocales et s'entremêlent parfois. À la lecture des entretiens, nous pouvons regrouper celles exprimées par les femmes interviewées en trois axes principaux :

- Trouver une oreille attentive et sans jugement pour pouvoir exprimer à quelqu'un les préjudices subis sans craindre de représailles
- Répondre aux attentes des soignants ou du système social français
- Se protéger et protéger ses enfants

En préambule, il est intéressant de constater qu'elles partagent toutes le point commun de ne pas être venues à la maison des femmes de leur propre initiative. Pour chacune, la première consultation n'est pas, pour des raisons diverses, le fruit de leur démarche personnelle mais le résultat d'une action incitatrice d'intervenants extérieurs. Madame Fatou Diallo explique avoir d'abord décliné, par peur et par honte, l'offre de se rendre à la MDF, faite par la sage-femme en charge de son suivi clinique à l'hôpital mais qu'elle y est venue au 8e mois de grossesse sous l'incitation de la CAF pour bénéficier des aides nécessaires et d'un accompagnement adapté.

« J'ai entendu parler de la maison des femmes par Me Alix lors d'une consultation de sage-femme à l'hôpital d'Ecully [...]. Elle m'a donné justement le petit flyer pour que je puisse aller là-bas, mais en rentrant à la maison, ça a été très très dur. [...] et quand il s'est passé des

choses avec le père de mon enfant, j'étais déjà à huit mois si je ne me trompe pas. Et c'est là justement où la CAF m'avait demandé aussi d'aller voir justement la maison des femmes pour que je puisse être aidée et tout ça. Et je suis allée là-bas ».

(Entretien exploratoire N°3, Q2, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Madame Matibomdo Lia, quant à elle, exprime une différence entre les motivations pour consulter à l'hôpital : *« De savoir si le bébé allait bien. Et vu qu'il me battait, disons, je n'étais pas située sur la grossesse. Et puis mon état d'âme aussi n'était pas ... N'était pas bien, donc j'avais peur que l'enfant se porte mal dans mon ventre ».* (Entretien définitif N°5, Q4, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF) et celles pour aller consulter en MDF qu'elle ne connaissait pas et à laquelle elle s'est rendue sur recommandation de sa sage-femme de PMI et du centre hospitalier dans lequel elle est suivie (Entretien définitif N°5, Q2, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF). Madame Emie Lolo Clémentine, explique qu'elle y a été encouragée par les soignants de la structure conventionnelle dans laquelle elle était suivie jusqu'à lors : *« Tu dois voir un psychologue » « On doit te voir et tu as des problèmes, donc il faut t'exprimer ». et parce « je ne sais pas comment faire »* (Entretien définitif N°4, Q4, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle). Seule Madame El Mimouni, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF, ne décrit pas d'éléments incitateurs à consulter en MDF.

Cet état de fait se retrouve en MDF mais également hors MDF comme explique la psychologue :

« Déjà ça je trouve que c'est intéressant de le dire, mais c'est très rarement les femmes qui prennent contact avec nous. En tout cas, dans mon expérience, c'est souvent un professionnel qui les aide à avoir accès à nous, que ce soit suite à l'ouverture de dossier où la question a été posée et où on leur dit « Bah ça serait bien qu'il y a des psychologues, vous pouvez vous faire accompagner » où que ce soit au cours de l'entretien prénatal précoce. Et en fait, c'est souvent la sage-femme qui va appeler : « Je suis avec madame X. Voilà, il se passe ça pour elle. Je laisse un message pour que vous puissiez la rappeler. » Voilà. Mais c'est assez peu elles déjà qui sont à l'origine de la demande et qui sont porteuses de la demande de soins. Donc déjà je trouve ça intéressant parce que souvent ça exprime bien leur difficulté à avoir accès aux soins et à faire cette démarche-là. Voilà pour venir à nous, c'est rarement elles qui disent « il se

« passe ça, je suis victime de violences physiques, verbales, etc. J'ai besoin d'en parler. » C'est très rare ça. C'est beaucoup plus, beaucoup plus fréquemment les personnels de santé qui peuvent nous appeler ou les sages femmes de PMI ».

(Entretien définitif N°3, Q6, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

Une fois cette première phase d'amorce entreprise, nous avons pu remarquer que trouver une oreille attentive et sans jugement, pour pouvoir exprimer à quelqu'un les préjudices subis sans craindre de représailles, constitue l'attente principale des victimes :

« Juste être écoutée, juste être écoutée. Je n'avais pas besoin qu'on me donne beaucoup de solutions ou quoi que ce soit. Parce que comme j'avais dit à madame Alix, le père de mes enfants c'est pas un monstre, ce n'est pas un monstre, c'est pas quelqu'un qui va faire du mal à mes enfants ou quoi que ce soit. Il s'est passé des choses oui, mais après faut regarder aussi le bon côté de tout ce qu'il a fait. Parce que s'il a fait des erreurs deux fois et qui juste à cause de ces deux erreurs là, qu'on puisse le juger ou juger tout, tout son parcours, c'était un peu sévère en fait. Donc en allant là-bas, moi tout ce que je voulais c'est être écouté à ce moment-là. Pas forcément que pour le père de mes enfants, pour ce qui s'est passé avec lui, mais pour ce qui s'est passé avant, pour tout ce que je vous ai raconté. Parce que je pense que j'avais beaucoup gardé des choses en moi-même et j'avais besoin d'être écoutée par des personnes qui ne vont pas me juger, qui ont un regard bienveillant envers moi en fait ».

(Entretien exploratoire N°3, Q8, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Elles ont été gentilles à l'écoute avec moi et tout. Donc du coup c'est ce que je voulais et je n'ai pas subi de pression même à l'hôpital d'Evry. Elles ont été à l'écoute quand j'ai commencé à parler ».

(Entretien définitif N°5, Q13, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

L'arrivée d'un bébé crée un bouleversement important entraînant de nombreux remaniements souvent source de motivations au changement (Stöckl et al., 2013) :

« Je ne sais même pas trop d'où est venu ce courage-là, mais je me suis dit que moi aujourd'hui, j'ai deux enfants. J'ai envie de protéger ces enfants-là. Je n'ai pas envie qu'on me fasse du mal ».

(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

3.2.2. Les freins avancés à l'entrée ou la poursuite de la prise en charge

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la phase d'amorce est capitale pour la mise en œuvre du suivi, or cette dernière peut être entravée par de nombreux facteurs exprimés par les patientes. Leur analyse nous incite à les diviser en deux groupes : les facteurs en lien avec les victimes et ceux en lien avec la maison des femmes.

Dans un premier temps, nous avons exploré ceux liés aux victimes. En continuité et en complément de ceux évoqués en partie 2, les principaux éléments évoqués sont culturels, liés à la peur de l'agresseur et la honte ressentie par les patientes.

Les victimes reconnaissent, qu'intégrer le parcours de soins et dénoncer le bourreau revient à dépasser une sorte de fatalité et d'ordre normal des choses culturellement établies et en quelque sorte s'opposer à sa culture d'origine.

*« Pour nous c'est normal [Répète plusieurs fois le mot en réfléchissant]. Et une femme qui se fait frapper par son homme, c'est normal. C'est pour ça que justement, ma mère, tellement elle a grandi dans ça, pour elle, c'est normal qu'on a frappé sa fille. C'est normal que son homme l'ait frappé. Mais voilà, un mariage ça reste un mariage et on doit du respect à son homme [...]. Mais tellement que dans ma tête et dans notre esprit, nous les femmes africaines, on est conditionné à subir la douleur et la violence. Pour nous, c'est devenu une chose normale. Et quand tu appelles la police pour ton homme : Ah, mais c'est comme si tu avais détruit ta culture. C'est comme si tu avais renié ta culture et j'ai été jugée par rapport à ça. Mes parents, ils m'ont jugé par rapport à ça. Aujourd'hui, ils arrivent à comprendre mieux avec le recul, mais au début, j'ai été jugée. « Pourquoi tu as appelé la police ? Ton homme, il est sans papiers. Pourquoi tu as fait ça ? Tu veux le détruire ? ». Donc j'ai été vraiment beaucoup jugée et la seule personne, qui m'a comprise, c'est mon petit frère. Parce que lui, il a vécu en France avec moi. Nous, on a plus ces habitudes-là, de cette culture africaine en fait. [...] »
(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)*

La peur de l'agresseur est prégnante chez les interviewées. Il s'agit d'un frein majeur identifié à la fois par les victimes et par les professionnelles de tout horizon :

« Je leur ai expliqué ma situation que je vivais avec mon ex-conjoint et elles m'ont demandé si je pouvais m'enfuir, mais il était devant la porte et donc du coup je n'ai pas pu trop le faire et je ne pouvais pas trop parler parce qu'il était resté devant. Comme c'était le Covid, il ne pouvait pas rentrer [...]. Et après quand je suis partie faire la prise de sang et tout, j'ai parlé avec la sage-femme et elle m'a remis un papier d'une psychologue qui pouvait m'aider. Mais vu qu'il était tout le temps là et je ne pouvais pas....donc j'ai préféré ... »

(Entretien définitif N°5, QR1bis, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

« Ben je dirai leur peur à elle souvent, justement parce que beaucoup de contrôles, beaucoup de menaces et donc une difficulté à se dire que ou elles font des projections en se disant « Mais s'il sait que, s'il sait que je vois une psychologue il va se douter que ce n'est pas pour moi, c'est pour parler de lui, donc c'est problématique et ça peut déclencher la violence ». [...] ce qui est intéressant à penser, c'est qu'elles ont intégré elles-mêmes, qu'il faut du coup minimiser toutes sortes de déclencheurs. Il ne faut absolument rien faire qui puisse déclencher. Parce que quand je ne fais rien, quand je ne déclenche rien, il me le dit lui-même, il ne va rien se passer parce que je n'ai pas déclenché quelque chose chez lui. C'est intéressant : relationnellement « tu me déclenches », ce n'est pas eux, c'est moi la responsable de son passage à l'acte violent. « C'est toi qui es responsable de mon passage à l'acte violent » donc un des freins, c'est la peur de déclencher. Justement en me disant s'il voit votre carte, s'il trouve votre numéro dans le téléphone, si et s'il regarde mon relevé de coup de fil. Qu'est-ce que ça va pouvoir déclencher chez lui en fait ? Quel passage à l'acte violent, ça peut déclencher ? Donc ça c'est un frein important et c'est souvent ça qui fait que « Non, je préfère ne rien faire parce que ça pourrait être un déclencheur de plus ». Pour moi, c'est le frein le plus important ».

(Entretien définitif N°2, Q10, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF)

« La présence intense du partenaire qui fait qu'il n'y a pas d'espace. Oui, ça, c'est un autre frein. Mais dans l'accès aux soins mis à part la peur d'eux, ce qui est quand même très important. Je ne vois pas d'autres choses mis à part aussi le fait de ne pas vouloir penser à ce qui se passe, puis de ne pas vouloir penser à « Est ce que ça veut dire que d'être victime de violences dans une relation d'amour ? »

(Entretien définitif N°3, QR10, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

La peur de l'agresseur est également argumentée dans la littérature et identifiée comme étant un frein important à la prise en charge (Chang et al., 2005).

Enfin, la honte et le non-dit sont également considérés comme des freins. Ces aspects sont détaillés de manière précise dans la littérature comme une cause sinon la première cause du silence des victimes (Cantin, 1993 ; Bacchus et al., 2003) mais ne se retrouve que de façon indirecte dans nos entretiens à l'image de :

« Je peux dire en ce moment, mais je n'ai plus honte de leur expliquer quoi que ce soit. Le problème qui me fait mal, mes manquements, mes failles. Je n'ai pas honte de leur expliquer. Quand je vais là-bas, si ça ne va pas je dis, « Ça ne va pas. Ça ne va pas. J'ai un problème là. Je n'y arrive pas. Qu'est-ce que je peux faire ? » On communique, on échange. Elles m'aident sans se fatiguer. Psychologiquement, c'est très important ».

(Entretien définitif N°3, Q16, Emilie Monnet, psychologue en structure conventionnelle)

« Mes parents ne savaient pas du tout. Mon père, il est médecin et il avait quand même ses possibilités en Afrique. Si je lui avais raconté cette histoire, je sais que je n'aurais pas souffert autant, mais j'avais honte en fait. Je suis la seule fille qu'ils ont. Ils avaient confiance en moi, pour eux en fait, j'étais la réussite en fait. Et leur dire que j'étais en train de passer par toutes ces situations là, ce n'était pas envisageable pour moi. Donc j'ai gardé pour moi et j'ai rien dit à ma mère. On parlait avec ma mère, chaque fois je lui disais que tout allait bien ».

(Entretien exploratoire N°3, Q1, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« [...] oui, j'ai pleuré, ça a été dur, mais ça a pas été très facile de parler en sachant que ça faisait très très longtemps que je me suis promis de me taire et de ne parler de mon histoire à personne. Parce que j'avais honte aussi ».

(Entretien exploratoire N°3, Q2, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Les professionnels résument les retours des patientes à ce sujet de plusieurs façons. Premièrement, comme suit :

« [...] c'est effrayant d'aller se confronter. Ce n'est pas facile pour ces femmes. Elles ont une estime d'elle qui est au ras des pâquerettes. Elles doutent d'elles parce qu'elles ont été malmenées. Parce qu'elles subissent. Avant de subir des violences physiques souvent, elles

vivent des violences psychologiques assez sévères, donc elles doutent beaucoup. Elles sont souvent isolées : les auteurs de violences ont tendance à isoler leurs victimes. Elles ont peur de ne pas être crues. C'est une grosse crainte. Beaucoup me disent « C'est pas facile de remuer la merde » et c'est vrai que ça fait mal d'aller discuter de violences, d'inceste donc il faut être courageuse en fait pour se présenter à la maison des femmes ».

(Entretien exploratoire N°1, Q13, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

« Pour les femmes enceintes, il y a une culpabilité qui est probablement encore plus forte parce que justement elles sont enceintes et quand elles sont enceintes elles sont censées protéger leur bébé et du coup par le biais des violences qu'elles subissent très souvent elles sont dans des contextes d'emprise où elles sont culpabilisées. Il y a probablement un sentiment de honte qui est encore plus fort que dans les cas des femmes qui ne sont pas enceintes et de culpabilité massive et majeure c'est extrêmement présent. Si on ne coupe pas les femmes enceintes victimes de violences et les femmes non enceintes. Il y a aussi les femmes enceintes issues d'un viol alors là c'est très particulier et là on touche un tabou de chez tabou dans un contexte très particulier. C'est quand même très particulier de porter un bébé dans ce contexte-là. La honte et la culpabilité feront que très souvent elles demanderont encore moins d'aide que les autres femmes ».

(Entretien exploratoire N°2, Q6, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

« Ben c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure. Souvent elles ont honte, elles se sentent extrêmement coupables. La culpabilité d'avoir fait un enfant avec cet homme-là si c'était un enfant voulu. La difficulté d'être enceinte, si c'est une grossesse sous contrainte. Le vécu d'un rapport forcé. Il y a une culpabilité qui est massive, qui est majeure, et une honte qui est abyssale et souvent une perte de confiance ».

(Entretien exploratoire N°2, Q8, Isabelle Morand, Docteur en psychothérapie spécialisée en violence faites aux femmes enceintes)

Deuxièmement, les patientes ont pu exprimer des freins liés à la structure elle-même comme par exemple le fait qu'elle soit éloignée géographiquement de leur domicile et que son accès soit complexe :

« Ça a été compliqué le premier jour parce que je ne connaissais pas l'endroit. Moi je suis arrivée ici à Lyon et j'ai pas trop marché. Je ne connais pas beaucoup d'endroits en fait. Il y a

des endroits où vous me dites voilà, j'habite telle ou telle ville, j'y suis jamais allée en fait. Et dans la ville de la maison des femmes, il y a des endroits où je ne suis jamais allée. Donc pour moi ça a été très très très difficile de trouver ».

(Entretien exploratoire N°3, Q11, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Ou encore que l'accompagnement des professionnels ne correspond pas forcément aux attentes de la patiente « *Parce que quand on joue trop la professionnelle, on met un freinage. On met un blocage chez les gens qui sont face* » (Entretien exploratoire N°3, Q15, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle).

Nous avons pris le parti de présenter les principaux freins exprimés par les patientes. Cette démarche n'est donc pas totalement exhaustive vu le nombre de patientes interrogées et leurs profils. Nous pouvons indiquer également d'autres facteurs plus secondaires comme la difficulté de faire confiance quand on est en perte de repère total : familial, culturel, national, langue etc. Parler de la limitation du nombre de structures existantes sur le territoire français que nous décrit brièvement Madame Bourgeois Irène, sage-femme coordinatrice de soins au sein d'une MDF : « *En gros plus de monde, plus d'endroits comme la maison des femmes. Là par exemple, on a des femmes qui viennent d'une ville à 800 km, car là-bas il y a rien* » (Entretien définitif N°1, Q19, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF).

Tous ces facteurs accumulés expliquent le nombre de patientes qui sont passées et passent encore entre les mailles du parcours de soins.

3.2.3. Soignant-soigné une relation particulière au sein des MDF

Le lien entre soignants et soignés est au cœur du fonctionnement de ces structures. Il est tenu, marqué par une proximité forte entre les deux. Matérialisée en premier lieu par une relation où chacun s'appelle par le prénom. Le statut professionnel d'un côté, celui des patientes de l'autre n'est pas stipulé, de même que le nom de famille n'est pas utilisé. Madame Delval sage-femme coordinatrice d'une maison des femmes nous en explique la raison :

« On les appelle par leur prénom, c'est un peu quelque chose qu'on a développé dès le début. En fait, je me souviens que la première femme que j'ai reçue, qui était pourtant une femme âgée, donc on était vraiment pour moi sur de la nouveauté parce que je n'avais pas de patientes de 78 ans dans ma patientèle. Pour autant, j'ai quand même été lui demander si elle était ok que je l'appelle Brigitte. Et elle a dit quelque chose de très pertinent, elle a dit « vous avez totalement raison en fait Brigitte c'est moi et Madame H c'est le nom de mon conjoint qui est en l'occurrence un conjoint violent ». Tout de suite, on s'est dit « Tiens, il y a un truc à jouer là-dessus » donc on leur demande si elles sont ok qu'on les appelle par leur prénom et on a eu aucun refus jusqu'à présent. On commence à avoir un autre problème, c'est que maintenant la file active est tellement importante que maintenant il y a plusieurs Stéphanie, il y a plusieurs Nadia, plusieurs Leila, plusieurs à Fatimatou, mais elles acceptent très facilement qu'on les appelle par leurs prénoms ».

(Entretien exploratoire N°1, Q13, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Ce système de nomination a été mis en place dans les deux structures étudiées et permet aux deux parties d'être dans un rapport d'égal à égal. Il tranche particulièrement avec la relation soignant-soigné présente dans les structures conventionnelles, beaucoup plus protocolaires et basées sur une asymétrie de la relation assez marquée entre le soignant-sachant et le soigné, telle qu'a pu la décrire Talcott Parsons (Parsons, 1951). Ainsi, cette dernière configuration a pu être décrite par Madame El Mimouni lorsqu'elle consultait en clinique auprès du GO et par Madame Montagne Prudence, sage-femme de PMI :

« Et pour moi, ce qui compte aussi, il y avait une époque où mes collègues assistantes sociales me disaient « S'il y a peut-être des violences conjugales, il faut absolument que tu nous les orientes. » Et je ne voyais absolument pas quelle était la plus-value parce que ça m'était arrivé de voir une assistante sociale qui disait « Vous allez faire telle ou telle démarche, c'est super important, je compte sur vous. » Je voyais presque là une forme de violence, en fait dans le positionnement de la démarche. Et moi je disais « Mais non, mais je ne vais jamais imposer ça à mes petites dames. » Mais maintenant, elles sont tellement bien formées que c'est avec beaucoup de tranquillité que je les oriente. Il n'y a plus cette espèce de pression qu'il pouvait y avoir ».

(Entretien définitif N°8, Q5, Prudence Montagne, sage-femme de PMI)

Cette volonté de proximité est un élément fondamental de la prise en charge en maison des femmes et participe à la mise en confiance des victimes nécessaire à leur prise de

parole. Certaines n'hésitent pas à décrire le lien comme quasi filial à l'image de Madame Fatou Diallo qui y revient à plusieurs moments de son entretien :

« On se sent, on se sent à la maison comme si c'était nos mamans qui nous écoutent ».

(Entretien exploratoire N°3, Q3, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« C'est des professionnels, mais quand ils sont avec toi, on a l'impression que c'est des copines ou des mamans qui sont en train de t'écouter. Donc je pense que c'est une bonne chose aussi de pouvoir montrer à la personne qui est en face, que là, tu peux me faire confiance. Je suis une professionnelle, mais là tout de suite, je suis ta copine, je t'écoute. C'est très important, je pense, ça fait que les gens ne se sont pas freinés en fait ».

(Entretien exploratoire N°3, Q14, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Je ne dirais pas une relation de copine, mais une relation de mère et fille. Moi je ressens plus comme si c'était une maman en fait. Surtout madame Alix. Je pense que je ne l'ai jamais dit comme ça, mais moi je le sens comme ça. Parce que justement j'ai ce manque-là en moi. Je ne dirais pas que j'ai envie qu'elle soit ma maman, ça c'est sûr, mais le fait qu'elle m'a déjà écouté depuis le début. Qu'il y a une relation de confiance qui s'est installée. Quand elle m'appelle, oui, je me sens que c'est comme si c'était ma mère qui m'avait appelé parce que je sais que je serai écoutée. Je serai écoutée et du coup c'est une relation mère-fille pour moi. Après c'est moi hein, c'est mon ressenti ».

(Entretien exploratoire N°3, Q18, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

D'ailleurs, les patientes, elles-mêmes expriment distinctement que c'est l'élément sine qua none qui a permis qu'elles se livrent comme nous l'explique Madame Diallo Fatou, patiente suivie en MDF et en centre hospitalier :

« On va dire que le feeling est passé tout de suite en fait dès l'hôpital. J'avais confiance en elle et franchement, j'avais une facilité à lui dire tout ce qui s'est passé, même si oui, j'ai pleuré, ça a été dur, mais ça a pas été très facile de parler en sachant que ça faisait très très longtemps que je me suis promis de me taire et de ne parler de mon histoire à personne. Parce que j'avais honte aussi. Mais avec elle, ça s'est passé très très bien. Et comme ça se passe aussi avec vous, ce qui est bizarre aussi parce qu'on ne se connaît pas. Voilà, ça c'est très très bien

passé. Tout s'est très très bien passé avec elle et je me suis dit voilà, je lui ai fait confiance, je vais continuer ».

(Entretien exploratoire N°3, Q2, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Si on reprend la même métaphore qu'au début de notre travail, il existe un lien tenu entre la structure qui est vécue par certaines patientes comme un utérus, lieu protecteur où il est possible de se (re)construire sereinement à un moment où elles sont en train de porter la vie et les soignants qui prennent la forme consciemment ou inconsciemment de mères nourricières rassurantes et réconfortantes. Cet écosystème est fragile car il repose en grande partie sur la rencontre intersubjective entre ces deux personnes mais il est également pensé dans les moindres détails pour répondre aux besoins primaires des victimes énumérées en amont. Dans cette représentation, le cordon serait la communication entre les deux parties, intervenants des MDF et patientes, qui ne semble jamais rompue du moment que la patiente est intégrée dans un parcours de soin et ne serait coupé que lorsque cette dernière prendra son envol et atteindrait la fin du parcours.

3.3. Caractéristiques propres de la prise en charge

La prise en charge des patientes enceintes victimes de violence au sein des maisons des femmes est spécifique. Elle prend complètement en compte l'influence de la grossesse sur les violences exercées par les partenaires et vice versa. Cette prise en compte est essentielle pour apporter une offre d'aide adaptée et pertinente.

3.3.1. Entrée dans le parcours de soins : contractualisation de l'offre de soins

Si, dans notre étude, nous avons déjà démontré que la question systématique des violences était cruciale permettant d'initier la prise en charge au sein du parcours de soins des victimes, la majorité des patientes enceintes se rendant à la maison des femmes étaient adressées par un intervenant extérieur, la question de la levée de secret sur les violences s'est donc souvent posée en amont. Il y a donc un biais dans le recrutement des patientes qui arrivent à la maison des femmes ce qu'avait constaté également le Dr Ghada Hatem (Baldy, 2023).

Au sein de la maison des femmes, la sage-femme a un rôle pivot puisque c'est elle qui détermine quelles patientes entrent dans le parcours de soin et n'hésite pas à réorienter celles qui ne répondent pas aux critères prédéfinis :

"J'ai le souvenir d'une dame qui gagnait très bien sa vie et c'est pas une question d'argent. C'est pas ça du tout. Mais elle, elle voulait une psychothérapie pour comprendre pourquoi elle avait eu telle relation ? Pourquoi ça s'était passé comme ça ? A la maison des femmes, on n'a pas assez de psychologues pour que tout le monde soit bien vu tout le temps. Du coup, là, de lui proposer de venir à la maison des femmes pour être vue une fois par mois, ça correspond pas à sa demande. Cette dame, elle est en recherche de psychothérapie, d'aller au bout des choses d'être vue une fois par semaine donc je l'ai adressé à une psychologue en libéral qu'on a aussi dans notre répertoire et tout va très bien. Une patiente qui a une schizophrénie et qui commençait à nous dire que c'était le voisin qui était venu fouiller chez elle, qu'il avait mis des micros, que la CNA était sur écoute. Des trucs assez farfelus. Là, c'est pas pour nous, vous voyez ? Il y a aussi la dame migrante un peu dans le cliché mais qui dit « Moi je veux un logement ». Elle n'est pas dans la violence. Elle est dans une autre demande ».

(Entretien définitif N°1, QR12, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

En cas de doute, les sages-femmes en réfèrent au collectif par le biais de staff d'inclusion. Une fois l'admission de la victime dans le parcours de soins actée, elles effectuent quasiment systématiquement le bilan initial d'entrée dans la prise en charge des patientes en binôme avec un autre intervenant de la maison des femmes (psychologue, gynécologue-obstétricien, assistante sociale, etc.) :

« Moi je suis coordinatrice, ça veut dire qu'en gros j'accueille la dame, je fais le point avec et on crée ensemble son parcours de soin. Moi, en tant que coordinatrice, c'est de suivre son évolution jusqu'à sa sortie de parcours. [...] Mon but ça va être de voir la dame, de faire un bilan avec elle sur son point de vue médical, psychique, social, et d'un point de vue de la violence si elle est toujours là ou pas et de ce qu'on va pouvoir mettre en place ».

(Entretien définitif n°1, Q5, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Il est intéressant de savoir que la patiente voit toujours deux professionnels différents lors du premier contact avec la structure. Ce duo de professionnel n'est pas systématiquement

le même mais il est toujours constitué de deux soignants pleinement impliqués dans la future prise en charge comme nous l'explique Madame Marine Delval :

« C'est-à-dire que, souvent, quand on est à deux personnes, on parle et puis quand la personne s'arrête, l'autre va prendre le relais et on fait du « Face to Face » et il y a quelque chose un petit peu de continuel dans la communication. Quand on est trois, ça se répartit différemment. Sur ces entretiens, parfois je vais être en position de leader, je vais amener des questions, écouter les réponses et je vais aller chercher, guider en fait ce qu'elles me disent ce que j'ai envie d'en tirer. Et puis à l'inverse, parfois l'autre personne qui m'accompagne, l'autre professionnelle va prendre le lead et ça permet de justement écouter aussi comment le corps se comporte comment les femmes se positionnent, ce qu'elles disent à travers leurs corps en fait et c'est hyper intéressant en tant que clinicienne et somaticienne, d'aller chercher justement ça en fait et c'est quelque chose que j'apprends là depuis peu à faire ».

(Entretien exploratoire N°1, Q16, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Lors de cet entretien, la patiente est invitée à exposer la situation qui l'amène à consulter de manière à ce que le parcours de soin qui va être mis en place soit le plus pertinent possible au regard de sa situation. A ce niveau-là, c'est la sage-femme coordinatrice de soin qui occupe une place centrale dans l'articulation des différents intervenants de la structure. Ce premier bilan est fondamental puisqu'il permet d'évaluer le type de violence auquel la patiente est confrontée ainsi que sa situation globale c'est-à-dire médicale, sociale et psychologique en fonction de quoi elle ajuste les actions à mettre en place par la suite et l'orientation vers les différents professionnels qui lui semble les plus pertinents à la vue du récit de la patiente. Il s'agit de créer un parcours de soin sur-mesure :

« Du coup, c'est comme si je faisais un contrat avec elle : vous avez besoin de voir la psychiatre, de voir ceci, de voir cela et on se revoit dans X jours. C'est pas mal de développement personnel, de phrases positives, de choses comme ça pour l'aider... Voilà... J'ai environ 100-120 patientes actives. C'est sympa comme job. Moi j'aime bien [Rires]. Par exemple, la femme que j'ai vue juste avant de venir, elle est complètement sortie de la violence et qui va beaucoup mieux. Je lui ai dit de revenir dans six mois, mais en mode dans six mois, on va se dire au revoir quoi et après il y en a d'autres que je vais voir toutes les semaines, car elles sont malheureusement toujours dans la violence donc on s'adapte aux patientes ».

(Entretien définitif N°1, Q5, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Il se crée alors une élaboration conjointe du projet thérapeutique. Le rythme et les modalités du suivi sont ensuite définis en accord avec les patientes et leurs souhaits sont respectés à l'image de Madame Diallo Fatou (*Entretien exploratoire N°3, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle*) qui ne souhaitait ni atelier ni rendez-vous en présentiel car elle ne pouvait pas se déplacer étant trop fatiguée pendant la grossesse etc. On peut donc déduire, que dans les maisons des femmes, c'est le parcours de soin qui s'adapte à la situation particulière de la patiente là où dans les structures conventionnelles c'est la patiente qui doit s'adapter au parcours de soin. Le risque dans ce dernier cas de figure est de perdre un certain nombre de patientes en cours de route car elles n'arriveront pas s'accommoder des contraintes que cela génère. Il n'en demeure pas moins que, même au sein des maisons des femmes, il existe un contrat moral initial, duquel découle la prise en charge globale. La patiente, qui s'y rend doit accepter d'une certaine manière les velléités normalisatrices de l'aide prodiguée. Ces dernières, établies par des professionnels formés et sensibilisés au sujet, ont beau être moins lourdes que dans les structures conventionnelles, elles existent néanmoins mais semblent convenir à la totalité des patientes suivies par les MDF que nous avons pu interroger dans le cadre de notre recherche. On peut citer parmi elles, les plus importantes à savoir la bonne compréhension et une participation active au suivi pluridisciplinaire proposé.

Ce premier pas dans le parcours de soins est également l'occasion pour les professionnelles d'évaluer le degré d'urgence dans lequel se trouve la patiente. Il s'agit d'une mission délicate amenant parfois à prendre des décisions devant l'urgence de certaines situations :

« Tu vois la première dame dont je parlais, elle s'est retrouvée dans mon bureau, elle saignait, elle avait du mal à respirer. Comment tu veux que je fasse un entretien avec une dame qui déjà physiquement ne va pas bien ? Je l'ai renvoyé aux urgences : perte de chance, perte d'information, perte de temps pour la dame ».

(Entretien définitif N°1, Q19, Irène Bourgeois, sage-femme coordinatrice de soins en MDF)

Cette étape s'accompagne parfois d'un accompagnement par les structures de police et de gendarmerie afin d'aider les femmes à faire valoir de leur droit ou proposer une orientation vers certaines associations de victimes.

Pour cela, sont analysés les dires de la victime mais également tout ce qu'elle exprime en non verbal puisque ce dernier est aussi primordial pour ces patientes que ce qu'elles révèlent à l'oral (Shamu et al., 2013). Le fait d'être deux sur ce premier rendez-vous, permet aux professionnels d'avoir une vision globale de l'entretien comme nous l'explique Marine Delval :

« C'est aussi intéressant d'être à deux et notamment sur cet entretien en binôme, le premier. C'est très intéressant parce qu'il y a une nouveauté pour moi qui va être de l'ordre de l'infraverbal. C'est-à-dire que, souvent, quand on est à deux personnes, on parle et puis quand la personne s'arrête, l'autre va prendre le relais et on fait du « Face to Face » et il y a quelque chose un petit peu de continuel dans la communication. Quand on est trois, ça se répartit différemment. Sur ces entretiens, parfois je vais être en position de leader, je vais amener des questions, écouter les réponses et je vais aller chercher, guider en fait ce qu'elles me disent ce que j'ai envie d'en tirer. Et puis à l'inverse, parfois l'autre personne qui m'accompagne, l'autre professionnelle va prendre le lead et ça permet de justement écouter aussi comment le corps se comporte comment les femmes se positionnent, ce qu'elles disent à travers leurs corps en fait et c'est hyper intéressant en tant que clinicienne et somaticienne, d'aller chercher justement ça en fait et c'est quelque chose que j'apprends là depuis peu à faire. On va dire qu'il faut à la fois écouter avec les mots, mais il faut aussi écouter ce que les corps disent et parfois de leur dire « Voilà, je vois que quand je vous parle de ça, ça vous met mal à l'aise. Pourquoi ? » On voit très bien des femmes qui arrivent et qui n'enlèvent pas leurs manteaux, qui sont très prostrées, qui commencent l'entretien de manière très prostrée et qui, petit à petit, se libèrent et ont tendance à se redresser au fur et à mesure. Là aussi, ça veut dire quelque chose ».

(Entretien exploratoire N°1, Q16, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

3.3.2. Parcours de soin tourné vers une reconstruction identitaire globale de la victime

Si le premier contact et premier entretien sont si étoffés et protocolisés dans les maisons des femmes c'est qu'ils sont un préalable indispensable à la mise en place d'un parcours de soin spécifique et efficient. Ce dernier a pour vocation d'aboutir à une reconstruction identitaire complète de la victime. Pour cela, à la manière de la démarche diagnostique exercée dans les spécialités médicales, les intervenants font un bilan ou un diagnostic de la situation complète de la victime et vont orchestrer à la fois le déroulé de la

prise en charge, l'articulation la plus efficiente possible entre les intervenants, et la pertinence des soins. Cela se traduit au travers des entretiens par une volonté de limiter voire d'effacer complètement et durablement les conséquences que la violence a pu avoir sur elle mais également de lui donner les bases nécessaires pour s'en prémunir à l'avenir.

Lorsque nous interrogeons les patientes sur le parcours de soins, ce qui revient le plus souvent est qu'il permet de restaurer la confiance et l'estime de soi des victimes :

« Alors même si aujourd'hui il a demandé pardon et que c'est devenu une nouvelle personne parce que je vois beaucoup de changement depuis qu'il a fait ce stage-là. Même s'il a envie qu'on se remette ensemble, mais aujourd'hui je pense que j'ai envie d'abord de respirer. De me sentir moi-même et de me mettre en confiance moi-même pour pouvoir justement lui faire confiance ».

(Entretien exploratoire N°3, Q21, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Pouvoir leur donner une place à part, leur permettre de prendre en main, d'une certaine manière leur suivi via la co-construction du projet de soin, cela leur permet d'aller à leur rythme, de s'atteler aux problématiques qui leur sont propres, et pour certaines d'entre elles, qui ont longtemps été sous emprise, de se réappropriier également leurs corps :

« L'examen gynécologique n'est pas forcément inclus dans l'aide, dans la consultation, ça peut prendre un certain temps avant qu'elles acceptent que je les examine, hein. Donc, la temporalité n'est pas du tout la même également. J'ai des patientes qui veulent bien que je les examine au bout du cinquième entretien, tous les entretiens avant, c'est très très compliqué pour elles de se déshabiller ».

(Entretien définitif N°7, Q1, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Leur mental est aussi préservé en respectant leurs silences. Par le biais d'ateliers variés, de consultations, de rappels à la réglementation française, etc. le parcours de soins enrichi est un terreau fertile pour que la victime puisse prendre pleinement conscience de sa situation et cette dernière est, indispensable pour que le processus de soin puisse avoir lieu :

« En fait, je n'ai pas envie de me faire dominer. Au début c'était ça, tout le monde me dominait. Tous les hommes me dominaient. Mais aujourd'hui j'ai envie d'avoir un mot à dire. En fait, j'ai envie de dire que je suis une femme, je peux aussi parler, je peux aussi me

défendre et que je ne vais pas non plus rester naïve toute ma vie quoi. Et le fait d'avoir tout le temps ces réserves-là, ça fait que ça joue dans notre relation et parce je n'ai pas envie de me laisser faire. Donc c'est un peu ça. Et les hommes africains, pour eux, une femme doit être soumise, une femme ne doit pas être comme un homme. [...] Mais non, moi j'ai plus envie en fait. Je n'ai plus envie qu'on me tape tout le temps. Je n'ai pas envie, j'ai plus envie même si ce n'est pas taper dans mon corps, mais taper dans ma vie, dans mon esprit. J'ai plus envie que les gens me tapent avec les mots ou quoi que ce soit. J'ai plus envie qu'on me maltraite donc c'est un peu ça. »

(Entretien exploratoire N°3, Q1, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« De l'intérieur, je suis détruite, on va dire, mais j'essaie d'aller de l'avant [...]. Déjà je remercie à chaque fois les équipes parce que quand je me regardais il y a de cela deux mois, je me reconnaissais plus de moi-même. Je me retrouve. Et c'était comme le jour et la nuit. Et disons, même les dames ici, elles m'ont accueilli et toujours je me sens seule ici, mais je sais que je ne suis pas seule ».

(Entretien définitif N°5, QR20, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

Cette démarche permet aux femmes interrogées de reprendre le goût à la vie :

« Je me suis relevée, je le fais pour ma fille. Je le fais pour ma fille, et ça, c'est hyper important ».

(Entretien définitif N°4, Q11, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

« Actuellement ça va hein. Bah non, parce que disons avant où j'étais avec mon ex, disons, je vivais plus. Là, j'ai repris goût à la vie donc pour moi c'est déjà un gros cadeau. Et étant ici, je fais des ateliers et ça va, ça va vraiment ! »

(Entretien définitif N°5, Q18, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

Ce travail de fond transparaît directement sur l'apparence extérieure de la patiente au fur et à mesure du temps :

« Quand Mme Alice m'a accompagnée à mon rendez-vous la dernière fois, la sage-femme, elle ne m'a pas reconnu, elle a dit à Madame Alice : « Vous l'avez transformé ».
(Entretien définitif N°5, Q20, Lia Matibomdo, 27 ans, patiente ayant un suivi en structure conventionnelle avec un projet de rejoindre une MDF)

« Je n'ai pas le don de photographie, mais souvent je me dis que j'aimerais bien les photographier quand elles arrivent la première fois à la maison des femmes et plusieurs mois après, parce que certaines changent physiquement. C'est assez impressionnant. Il y a des femmes qu'on a vues dans tous les états possibles. Il y a une jeune qu'on a vu dans tous les états imaginables. Il y en a d'autres qui ont changé physiquement, qui étaient marquées, qui étaient abîmées, usées et qui sont détendues, sereines, embellies, rajeunies pour d'autres. C'est assez impressionnant. Parfois, on descend dans la salle d'attente et je suis étonnée, mais réellement étonnée de cette transformation aussi physique en fait. Probablement quelque chose de psychique aussi, mais il y a aussi une transformation qui peut être physique et c'est assez impressionnant ! »
(Entretien exploratoire N°1, Q16, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

Si bien que dans certaines maisons des femmes des ateliers de réparation de l'intime sont mis en place et permettent à la personne de voir son évolution physique au fur et à mesure de la démarche (Baldy, 2023).

Le parcours de soin global permet à la patiente de mieux se comprendre et de prendre du recul afin de conscientiser certains processus qui ont pu l'amener à fréquenter ces types d'individus violents. Pour Madame Diallo Fatou, il s'agissait de combler les manques :

« Et comme j'ai beaucoup beaucoup de manques en fait, dans mon adolescence. Je n'ai pas eu de mes parents. J'avais besoin en fait de cet amour justement qui m'apportait cet amour de père, cet amour de grand frère d'homme en fait tout ça. En fait, c'était quelque chose qui me manquait. J'avais un vide et j'avais envie qu'il soit complété par quelqu'un d'autre ».
(Entretien exploratoire N°3, Q1, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

En restaurant un sentiment d'appartenance, en se positionnant de “manière réflexive”, l'intervenant laisse un espace conséquent à la patiente qui peut, du coup, se confier. Hélène

Romano appelle cela « la posture d'empathie transitionnelle » visant à ne pas les stigmatiser et leur permettre de comprendre qu'elles ne sont pas seules (Romano, 2017).

« Elles m'essuyaient les larmes, elles m'ont relevé. Là où je suis tombée, elles ont su me relever, me donner le courage d'aller en avant même si c'est difficile. « Relève-toi, prends courage, prends garde. Tu as un bébé, un avenir meilleur t'attend devant toi après l'accouchement. Pour la petite que tu vas prendre en charge, tu dois être une femme forte. » Ces mots me revenaient à tout moment. Ce sont même ces mots qui m'ont donné la force aujourd'hui. Si moi je me suis retrouvé comme ça, c'est grâce à eux. »

(Entretien définitif N°4, QR13, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Nous pouvons y voir la force des mots des intervenants vis à vis des maux exprimés par les patientes.

3.3.3. Un parcours de soin développé dans une temporalité particulière

La reconstruction identitaire globale de la patiente est donc au cœur du parcours de soins mais cette dernière n'est pas instantanée. À une époque, où le temps de soin n'a jamais été aussi rentabilisé, le parti pris au sein de cette structure est, justement, de pouvoir laisser l'espace suffisant et nécessaire aux victimes de manière à s'adapter à leur rythme propre. Contrairement aux structures conventionnelles, qui n'offrent, le plus fréquemment, qu'une prise en charge maximale de 18 mois aux femmes enceintes victimes de violence, la maison des femmes présente l'intérêt majeur de ne pas avoir de rupture de prise en charge une fois que l'accouchement a eu lieu ou quelques mois après. C'est un plus, car les violences ne s'arrêtent malheureusement pas à ces échéances voire peuvent même augmenter dans cette période particulièrement fragile pour la mère et le nouveau-né (Campbell et al., 1993). Globalement, il est à noter que les prises en charge des violences sont longues et ne s'inscrivent pas dans des temps aussi restreints. De la même manière, les consultations nécessaires à la prise en charge ne peuvent s'intégrer facilement dans la temporalité mise en place pour une consultation « classique ». En effet, il nous est aisé de comprendre que ce n'est pas lors d'une consultation de 10 minutes que la patiente aura la possibilité de dévoiler les secrets de son intimité. Ce temps suffit à peine pour réaliser les examens strictement médicaux. Il est donc insuffisant pour accueillir ce genre de confiance.

« Sachant que mes consultations, ce n'est pas du tout sur le même modèle que les consultations de l'hôpital. C'est des consultations qui durent 1 h minimum, donc je vois entre 4 à 5 patientes dans la journée, sans compter les premiers entretiens. On a environ 1 à 2 premiers entretiens dans la journée, donc c'est des consultations très longues. L'examen gynécologique n'est pas forcément inclus dans l'aide, dans la consultation, ça peut prendre un certain temps avant qu'elles acceptent que je les examine, hein. Donc, la temporalité n'est pas du tout la même également. J'ai des patientes qui veulent bien que je les examine au bout du cinquième entretien, tous les entretiens avant, c'est très très compliqué pour elles de se déshabiller. Donc il y a toute cette prise en charge qui est assez assez longue ».

(Entretien définitif N°7, Q1, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Ce temps restreint est considéré par la littérature comme un frein manifeste pour amener à la victime une réponse adéquate (MacMillan et Gartner, 1999 ; Gazmararian et al., 1996 ; Taillieu et al., 2010).

Parfois les professionnels doivent gérer des situations d'urgence, d'éloignement du conjoint, de sécurisation de la future mère lorsqu'ils estiment qu'il y a danger grave et immédiat à son endroit. Dans ce cas-là, le gynécologue-obstétricien de la structure a un rôle primordial car c'est seulement lui qui peut décider soit d'une hospitalisation immédiate ou différée soit d'adresser la femme à un service médico-judiciaire (Henrion, 2005) :

« Et j'interviens aussi quand il y a besoin d'un médecin pour les arrêts de travail, pour les hospitalisations éventuelles. Par exemple, on a une patiente qui est demandeuse de se faire hospitaliser, donc c'est moi qui vais devoir organiser tout ça via les CMP (Centre Médicaux Psychologiques). Donc là c'est là où mon rôle est un peu bien, il y a que moi qui peut faire ce type d'hospitalisation ».

(Entretien définitif N°7, Q6, Dr Ninon Grives, gynécologue-obstétricien en MDF)

Le risque de se retrouver dans une situation d'urgence n'est pas insignifiant pour les femmes enceintes car une étude a montré que le risque d'être victime d'une tentative de féminicide ou d'un féminicide est 3 fois plus élevé (odds ratio 3.08, 95% adjusted confidence interval 1.86, 5.10) pour cette population et que le fait de subir des violences pendant la grossesse est un facteur prédictif de subir des violences sévères et potentiellement mortelles (McFarlane et al., 1995). D'autre part, les dangers liés à une séparation sont plus élevés lorsque la femme était enceinte ou vient d'accoucher (Bacchus et al., 2006).

La qualité de la prise en charge ne semble pas remise en question dans l'entretien de Madame El Mimouni. Le suivi de la sage-femme de l'hôpital est décrit comme attentif et non expéditif. En ce qui concerne le suivi du gynécologue-obstétricien, qui l'a suivi en tout début de grossesse, il a été ressenti comme beaucoup moins souple à cause de l'organisation des consultations d'urgences obstétricales qui empiétaient sur la consultation (attentes très longues, conversations raccourcies quand le gynécologue était amené à intervenir en salle de naissance pendant la consultation) mais nous pouvons quand même en conclure que c'est la temporalité de la prise en charge qui est à remettre en question. En effet, son suivi de la grossesse a été pour le moins décousu (centre hospitalier puis clinique puis à nouveau centre hospitalier) accéléré afin de faire intervenir les bons acteurs dans un timing hyper restreint donc de facto peu propice à l'instauration d'une relation de confiance pérenne comme cela est conseillé à travers la littérature. La patiente précise au sujet de leur disponibilité et de leur accompagnement :

« C'était une courte période, donc je n'ai pas eu l'occasion de profiter vraiment pour savoir exactement. Ce n'était pas vraiment ...trois semaines... Je n'ai pas eu le temps de faire beaucoup de choses. Donc déjà ça y est, l'accouchement est vite arrivé. J'ai d'autres obligations par rapport à mes enfants et tout donc je n'ai pas eu l'occasion, vraiment d'avoir beaucoup de temps avec eux ».

(Entretien définitif N°2, Q12, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF)

Le suivi a été qualitatif et bien vécu sur le moment par cette dame :

« Ouais, franchement dans l'hôpital ils étaient au top déjà. Donc ils font leur travail, ce qu'il faut. En fait eux, ils ne liquident pas les patients [...]. Elle me met à l'aise déjà, elle essaye de comprendre tout le dossier. Elle essaie de comprendre si je suis bien, si je ne suis pas gênée. « Est-ce que vous n'avez pas d'autres obligations par exemple ? » Donc elle n'insiste pas parce que vous avez le rendez-vous à 3 h, il faut être là à 3 h. Ce n'est pas comme des robots [...]. Des fois, on consulte un médecin, on passe l'échographie, mais après rien. Des fois, il n'explique même pas ce qu'il y a, ce qu'il y a pas, ce qu'il manque. Vous avez une consultation à 10 h, il faut être là-bas à 10 h et il la fait, il remplit le papier et vous sortez sans explication, sans rien ».

(Entretien définitif N°2, Q6, Fatma El Mimouni, 38 ans, patiente n'ayant pas eu de suivi en MDF)

Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur son impact à long terme et la pérennité de cette démarche car Madame El Mimouni nous confie ne pas avoir projeté de rendez-vous de suivi après son accouchement.

3.3.4. Les maisons des femmes partagées entre idéologie de la réinsertion et espaces transitionnel de prise en charge

Nous venons de le voir, le parcours de soin élaboré prend la forme d'une contractualisation de l'offre de soin. Nous remarquons également que l'idéologie de réinsertion se retrouve dans le discours de certains professionnels mais souvent, pour ne pas dire toujours, minorée dans les entretiens par des attentes réalistes vis-à-vis des patientes suivies :

« La prise en charge idéale, c'est une prise en charge où on a l'impression qu'il y a une évolution. Après l'idéal des uns n'est pas l'idéal des autres et l'idéale des femmes n'est probablement pas mon idéal, mais pour certaines ça va être de leur donner une petite bouffée d'oxygène dans leur semaine, pour d'autres ça va être de sortir d'une histoire de violence, pour d'autres ça va être de travailler des psychos traumatismes qui sont profonds et qui les freinent en fait dans leur vie qui font qu'elles aient une mésestime d'elles-mêmes et qu'elles ne se sentent pas bien, toujours inférieures aux autres. Leur redonner confiance en elles aussi, leur redonner une belle vision d'elle c'est chouette ».

(Entretien exploratoire N°1, Q22, Marine Delval, sage-femme coordinatrice de MDF)

C'est un peu comme s'il subsistait un ethos propre au soignant construit dès la formation initiale, modéré par la formation et le travail dans la structure mais qui ne restait jamais très lointain et resurgissait par moment dans la gestion de la prise en charge.

Dans nos entretiens, le but, décrit par quasiment tous les intervenants, est un retour à la norme de la victime et finalement une transmutation identitaire passant justement de « victime » à « femme » par l'éloignement du contexte violent et l'effacement des préjudices subis. L'objectif final reste quand même à terme, une sortie de soins. Mais il est important de noter qu'à l'intérieur des maisons des femmes les professionnels formés et sensibilisés sont conscients que le chemin pour y parvenir est long et parfois il ne connaît pas de fin.

C'est toute la complexité de ces structures qui ne leur permet pas d'adhérer complètement à l'idéologie de la réinsertion développée par Patrick Declerck car, leur temporalité de la prise en charge est beaucoup plus étendue que celle des structures conventionnelles et, à ce titre, semble plus adaptée au besoin des victimes (Declerck, 2003). Les maisons des femmes de par leur caractère pérenne et leur constante disponibilité vis-à-vis des patientes, nous permettent de les analyser comme étant de véritables espaces transitionnels de soins. La patiente peut venir, repartir, revenir, repartir et revenir autant de fois qu'elle en éprouve le besoin sans qu'aucun jugement ne soit exprimé sans que l'offre de soin qui lui est proposé en soi limité. L'objectif final n'est pas forcément de « réparer » l'individu mais de lui offrir un espace, une prise en charge, fût-elle brève, source de bien-être et d'apaisement.

De son côté, la patiente victime exprime souvent un discours manifeste de ces violences. Nous avons d'ailleurs été surpris par le contraste entre les difficultés à convenir d'un rendez-vous et convaincre les patientes de participer à notre étude et l'apparente facilité qu'elles avaient à nous partager les détails les plus difficiles de leur existence pour certaines.

« J'avais confiance en elle et franchement, j'avais une facilité à lui dire tout ce qui s'est passé, même si oui, j'ai pleuré, ça a été dur, mais ça a pas été très facile de parler en sachant que ça faisait très très longtemps que je me suis promis de me taire et de ne parler de mon histoire à personne. Parce que j'avais honte aussi. Mais avec elle, ça s'est passé très très bien. Et comme ça se passe aussi avec vous, ce qui est bizarre aussi parce qu'on ne se connaît pas. Voilà, ça c'est très très bien passé ».

(Entretien exploratoire N°3, Q2, Fatou Diallo, 27 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Les récits de vie fournis dès la première question de notre entretien en sont un exemple frappant. Parfois, ces récits sont utilisés par les patientes comme une sorte de monnaie d'échange symbolique à la manière dont la décrit Patrick Declerck dans les naufragés (Declerck, 2003) qui leur permettent d'accéder aux soins dans la structure :

« Ils m'ont dit « Tu dois voir un psychologue », car ils avaient des psychologues de temps à autre « On doit te voir et tu as des problèmes, donc il faut t'exprimer ». Elle m'a mise en contact avec un psychologue de la maison des femmes. Là en ce moment, je n'ai rien même pas d'AME. Pas encore, non. Même pas les médicaments du bébé, rien. Il me faut ajouter les

trucs pour le bébé qui vient de naître. Deuxièmement, je ne sais pas comment faire. Je suis dans ce pays et je vais prendre soin du bébé. Je suis là. Je dirai m'aider dans les papiers. Je suis à l'hôtel ici. Je ne sais pas à quel moment que je vais partir ».

(Entretien définitif N°4, Q4, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Pour Madame Emie Lolo, partager son récit, lui permettait d'avoir le support de la structure et une assurance de ne pas regagner la rue à nouveau avec un nouveau-né. Dans ce contexte, le risque encouru relève d'un morcellement des souvenirs au fur et à mesure des intervenants rencontrés. Plus ces derniers sont nombreux, moins la transmission d'information est fluide car les espaces de partage sont limités. Cela aboutit à une réactivation des souvenirs et du trauma à chaque fois que le récit est raconté comme elle a pu nous l'exprimer en début d'entretien :

« Je t'ai dit, je n'arrive pas à supporter de dire tout en fait, ça me revient comme des flashes, comme un film qui me revient de temps à autre. Je n'arrive pas à oublier. Quand je vous raconte.... En fait quand je raconte, je n'arrive pas ...En fait, c'est comme si je suis en train de vivre encore l'histoire, ce que j'ai vécu. Je n'arrive pas à expliquer tout. Je ne sais pas si tu me comprends. »

(Entretien définitif N°4, Q1, Clémentine Emie Lolo, 32 ans, patiente ayant un suivi en MDF et en structure conventionnelle)

Certains auteurs parlent d'hémorragie émotionnelle pour illustrer ce phénomène. On peut donc également supputer que cette notion concerne également les femmes enceintes victimes de violences. C'est à dire liée au morcellement des discours à un trop grand nombre d'acteur et même si elle n'a pas été verbalisée par les patientes constitue peut être une des craintes non exprimée (Declerck, 2003)

Nous pouvons donc voir que le parcours de soin élaboré au sein des maisons des femmes à destination des femmes victimes est donc riche et multidimensionnel. Basé sur une symptomatologie particulière décrite par ces femmes, il est révélateur d'une relation d'aide spécifique dont le but est de répondre aux besoins fondamentaux exprimés par ces dernières. Sa principale caractéristique est qu'il confère à la fois à l'idéologie de la réinsertion et en même temps les maisons des femmes peuvent être considérées comme un véritable espace transitionnel de soins.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude se distingue de celles déjà réalisées car elle aborde la problématique des femmes enceintes victimes de violence sous l'angle de leur prise en charge au sein de nouvelles structures appelées « maisons des femmes ». Au début de ce travail, nous partions de la constatation que ces nouvelles structures de soins émergeaient sur le territoire français et proposaient une prise en charge spécifique à ces patientes, nous souhaitions donc analyser cette dernière. Nous avons pu tout au long de ce travail apporter un éclairage sur la teneur et les dimensions multiples de cette prise en charge. Nous avons démontré, dans un premier temps que la violence exercée à l'encontre des femmes enceintes était un phénomène systémique encore bien trop souvent tabou au sein de notre société. Ces aspects impactent directement la prise en charge des patientes concernées. Ils sont pleinement intégrés dans l'organisation globale des soins des maisons des femmes de même qu'une adaptation particulière de la prise en charge en maison des femmes est apportée tenant compte des situations particulières des victimes.

Dans un deuxième temps, nous avons pu mettre en évidence que la prise en charge des patientes enceintes victimes de violences est clairement influencée par l'organisation structurelle de la maison des femmes et par les acteurs qui la constituent. Ces derniers, développent une identité professionnelle propre qui va au-delà de celle de leur formation initiale et leur confère une expertise clinique de valeur sur le terrain. Cette mutation identitaire trouve son terreau sur le terrain mais également au travers de formations répétées et ciblées sur le sujet des violences faites aux femmes. Cela semble être un prérequis nécessaire à la mise en place d'une prise en charge complète, efficiente et adaptée spécifiquement à la patiente. Le nombre et les spécialités variées des intervenants en constituent à la fois une des principales richesses mais également un talon d'Achille car elle nécessite une coordination forte et efficiente à la fois au sein même de la structure mais aussi avec les autres acteurs du territoire de santé. Coordination à laquelle les intervenants de tout bord ne sont pas forcément sensibilisés ou le sont à des niveaux variés.

Enfin, dans un dernier temps nous avons pu constater, dans une vision la plus proche possible des utilisatrices, que les prises en charge au sein des maisons étaient spécifiques se basant sur une relation soignant-soignée repensée et résiliente. Le parcours de soin élaboré au

sein des maisons des femmes à destination des femmes victimes est riche et multidimensionnel. Basé sur une symptomatologie particulière décrite par ces dernières, il est révélateur d'une relation d'aide spécifique dont le but est de répondre aux besoins fondamentaux exprimés par elles. Sa principale caractéristique est que les maisons des femmes peuvent être considérées comme un véritable espace transitionnel de soins.

Nous pouvons donc conclure que ces structures hybrides remplissent leur rôle et leur fonction là où les structures conventionnelles, plus rigides et encadrées, ont des résultats plus contrastés. Les maisons des femmes, de par leur accompagnement plus souple mais néanmoins très ciblé sont donc à soutenir dans le paysage de la santé française. Le gouvernement ne s'y est pas trompé puisque Madame Élisabeth Borne, Première ministre, Madame Isabelle Lonvis-Rome, ministre déléguée à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Monsieur François Braun, ministre de la Santé et de la prévention, Roxana Maracineanu ancienne ministre des sports, ont fait le déplacement récemment lors de l'ouverture de la plus récente des maisons de Plaisir (78).

Les professionnels au sein de ces maisons sont très impliqués dans leurs missions. Nous avons pu observer un véritable engagement émotionnel à l'égard de ces patientes et nous pouvons nous interroger s'il n'existe véritablement aucune contrepartie attendue ? Selon la conception du don avancée par Marcel Mauss dans ses essais, ce dernier n'est jamais « gratuit ». Un contre-don est toujours attendu qu'il soit conscient ou non (Mauss, 1925). Dans notre cas, s'il paraît clair pour chacun des intervenants qu'il n'y aura pas de retour de la part des femmes violentées, on peut donc supposer qu'il est attendu par un autre biais. Si le retour attendu ne peut provenir des femmes, il est sûrement attendu autrement comme, par exemple, par la reconnaissance de la société d'exercer un métier vocationnel ou d'exercer dans une structure à la pointe de la prise en charge, par la reconnaissance de la hiérarchie dans leur mission ou autre... Nous pouvons, à ce titre, nous interroger de ce qui pourrait se passer si cette reconnaissance était contrariée ? Cela n'amènerait-il pas à des situations de conflits ?

En plus de cette problématique de reconnaissance, ces structures sont aussi amenées à répondre à un certain nombre de défis au cours des prochaines années. Il leur faudra trouver le moyen de faire perdurer le modèle créé bien qu'il ne soit pas rentable financièrement mais également trouver une manière de mieux coordonner le parcours de soin au sein des maisons

des femmes avec celui proposé par les autres acteurs du territoire de santé. En effet, la prise en charge des femmes enceintes, contrairement à celle des autres femmes violentées, ne pourra se faire sans les structures conventionnelles. Ces dernières continueront d'assurer à minima le suivi de fin de grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat. Sera-t-il possible d'engager un travail d'uniformisation des pratiques et d'optimisation à la fois des communications et de la coordination des acteurs en la matière ? Ce travail ne risque-t-il pas de rigidifier les contours de la prise en charge au sein des maisons des femmes qui est pourtant un de ses points forts et à terme d'aboutir à une perte de la qualité de l'accompagnement ? N'y-a-t-il pas aussi un intérêt, comme le soulignent certaines personnes interviewées, à travailler de manière parallèle la prise en charge des enfants qui naissent dans des contextes de violences ?

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1

Protocole de recherche

« Bonjour, je suis Julie Perret, étudiante en Master (Economie et gestion de la Santé) à Dauphine. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une enquête sur la prise en charge des femmes enceintes victimes de violence au sein des établissements spécialisés dits « maison des femmes ». Par cet entretien, je souhaite recueillir votre ressenti et avis concernant votre prise en charge / votre pratique professionnelle.

« Cet entretien sera bien sûr anonymisé et ne servira qu'à la rédaction de mon mémoire avec relecture uniquement de mes professeurs. Afin de retranscrire le plus fidèlement possible vos réponses, accepteriez-vous que j'enregistre le contenu de notre entretien ? »

« Je vous en remercie. Pouvons-nous commencer ? »

ANNEXE 2

Guide d'entretien exploratoire docteur en psychothérapie spécialisée en violences faites aux femmes enceintes

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
- Q2. Pouvez-vous m'expliquer les raisons vous ont amené à travailler sur le sujet des violences faites aux femmes enceintes ?
- Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Thème 2 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

- Q4. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes ?
- Q5. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?
- QR5. Est ce que vous pouvez me préciser ce que vous entendez par le regard sociétal est hypocrite ?*
- Q6. Qu'est ce qui se joue pour vous dans la prise en charge des femmes enceintes victimes de violence ?

Thème 3 : Modalités d'accompagnement des patientes

- Q7. Pouvez-vous me parler de ce qu'implique pour vous la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence dans les « maisons des femmes » ?
- Q8. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?
- Q9. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?
- QR9. Vous entendez quoi par « C'est trop compliqué ? »*

Thème 4 : Relations / Interactions interprofessionnelles

Q10. Comment voyez-vous l'articulation de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence entre les différents professionnels de votre territoire de santé ?

Q11. Pouvez-vous me parler du rôle de la formation des professionnels dans cette prise en charge ?

Thème 5 : Idéal de prise en charge

Q12. Vous revenez dessus dans votre article mais pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q13. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q14. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 3

Guide d'entretien exploratoire à l'attention de la sage-femme coordinatrice de maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

Q2. Pouvez-vous m'expliquer les raisons vous ont amené à travailler dans la structure ?

QR2. Quand vous parlez de « femmes », pouvez-vous me préciser de quelles femmes on parle?

Thème 2 : Présentation de la structure

Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

QR3. Pouvez-vous me l'a précisé ?

Thème 3 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q4. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes ?

QR4. Donc pour vous, la définition de la violence faite aux femmes ?

Q5. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?

Q6. Pouvez-vous me parler de votre formation sur le sujet de la violence faite aux femmes ?

Thème 4 : Organisation du travail dans la structure

Q7. Quelles sont vos missions au sein de la structure ?

QR7 *Pouvez-vous me préciser votre organisation de travail ?*

Q8. Pouvez-vous me présenter les professionnels qui composent la maison des femmes ?

Q9. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?

Q10. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 5 : Financement de la structure

Q11. Que savez-vous de la manière dont est financée la structure ?

Thème 6 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

Q12. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?

QR12. Pouvez-vous me préciser pour ces patientes qui les adressent en fait ?

Q13. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

Thème 7 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q14. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence dans la maison des femmes ?

QR14. Pouvez-vous me préciser comment est assurée la sécurité des patientes ?

Q15. Pour vous qu'est ce qui fait la singularité de cet accompagnement ?

Q16. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 8 : Relations / Interactions de la structure

Q17. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

Q18. Quelle est votre relation avec les autres professionnels de votre structure ?

Q19. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information au sein de votre structure ?

Q20. Selon vous, quelle est la place de la structure dans le territoire de santé ?

Thème 9 : Idéal de prise en charge

Q21. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q22. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q23. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 4

Guide d'entretien exploratoire à l'attention de la patiente suivie en maison des femmes et en structure conventionnelle

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?
- Q2. Pouvez-vous m'expliquer les circonstances qui vous ont amené à la structure ?

Thème 2 : Présentation de la structure

- Q3. Comment présenteriez-vous la structure dans laquelle vous êtes prise en charge et ses missions à quelqu'un qui ne la connaît pas ?
- Q4. Connaissez-vous les professionnels qui la composent ?
- QR4 bis. Est-ce que vous pouvez me préciser qui est Lisette ?*
- QR4 ter. Avez-vous eu rendez-vous avec d'autres personnes au sein de la maison des femmes ?*
- Q5. Qu'avez-vous compris de leur organisation ?
- Q6. Que pensez-vous des locaux de la structure ?
- QR6. D'accord. Donc là vous m'avez donné l'exemple du fauteuil. Pouvez-vous me donner un autre exemple ?*

Thème 3 : Modalités d'accueil

- Q7. Par quel moyen avez-vous connu la structure ?
- Q8. Quelles étaient vos attentes en allant là-bas ?

Thème 4 : Modalités d'accompagnement

- Q9. Pouvez-vous me parler de l'accompagnement et des services dont vous bénéficiez dans la structure ?
- Q10. En quoi se distingue-t-il d'un suivi classique à l'hôpital ou en clinique ?

- Q11. Que diriez-vous au sujet de l'accès et de la prise de RDV au sein de la structure ?
- Q12. Quels éléments garantissent ou non votre sécurité durant votre prise en charge ?
- Q13. Qu'avez-vous compris du partage d'information au sujet de votre suivi entre les différentes structures qui vous ont prise en charge pour cette grossesse ?
- Q14. Demain si je devais remplacer un professionnel et vous accueillir dans cette structure, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?
- Q15. Qu'est-ce qui vous semble le plus important à souligner concernant votre prise en charge ?

Thème 5 : Interactions avec les professionnels

- Q16. Quels professionnels avez-vous pu rencontrer ou allez-vous rencontrer prochainement ?
- Q17. Que diriez-vous au sujet de leur disponibilité et accompagnement ?
- Q18. Pouvez-vous décrire votre relation avec les professionnels de la structure ?
- QR18. Vous pouvez me donner un exemple parce qu'enfin je crois avoir ce que vous voulez me dire, mais je veux être sûre d'avoir bien compris ce que ça représente.*

Thème 6 : Idéal de prise en charge

- Q19. Quelles sont pour vous les qualités professionnelles nécessaires pour travailler dans cette structure ?
- Q20. Quels conseils souhaiteriez-vous donner aux professionnels pour une prise en charge optimale ?

Thème 7 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

- Q21. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme de violence faite aux femmes et l'impact psychologique qu'elle a eu sur vous ?
- Q22. Quel est, selon vous, le regard de la société vis-à-vis de cette violence ?
- Q23. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 5

Guide d'entretien définitif à l'attention de la sage-femme coordinatrice de soins dans une maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
Q2. Pouvez-vous m'expliquer les raisons vous ont amené à travailler dans la structure ?

Thème 2 : Présentation de la structure

- Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?
Q4. Que savez-vous de la manière dont est financée la structure ?

Thème 3 : Organisation du travail dans la structure

- Q5. Quelles sont vos missions au sein de la structure ?
Q6. Pouvez-vous me présenter les professionnels qui composent la maison des femmes ?
Q7. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?
Q8. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 4 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

- Q9. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?
QR9. Pouvez-vous me préciser ce que vous voulez dire par «elle est pour la maison des femmes » ?
Q10. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

Thème 5 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q11. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence dans la maison des femmes ?

QR11. Pouvez-vous me préciser comment est assurée la sécurité des patientes ?

Q12. Pour vous qu'est ce qui fait la singularité de cet accompagnement ?

Q13. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 6 : Relations / Interactions de la structure

Q14. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

Q15. Quelle est votre relation avec les autres professionnels de votre structure ?

Q16. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information au sein de votre structure ?

Q17. Selon vous, quelle est la place de la structure dans le territoire de santé ?

Thème 7 : Idéal de prise en charge

Q18. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q19. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q20. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 6

Guide d'entretien définitif à l'attention de l'assistante sociale d'une maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
- Q2. Pouvez-vous m'expliquer quelles raisons vous ont amené à travailler dans la structure ?

Thème 2 : Présentation de la structure

- Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Thème 3 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

- Q4. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes enceintes ?
- Q5. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?
- QR5 .Et vous avez des exemples en tête de situations professionnelles où les gens ont carrément mis de côté cet aspect-là ?

Thème 4 : Organisation du travail dans la structure

- Q6. Quelles sont vos missions au sein de votre structure ?
- Q7. Comment intervenez-vous auprès des patientes VVFAF ?
- Q8. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?
- Q9. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 5 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

Q10. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?

Q11. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

Thème 6 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q12. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence à la MDF ?

QR12. Et ça, ça a toujours été depuis le début de l'ouverture ou, on va dire, vous avez cheminé en équipe sur cette question ?

Q13. Pour vous qu'est ce qui fait la singularité de cet accompagnement par rapport à vos expériences professionnelles passées ?

Q14. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 7 : Relations / Interactions de la structure

Q15. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

Q16. Quelle est votre relation avec les professionnels de la MDF ?

QR16. Et vous avez des temps d'échanges, de partages, d'infos ou d'échanges informels ?

QR16bis. Pouvez-vous me décrire vos journées ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information ?

Q18. Selon vous, quelle est la place de la structure dans le territoire de santé ?

Thème 8 : Idéal de prise en charge

Q19. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

QR19. Et quand vous dites service, c'est quoi ? Ça réfère à quoi ?

Q20. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

QR20. Ca n'existe pas à l'heure actuelle ?

QR20bis. Il y a eu un avant après covid ?

Q21. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 7

Guide d'entretien définitif gynécologue-obstétricien à la maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?
- Q2. Pouvez-vous m'expliquer quelles raisons vous ont amené à travailler dans la structure ?

Thème 2 : Présentation de la structure

- Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Thème 3 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

- Q4. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes ?
- Q5. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?

Thème 4 : Organisation du travail dans la structure

- Q6. Quelles sont vos missions au sein de la structure ? Vous avez déjà abordé un petit peu vos missions au sein de la structure. Est-ce que vous voulez détailler un peu plus ou est-ce que vous l'avez fait de manière exhaustive ?
- Q7. Pouvez-vous me présenter les professionnels qui composent la maison des femmes ?
- Q8. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?
- Q9. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 5 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

- Q10. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?

Q11. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

Thème 6 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q12. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence dans la maison des femmes ?

Q13. Pour vous qu'est-ce qui fait la singularité de cet accompagnement ?

Q14. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 7 : Relations / Interactions de la structure

Q15. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

Q16. Quelle est votre relation avec les autres professionnels de votre structure ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information au sein de votre structure ?

Q18. Selon vous, quelle est la place de la structure dans le territoire de santé ?

QR18. Et ce n'était pas du tout prévu cette question-là, mais ça m'interpelle en fait parce que du coup vous avez une petite partie d'activités avec les femmes handicapées. Et pour avoir lu pas mal de bibliographie sur la question, il y a quand même un lien assez ténu entre handicap et violence. Donc du coup, votre exercice est complet ?

Thème 8 : Idéal de prise en charge

Q19. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q20. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q21. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 8

Guide d'entretien définitif à l'attention de la psychologue exerçant en structure conventionnelle

Thème 1 : Présentation de la personne

Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

Thème 2 : Présentation de la structure

Q2. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Thème 3 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q3. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes enceintes ?

QR3. Avez-vous des exemples en tête ?

Q4. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?

Thème 4 : Organisation du travail dans la structure

Q5. Quelles sont vos missions au sein de votre structure ?

Q6. Comment intervenez-vous auprès des patientes VVFAF ?

QR6. Pouvez-vous revenir sur ce paradoxe où il faut qu'elles soient vraiment à l'initiative, condition sine qua non alors qu'elles ne viennent jamais ou très peu de leur propre chef ?

Q7. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?

Q8. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 5 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

Q9. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?

Q10. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

QR10. En auriez-vous d'autres (exemples)?

Thème 6 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q11. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence au centre hospitalier ?

QR11. Est-ce que dans vos autres expériences hospitalières, il y avait d'autres choses qui étaient mis en place ?

Q12. Pouvez-vous m'expliquer quel impact sur votre pratique a eu l'ouverture de la MDF ?

Q13. Pour vous qu'est ce qui fait la singularité de cet accompagnement ?

Q14. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 7 : Relations / Interactions de la structure

Q15. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

Q16. Quelle est votre relation avec les professionnels de la MDF ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information ?

Q18. Selon vous, quelle est la place de la structure dans le territoire de santé ?

Thème 8 : Idéal de prise en charge

Q19. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q20. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q21. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 9

Guide d'entretien définitif à l'attention de la sage-femme de PMI

Thème 1 : Présentation de la personne

Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

QR1. Comment vous l'analysez ça ? Est-ce que c'est lié uniquement à votre pratique ou est ce qu'il y a d'autres choses qui entrent en ligne de compte ?

Q2. Pouvez-vous m'expliquer quelles raisons vous ont amené à travailler dans la structure ?

Thème 2 : Présentation de la structure

Q3. Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Thème 3 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q4. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme violence faite aux femmes ?

QR4. À quelle fréquence y êtes-vous confrontée ?

Q5. Quel est, selon vous, le regard de la société sur la violence faite aux femmes enceintes ?

Thème 4 : Organisation du travail dans la structure

Q6. Quelles sont vos missions au sein de la structure ?

Q7. Pouvez-vous me présenter les professionnels qui composent la maison des femmes ?

Q8. Comment les professionnels organisent-ils leur travail au sein de la structure ?

Q9. S'il y a des absences, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe pour les remplacements ?

Thème 5 : Modalités d'accueil et d'orientation des patientes

Q10. Quelles sont les modalités d'accueil et de rdv dans la structure ?

Q11. Quels pourraient être les freins d'entrée dans cette prise en charge pour les patientes ?

QR11. Quand vous dites certaines personnes, vous vous pensez à un certain type de patientes en particulier ?

Thème 6 : Modalités d'accompagnement des patientes

Q12. Pouvez-vous me parler de la prise en charge des patientes enceintes victimes de violence dans la maison des femmes ?

Q13. Pour vous qu'est ce qui fait la singularité de cet accompagnement ?

Q14. Demain si je dois vous remplacer et accueillir une patiente enceinte victime de violence, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

QR14. Vous avez d'autres tips ?

Thème 7 : Relations / Interactions de la structure

Q15. Comment est articulée la prise en charge des patientes entre la maison des femmes et l'établissement hospitalier où elles souhaitent accoucher ?

QR15. Et est-ce que vous avez peut-être un exemple justement de cette fédération ?

Enfin je ne sais pas comment on peut dire, mais voilà, de cette émulsion on va dire, entre les deux structures des exemples de prise en charge particulière ?

QR15bis. Et vous faites comment ? Du coup, vous partagez l'information comment ?

QR15Ter. D'accord, dans quelle mesure ?

Q16. Quelle est votre relation avec les autres professionnels de votre structure ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise le partage d'information au sein de votre structure ?

Q18. Selon vous, quelle est la place des maisons des femmes dans le territoire de santé ?

Thème 8 : Idéal de prise en charge

Q19. Pour vous, comment pourrait-on optimiser le repérage de ces patientes ?

Q20. Quel serait votre idéal de prise en charge pour ces patientes ?

Q21. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

QR21. Quand vous dites agir sur les agresseurs, vous entendez quoi ?

ANNEXE 10

Guide d'entretien définitif à l'attention de la patiente suivie en maison des femmes et en structure conventionnelle

Thème 1 : Présentation de la personne

- Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?
Q2. Pouvez-vous m'expliquer les circonstances qui vous ont amené à la structure ?

Thème 2 : Modalités d'accueil

- Q3. Par quel moyen avez-vous connu la structure ?
Q4. Quelles étaient vos attentes en allant là-bas ?
QR4. Pouvez-vous me décrire vos autres attentes au moment où vous êtes allée consulter là-bas?

Thème 3 : Présentation de la structure

- Q5. Comment présenteriez-vous la structure dans laquelle vous êtes prise en charge et ses missions à quelqu'un qui ne la connaît pas ?
Q6. Connaissez-vous les professionnels qui la composent ?
QR6. Vous pouvez m'expliquer ce qu'elle fait ?
QR6BIS. Vous connaissez leur profession, à ces deux personnes ?
Q7. Qu'avez-vous compris de leur organisation ?
Q8. Que pensez-vous des locaux de la structure ?

Thème 4 : Modalités d'accompagnement

- Q9. Pouvez-vous me décrire l'accompagnement et les services dont vous bénéficiez dans la structure ?
QR9. Pouvez-vous me donner d'autres exemples de l'accompagnement qu'ils ont pu faire pour vous ?

Q10. En quoi se distingue-t-il d'un suivi classique à l'hôpital ou en clinique ?

Q11. Selon votre expérience, que diriez-vous au sujet de l'accès et de la prise de RDV au sein de la structure ?

QR11. Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous empêche de lier un peu avec d'autres femmes qui ont traversé la même chose ?

Q12. Pouvez-vous me décrire quels éléments garantissent ou non votre sécurité durant votre prise en charge ?

Q13. Demain si je devais remplacer un professionnel et vous accueillir dans cette structure, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

QR13. Est-ce que vous pouvez me donner un exemple, de ce qui a fait la différence, qui vous a donné envie de vous ouvrir à ces personnes-là ?

Thème 5 : Interactions avec les professionnels

Q14. Quels professionnels avez-vous pu rencontrer ou allez-vous rencontrer prochainement ?

Q15. Que diriez-vous au sujet de leur disponibilité et accompagnement ?

Q16. Pouvez-vous décrire votre relation avec les professionnels de la structure ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris du partage d'information au sujet de votre suivi entre les différentes structures qui vous ont prise en charge pour cette grossesse ?

Thème 6 : Idéal de prise en charge

Q18. Pouvez-vous me décrire vos besoins actuels ?

QR18. Et du coup votre avenir, vous le voyez comment ?

Q19. Qu'est-ce que vous changeriez sur la structure ou sur leur accompagnement à l'heure actuelle ?

Thème 7 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q20. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme de violence faite aux femmes et l'impact psychologique qu'elle a eu sur vous ?

- QR20. Quelles sont les formes de violence pour vous ?
- Q21. Quel est, selon vous, le regard de la société vis-à-vis de cette violence ?
- QR21. Pour vous, c'est quoi les gardes fous ?
- Q22. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?
- QR22. Pouvez-vous m'expliquer, en quoi c'est mieux ?

ANNEXE 11

Guide d'entretien définitif à l'attention de la patiente ayant un suivi en structure conventionnelle et un projet de rejoindre une maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?

QR1. Pouvez-vous m'expliquer un petit peu votre parcours de vie ?

QR1BIS. Du coup vous m'avez détaillé comment vous êtes arrivée à la structure de votre prise en charge, mais est ce qu'on peut revenir sur votre suivi d'un point de vue obstétrical ?

Q2. Pouvez-vous m'expliquer les circonstances qui vous ont amené à la structure ?

Thème 2 : Modalités d'accueil

Q3. Par quel moyen avez-vous connu la structure ?

Q4. Quelles étaient vos attentes en allant là-bas ?

Thème 3 : Présentation de la structure

Q5. Comment présenteriez-vous la structure dans laquelle vous êtes prise en charge et ses missions à quelqu'un qui ne la connaît pas ?

Q6. Connaissez-vous les professionnels qui la composent ?

Q7. Qu'avez-vous compris de leur organisation ?

Q8. Que pensez-vous des locaux de la structure ?

Thème 4 : Modalités d'accompagnement

Q9. Pouvez-vous me décrire l'accompagnement et les services dont vous bénéficiez dans la structure ?

Q10. En quoi se distingue-t-il d'un suivi classique à l'hôpital ou en clinique ?

Q11. Selon votre expérience, que diriez-vous au sujet de l'accès et de la prise de RDV au sein de la structure ?

Q12. Pouvez-vous me décrire quels éléments garantissent ou non votre sécurité durant votre prise en charge ?

Q13. Demain si je devais remplacer un professionnel et vous accueillir dans cette structure, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 5 : Interactions avec les professionnels

Q14. Quels professionnels avez-vous pu rencontrer ou allez-vous rencontrer prochainement ?

Q15. Que diriez-vous au sujet de leur disponibilité et accompagnement ?

Q16. Pouvez-vous décrire votre relation avec les professionnels de la structure ?

Q17. Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris du partage d'information au sujet de votre suivi entre les différentes structures qui vous ont prise en charge pour cette grossesse ?

Thème 6 : Idéal de prise en charge

Q18. Pouvez-vous me décrire vos besoins actuels ?

Q19. Qu'est-ce que vous changeriez sur la structure ou sur leur accompagnement à l'heure actuelle ?

Thème 7 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q20. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme de violence faite aux femmes et l'impact psychologique qu'elle a eu sur vous ?

QR20. Et quel est l'impact psychologique de telle violence ?

Q21. Quel est, selon vous, le regard de la société vis-à-vis de cette violence ?

IV. Fin d'entretien / Conclusion de l'entretien

Q22. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

Annexe 12

Guide d'entretien définitif à l'attention de la patiente sans suivi en maison des femmes

Thème 1 : Présentation de la personne

Q1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?

QR1. Pouvez-vous me parler un peu plus de vous ?

Q2. Pouvez-vous m'expliquer les circonstances qui vous ont amené à la structure ?

Thème 2 : Modalités d'accueil

Q3. Par quel moyen avez-vous connu la structure ?

Q4. Quelles étaient vos attentes en allant là-bas ?

Thème 3 : Présentation de la structure

Q5. Connaissez-vous les professionnels qui la composent ?

Q6. Qu'avez-vous compris de leur organisation ?

Thème 4 : Modalités d'accompagnement

Q7. Pouvez-vous me décrire l'accompagnement et les services dont vous bénéficiez dans la structure ?

Q8. En quoi se distingue-t-il d'un suivi classique à l'hôpital ou en clinique ?

QR8. Pouvez-vous me dire quels autres professionnels vous avez rencontré dans la première partie de votre prise en charge dans le privé ?

Q9. Selon votre expérience, que diriez-vous au sujet de l'accès et de la prise de RDV au sein de la structure ?

Q10. Pouvez-vous me décrire quels éléments garantissent ou non votre sécurité durant votre prise en charge ?

QR10. C'est-à-dire ? Vous pouvez préciser ?

QRBIS10. Par danger, vous voulez dire quoi ?

Q11. Demain si je devais remplacer un professionnel et vous accueillir dans cette structure, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 5 : Interactions avec les professionnels

Q12. Quels professionnels avez-vous pu rencontrer ou allez-vous rencontrer prochainement ?

Q13. Que diriez-vous au sujet de leur disponibilité et accompagnement ?

Q14. Pouvez-vous décrire votre relation avec les professionnels de la structure ?

QR14. Et vous, vous la qualifieriez comment votre relation avec les professionnels au cours de la grossesse ?

Q15. Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris du partage d'information au sujet de votre suivi entre les différentes structures qui vous ont prise en charge pour cette grossesse ?

Thème 6 : Idéal de prise en charge

Q16. Pouvez-vous me décrire vos besoins actuels ?

Q17. Qu'est-ce que vous changeriez sur la structure ou sur leur accompagnement à l'heure actuelle ?

Q18. Demain si je devais remplacer un professionnel et vous accueillir dans cette structure, que me conseillerez-vous ? Quelles seraient vos recommandations ?

Thème 7 : Contextualisation de la violence faite aux femmes enceintes

Q19. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'on entend par le terme de violence faite aux femmes et l'impact psychologique qu'elle a eu sur vous ?

Q20. Quel est, selon vous, le regard de la société vis-à-vis de cette violence ?

QR20. Il y a d'autres exemples comme ça d'absurdités du quotidien ?

Q21. Y-a-t-il un thème que n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

ANNEXE 13

FICHES SIGNALETIQUES

Fiche signalétique patiente

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

SITUATION PERSONNELLE

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Domiciliation :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charge :

SITUATION D'EMPLOI ET DE LOGEMENT

Statut d'emploi :

Niveau de diplôme :

Fourchette de revenu :

Statut d'habitat :

Type d'habitat :

SITUATION OBSTETRICALE

Lieu de suivi obstétrical :

Pathologies de grossesses éventuelles :

Nombre de RDV de grossesse effectué :

Date de prise de contact avec structure dédiée :

Démarches juridiques vis à vis du conjoint :

Fiche signalétique des professionnels

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

SITUATION DU PROFESSIONNEL

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Lieu d'exercice :

Durée d'exercice en maison des femmes :

Durée d'exercice en structure de soins classique :

SITUATION DE FORMATION

Formations réalisées en matière de violences faites aux femmes :

Remarques :

Auto-évaluation en matière d'accompagnement sur une échelle de 0 à 10 :

Annexe 14

Evolution du droit français concernant la violence faite aux femmes

« **La loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019** visant à agir contre les violences au sein de la famille. Elle comprend cinq grands chapitres avec notamment :

- **Le renforcement de l'ordonnance de protection des victimes de violences** : la loi dispose désormais explicitement qu'un dépôt de plainte préalable n'est plus nécessaire et que le juge aux affaires familiales doit statuer dans un délai maximal de six jours à compter de la fixation de la date d'audience.
- **Le retrait de l'autorité parentale ou de son exercice** dans le cas où les père et mère sont condamnés comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur leur enfant ou l'autre parent.
- **L'élargissement du port du bracelet anti-rapprochement**, dans le cadre désormais de la procédure de l'ordonnance de protection ou bien avant ou après jugement, à titre de peine de l'auteur des violences, à la demande ou avec le consentement exprès **de la victime**.
- **La loi prive de la pension de réversion** le conjoint condamné pour avoir commis un crime ou délit à l'encontre **de l'époux**.
- **L'accès au logement** : à titre expérimental, pour 3 ans, instauration d'un dispositif d'accompagnement financier, sous conditions de ressources, pour les victimes quittant le logement conjugal ou commun et bénéficiant d'une **ordonnance de protection**.
- **Le téléphone grave danger** : le procureur de la République peut attribuer un TGD à une victime si l'auteur est en fuite ou lorsqu'une demande d'ordonnance de protection est en cours devant le juge aux affaires familiales.

La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. Elle comporte un titre IV relatif aux dispositions portant simplification et renforcement de la procédure pénale dont des dispositions améliorant le dispositif existant de lutte contre les violences sexuelles, notamment :

- **La création de la plainte en ligne** pour les faits de violences, elle assure l'effectivité des ordonnances de protection qui sont inscrites au fichier des personnes recherchées, et permet au procureur de la République, hors décision de poursuite, d'interdire à un individu la fréquentation d'un lieu, et de mieux protéger les victimes.
- **L'extension des possibilités** de placement sous surveillance électronique mobile des condamnés pour violences conjugales.
- **La possibilité de l'éviction** de l'auteur de violences conjugales du domicile conjugal dans le cadre des alternatives aux poursuites.
- La création d'une cour criminelle départementale en première instance, pour 3 ans, à titre expérimental pour limiter le recours aux correctionnalisations.

La loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique dite « loi ELAN » vient apporter une innovation majeure en matière de protection des victimes de violences conjugales : l'article 136 de la loi ELAN insère un nouvel article 8-2 au sein de la loi du 6 juillet 1989 qui régit le bail d'habitation. En vertu de cet article, les époux et partenaires de PACS sont solidairement tenus au paiement des loyers de leur logement, la séparation du couple étant sans incidence sur leur obligation tant qu'elle n'a pas été prononcée judiciairement, par le biais d'un divorce, d'une séparation de corps ou d'une rupture de PACS.

Par exception, le nouvel article 8-2 de la loi de 1989 prévoit que le départ du logement d'une victime de violences conjugales fait cesser la solidarité entre les locataires, permettant ainsi au membre du couple victime de violences de ne pas régler sa part des loyers. Toutefois, cette exception ne joue pas de plein droit et est subordonnée à la réunion de plusieurs conditions.

La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir instaure pour les employeurs :

- L'information obligatoire, à partir du 1er janvier 2019, des salariés, personnes en formation, en stage et candidats à un recrutement de l'article 222-33 du Code pénal définissant le harcèlement sexuel, ainsi que des actions civiles ou pénales possibles en la matière et des coordonnées des autorités et services compétents. Elle s'effectue par affichage et, dans les entreprises de 20 salariés et plus, le règlement intérieur doit

rappeler les dispositions prévues en la matière par le Code du travail. Non obligatoire pour les employeurs publics dont le personnel est employé dans des conditions de droit public.

- L'introduction de l'obligation de désigner un référent en matière de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes.

La loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie, elle comprend des dispositions visant à améliorer la situation des victimes de violences conjugales ou familiales. En cas de condamnation définitive du conjoint, concubin ou pacsé pour violences, l'étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire vie privée et familiale se voit délivrer de plein droit une carte de résident. De même, les personnes victimes de la traite ayant déposé plainte ou témoigné contre les auteurs d'infractions de proxénétisme ou de traite d'êtres humains pourront bénéficier d'une carte de résident après cinq années de présence en France sous couvert d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale".

La loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie, elle comprend des dispositions visant à améliorer la situation des victimes de violences conjugales ou familiales. En cas de condamnation définitive du conjoint, concubin ou pacsé pour violences, l'étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire vie privée et familiale se voit délivrer de plein droit une carte de résident. De même, les personnes victimes de la traite ayant déposé plainte ou témoigné contre les auteurs d'infractions de proxénétisme ou de traite d'êtres humains pourront bénéficier d'une carte de résident après cinq années de présence en France sous couvert d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale".

La loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Elle a pour objet de mieux prévenir ce type de violences, améliorer l'accompagnement des victimes et mieux sanctionner les auteurs. Les principaux articles de la loi prévoient :

- L'allongement du délai de prescription pour les crimes sexuels commis sur mineurs, qui passe de 20 à 30 ans. Ainsi, une personne aura désormais jusqu'à ses 48 ans pour porter plainte.

- Le renforcement de l'arsenal juridique permettant de punir les viols et agressions sexuelles commis à l'encontre des mineurs de 15 ans : les éléments du code pénal sont précisés, en prévoyant que "la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes". La loi établit également que "lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende".
- L'élargissement de la définition du harcèlement en ligne pour réprimer les "raids numériques" (pratiques concertées de harcèlement en ligne par plusieurs individus), qui se développent sur les réseaux sociaux.
- La création d'une infraction "l'outrage sexiste" pour lutter contre le harcèlement de rue : sa définition est inspirée de celle du délit de harcèlement sexuel, mais sans l'exigence de répétition des faits, qui interdisait de réprimer des actes commis de façon isolée. Les faits seront constatés en flagrance, pas de dépôt de plainte nécessaire de la part de la victime. Passibles de contraventions, les auteurs de ces faits pourront être condamnés à des peines complémentaires, dont le "stage de lutte contre le sexisme et de sensibilisation à l'égalité entre les femmes et les hommes".

La loi n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale qui double les délais de prescription pour les infractions de viols et d'agressions sexuelles.

La loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté, elle fait du sexisme une circonstance aggravante des crimes et des délits, étend la notion d'agissements sexistes aux fonctionnaires et inscrit les femmes menacées de mariages forcés parmi la liste des publics prioritaires pour l'obtention d'un logement social. Elle reconnaît aux associations œuvrant sur le champ de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile en cas de crime, dans la mesure où elles peuvent justifier avoir reçu l'accord des ayant-droits de la victime.

La loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique durcit la répression contre la transmission ou la diffusion sans le consentement de la personne de son image ou de sa voix, prise dans un lieu public ou privé, dès lors qu'elle présente un caractère sexuel

(phénomène dit de la « revanche pornographique »). La loi punit les auteurs de deux ans de prison et de 60 000 euros d'amende.

La loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées :

- L'instauration d'un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle au profit de toute personne majeure victime de prostitution, de proxénétisme ou de traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle. Ce parcours permet à la personne de bénéficier d'un accompagnement assuré par des associations agréées à cet effet et d'une prise en charge globale ayant pour finalité l'accès à des alternatives à la prostitution. L'entrée dans le parcours est autorisée par le préfet et conditionne l'ouverture de droits spécifiques en matière d'accès au séjour pour les personnes étrangères et la perception d'une aide financière pour les personnes non éligibles aux minima sociaux.
- La suppression du délit de racolage et l'introduction de la pénalisation de l'achat d'actes sexuels via une contravention de cinquième classe dont le montant est augmenté en cas de récidive, et qui peut donner lieu à une peine complémentaire de stage de sensibilisation à la lutte contre l'achat d'actes sexuels.
- L'extension du dispositif de signalement des contenus illicites sur Internet aux faits promouvant le recours à la traite des êtres humains et/ou proxénétisme.
- Le renforcement de la prévention des pratiques prostitutionnelles et du recours à la prostitution auprès des jeunes.

La loi n°2016-274 du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France renforce la protection des personnes victimes de violences en posant le principe du premier renouvellement de plein droit de la carte de séjour temporaire obtenue en qualité de conjoint de français lorsque le titulaire justifie être victimes de violence conjugales ou familiales ; il en est de même en cas de premier renouvellement de la carte de séjour temporaire accordée au titre du regroupement familial lorsque le titulaire justifie avoir subi des violences conjugales ayant entraîné la rupture de la communauté de vie. Dans les 2 cas, seul le motif que la présence de la personne constitue une menace à l'ordre public peut justifier un refus de renouvellement. Par ailleurs, la loi crée un nouveau droit de délivrance de plein de la carte de

séjour temporaire portant la mention vie privée et familiale au profit du ressortissant étranger qui bénéficie d'une ordonnance de protection en raison de la menace d'un mariage forcé. Il en est de même au profit des ressortissants étrangers bénéficiant d'une ordonnance de protection en raison de violences exercées par un ancien conjoint, ancien concubin ou ancien partenaire lié par un PACS.

Les lois n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi et n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, en particulier l'introduction dans le droit du travail de la notion d'agissements sexistes. Ceux-ci caractérisent les agissements non répétés et liés au sexe, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité d'une personne ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. Les agissements sexistes doivent être intégrés à la planification de la prévention des risques professionnels au sein des entreprises, ce qui implique la mise en place d'actions de sensibilisation, de formation et de systèmes d'alerte. La responsabilité civile de l'employeur peut être recherchée.

La loi no 2015-993 du 17 août 2015 a transposé la directive européenne « Victimes » n° 2012/29/UE du 25 octobre 2012 en introduisant un article 10-5 dans le code de procédure pénale sur l'évaluation personnalisée des victimes afin de déterminer si elles ont besoin de mesures spécifiques de protection au cours de la procédure pénale.

La loi no 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile a permis d'améliorer la protection des femmes demandeuses d'asile victimes de violences. Cette loi a ainsi posé le principe selon lequel les aspects liés au genre doivent être pris en considération dans l'interprétation des 5 motifs de persécution de la convention de Genève relative au statut de réfugié.

La loi n° 2013-711 du 5 août 2013 portant dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France transpose notamment en droit interne la définition juridique de la traite des êtres humains de la convention n°197 du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains adoptée le 16 mai 2005.

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, prévoit notamment l'inscription d'une obligation de formation initiale et continue des professionnels concernés, renforce l'ordonnance de protection en n'imposant pas comme condition de délivrance le dépôt de plainte, limite strictement la médiation pénale en cas de violences au sein du couple, pose le cadre de l'attribution du téléphone grave danger en direction des femmes victimes de violences au sein du couple ou de viol ou bien encore prévoit la gratuité des titres de séjour accordés aux victimes. Elle renforce la lutte contre le harcèlement psychologique, y compris le cyber harcèlement, crée une procédure de dépaysement pour sanctionner les faits de harcèlement sexuel à l'université ainsi qu'un arsenal de protection contre le harcèlement dans les armées. Elle a aussi renforcé l'ordonnance de protection pour les victimes de mariages forcés en permettant son instauration en urgence et en rallongeant sa durée. Le Code civil a été modifié afin que la loi étrangère soit écartée chaque fois que sa conception du consentement matrimonial est plus restrictive que la loi française, qui prévoit un consentement libre. Elle fait suite à l'introduction d'un nouveau délit punissant de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait d'user de tromperies pour pousser quelqu'un à quitter le territoire français dans le but de le contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union à l'étranger.

La loi n° 2013-711 du 5 août 2013 a introduit deux nouvelles infractions dans le code pénal pour renforcer la protection des mineurs :

- Le fait d'inciter un mineur à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende (art. 227-24-1) ;
- Le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur est puni des mêmes peines (art. 227-24-1).

La loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel, a instauré une nouvelle définition plus large et plus précise du harcèlement sexuel conforme au droit européen et assortie de sanctions plus lourdes.

La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants Elle donne au juge les moyens de prévenir les violences avec un dispositif novateur, l'ordonnance de protection des victimes, elle adapte l'arsenal juridique à toutes les formes de violences et elle s'appuie sur de nouveaux moyens technologiques pour renforcer la protection des femmes victimes de violence.

La loi n° 2007-1631 du 20 novembre 2007 relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile étend les dispositions prévues s'agissant de la protection des conjoints victimes de violences au sein du couple (par exemple, protection pour les conjoints de français titulaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » et victimes de violences conjugales, qui ne se voient plus retirer leur titre de séjour, que la rupture de la vie commune soit prise à l'initiative de la victime ou de l'auteur).

La loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance prévoit l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple ou à l'encontre des mineurs. En outre, cette loi clarifie les hypothèses de levée du secret médical en cas de violences commises sur un mineur ou une personne vulnérable.

La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, elle renforce le cadre répressif notamment – en élargissant le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex ») et à de nouvelles infractions (meurtres – viols – agressions sexuelles). Elle complète et précise également les dispositions de la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales relatives à l'éviction du conjoint violent du domicile du couple. Elle reconnaît l'application de l'infraction de viol au couple marié. Ce dernier texte introduit également la notion de respect dans les obligations du mariage.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales facilite sur le plan pénal l'éloignement de l'auteur de violences (conjoint ou concubin) du domicile de la victime à tous les stades de la procédure devant les

juridictions répressives, tout en prévoyant, si nécessaire, la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.

La loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce qui met en place, au plan civil, la mesure d'éviction du conjoint violent du domicile conjugal (applicable au 1er janvier 2005)

La loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, les victimes mineures peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans à compter de leur majorité (c'est-à-dire jusqu'à leur 38 ans) pour les crimes (viols) et jusqu'à 10 ans à compter de leur majorité pour les délits (agressions sexuelles). Pour les faits antérieurs à cette loi, seules les victimes de crimes qui étaient mineures et pour lesquelles les faits n'étaient pas déjà prescrits, bénéficieront de cet allongement de délai. Quant aux victimes majeures, elles ont 10 ans, à compter de la date des faits, pour porter plainte en cas de viol et 3 ans s'agissant des agressions sexuelles.

La loi n° 2003-6 du 3 janvier 2003 a supprimé la procédure de médiation dans le cadre du harcèlement sexuel.

La loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, complétée par la loi du 3 janvier 2003 portant relance de la négociation collective en matière de licenciement économique supprime l'abus d'autorité dans le Code pénal, dans le Code du travail et dans les statuts des trois fonctions publiques. et condamne ainsi le harcèlement sexuel émanant d'un collègue. Il supprime les caractéristiques du harcèlement sexuel (ordres, menaces, contraintes ou pressions) dans le code du travail, les statuts des trois fonctions publiques et le code pénal. Il aménage la charge de la preuve : le salarié concerné « établit » des éléments de fait ; il appartient à l'employeur de prouver que les agissements ne constituent pas du harcèlement sexuel et que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à tout harcèlement.

Les lois des 15 juin 2000, 15 novembre 2001 et 9 septembre 2002 ont fait progresser les droits des victimes au niveau de leur information, de leur accueil et de leur prise en charge dans les commissariats et gendarmeries et au cours de la procédure judiciaire.

La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, la prescription des crimes sexuels à l'encontre des victimes mineures débute non plus à la date des faits mais à la majorité de la victime.

La loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs en apporte une définition précise.

Convention d'Istanbul - Ratifié par la France le 4 juillet 2014 :Vendredi 4 juillet 2014, la France a ratifié la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique. Cette convention, dite convention d'Istanbul, érige des standards minimums en matière de prévention, de protection des victimes et de poursuite des auteurs. Elle est entrée en vigueur en France le 1 novembre 2014. »

Source : Site du gouvernement. Arrêtons les violences. Comment l'état me protège ?

https://arretonslesviolences.gouv.fr/l-etat-vous-protege/comment-l-etat-me-protege#textes_de_reference

Annexe 15

Etat des lieux de la violence au sein du couple en 2021

(Source Enquête GENESE. Observatoire National des VFAP)

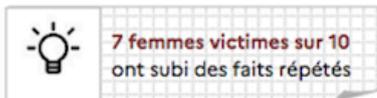
EN 2021

- **122 femmes** ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours
- **213 000 femmes majeures** déclarent avoir été victimes de **violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint** sur une année
Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte (chiffres 2018)
- **87 % des victimes** de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie **sont des femmes**
- **95 % des personnes condamnées** pour des faits de violences entre partenaires **sont des hommes**
- **94 000 femmes majeures** déclarent avoir été victimes de **viols et/ou de tentatives de viol** sur une année.
9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur
1 victime sur 10 déclare avoir déposé plainte (chiffres 2018)
- **87 % des victimes** de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie **sont des femmes**
- **96 % des personnes condamnées** pour violences sexuelles **sont des hommes**

PRÉVALENCE

Tableau 1

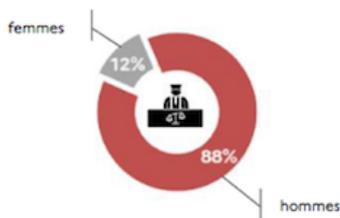
Effectifs et taux moyens de femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint au cours



	Nombre de femmes victimes sur un an	Répartition par type de violence (en %)	En % de la pop. de référence
Violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint	213 000	100	0,9
... dont violences uniquement physiques	152 000	71	0,7
... dont violences uniquement sexuelles	30 000	14	0,1
...dont violences physiques et sexuelles	31 000	15	0,1

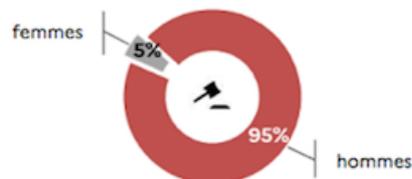
Graphique 2

Répartition des auteurs présumés de violences entre partenaires poursuivis selon le genre en 2021



Graphique 3

Répartition des condamnations pour violences entre partenaires en 2021 selon le sexe de l'auteur



CARACTÉRISTIQUES DES HOMICIDES AU SEIN DU COUPLE EN 2021



122 femmes victimes
d'homicide par leur
partenaire de vie

Et 190 femmes victimes
d'une tentative d'homicide



21 hommes victimes
d'homicide par leur
partenaire de vie



12 enfants tués



15 victimes collatérales

85%

des personnes tuées par leur (ex)-
conjoint.e en 2021

sont des femmes



1 femme sur 3

tuée par leur conjoint ou ex-conjoint avait
subi au moins une forme de violences antérieures

Graphique 1

Nombre annuel de décès liés aux
violences au sein du couple,
2006-2021



SOURCE

Etude nationale sur les morts violentes au sein de couple, année 2021, DAV, ministère de l'Intérieur.

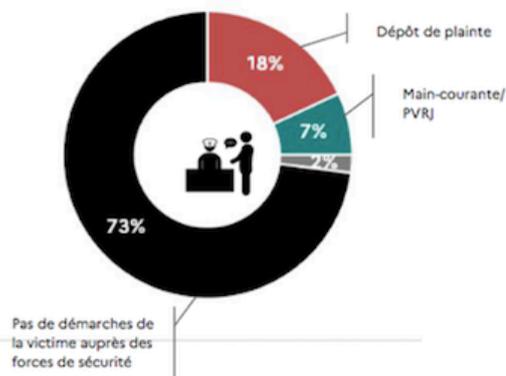
Champ : France

L'enquête dans son intégralité est disponible en suivant le lien :

www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021

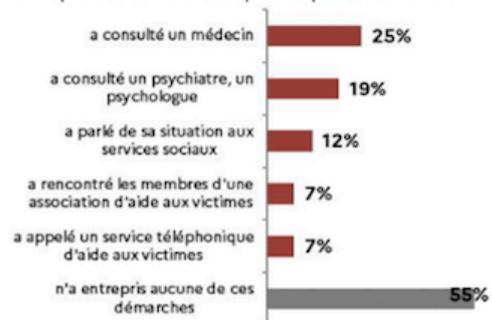
Graphique 1

Démarches entreprises par les femmes victimes de
violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou
ex-conjoint auprès des forces de sécurité



Graphique 2

Proportion de femmes victimes de violences physiques
et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant
entrepris des démarches auprès de professionnel.le.s



SOURCE

Source : CVS 2012-2019- INSEE-ONDRP-SSMSI

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans,

vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine

Graphique 1

Répartition des affaires de violences entre partenaires traitées en 2021 selon la décision du parquet (arrondis à la dizaine)



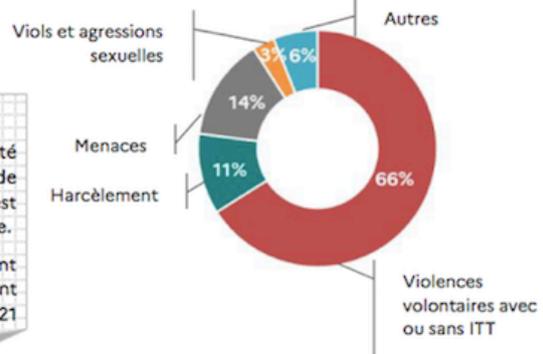
* classement sans suite



87 %
des victimes de violences par partenaire connues des services de police / gendarmerie **sont des femmes**

Graphique 2

Répartition des victimes de violences entre partenaires commises sur des femmes enregistrées par les forces de sécurité selon la nature de l'infraction principale



Les suicides suite au harcèlement par conjoint

Depuis 2020, le harcèlement de personne étant ou ayant été conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et conduisant au suicide ou à sa tentative est une incrimination distincte du délit de provocation au suicide.

En 2021, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 684 victimes ayant tenté de se suicider ou s'étant suicidé suite au harcèlement de leur (ex-)partenaire en 2021 (229 en 2020)

LE POIDS DES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE SUR L'ENSEMBLE DES VIOLENCES REPORTÉES PAR LES FEMMES AUX FORCES DE SÉCURITÉ



L'auteur présumé des faits commis contre une femme majeure est son **conjoint** ou **l'ex-conjoint** pour :

70 % des violences volontaires (hors vols avec violences)

40 % des viols

Entre 2020 et 2021, le nombre de femmes victimes de viol par conjoint enregistrées par les forces de sécurité a augmenté de **30 %**, celui des menaces de **24 %** et celui de harcèlement de **27 %**

SOURCE

Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) - Base des victimes de crimes et délits 2021
Champ : personnes physiques âgés de 18 ans ou plus, France

Annexe 16

Actions mises en œuvre en 2021

(Source Observatoire National des VFAF)

 Solidarité
Femmes

3919
appel anonyme et gratuit



3 211 Téléphones grave danger
actifs en juillet 2022

et **914** Bracelets anti-rapprochement
en activité en novembre 2022

EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES D'HÉBERGEMENT ENTRE 2020 ET 2021



9 019 places
au 31 décembre 2021



+ 76 % de places dédiées aux
femmes victimes de violences
entre 2017 et 2021

SOURCE

Source : Enquête sur le parc dédié aux femmes victimes de violences au 31 décembre 2021, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (Dihal)
Champ : France métropolitaine

L'ACTIVITÉ DE LA MÉDECINE LÉGALE RÉALISÉE DANS LES UMJ POUR DES VICTIMES DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

Le réseau de médecine légale du vivant comprend 47 Unités Médico-Judiciaires (UMJ). Les victimes sont accueillies dans ces UMJ sur réquisition judiciaire ou dans le cadre du recueil de preuves sans plainte. Le réseau est complété par un réseau de proximité (établissements publics de santé dépourvus de structures dédiées et médecins libéraux).

En 2021, en France, près de **31 600 personnes** ont été accueillies dans une UMJ pour des violences dans un contexte conjugal.

Il s'agit de **femmes majeures dans 85 % des cas.**

Les **1 189 victimes mineures** représentent 4% de l'ensemble.

Lorsqu'il s'agit d'hommes victimes (12 %), 9 sur 10 sont majeurs.



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DES PROFESSIONNELS SONT ENGAGÉS À VOS CÔTÉS

**TOUS MOBILISÉS
CONTRE LES
VIOLENCES FAITES
AUX FEMMES**



#NeRienLaisserPasser

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site :

ArretonsLesViolences.gouv.fr



NUMÉROS
D'URGENCE

17 114

Annexe 17

Modélisation de l'organisation « maison des femmes » inspirée la typologie de Mintzberg (Mintzberg, 1980)

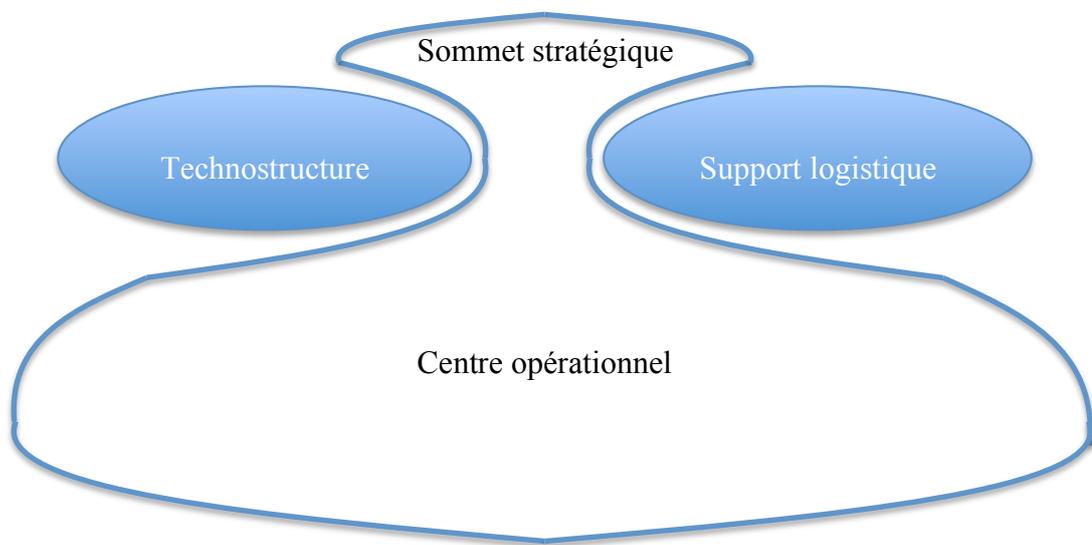
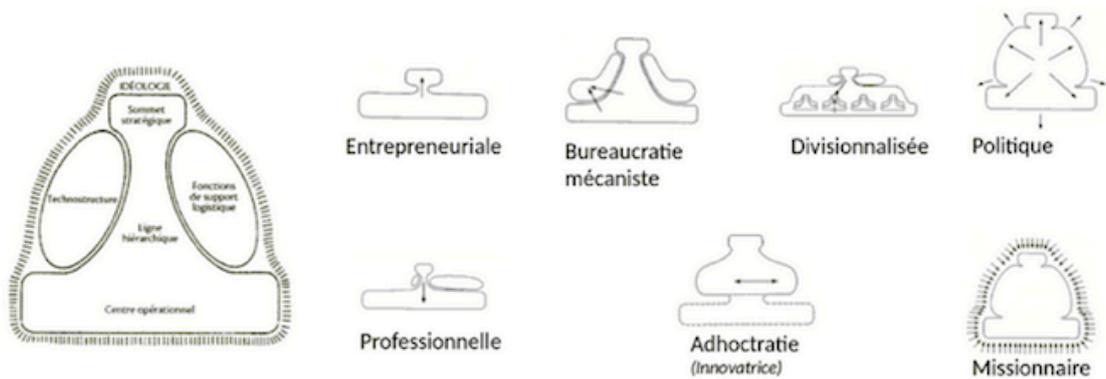
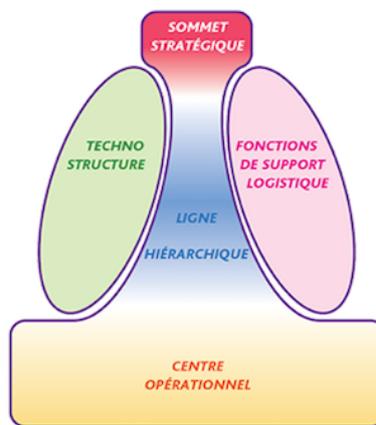


Figure 1 : modélisation de la maison des femmes

Annexe 18

Les 5 composantes fondamentales de l'organisation et les différents types de structures selon Mintzberg

(Mintzberg, 1980)



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE EXPLOITEE

OUVRAGES

AFFOLTER Isabelle. *Accueillir des femmes en détresse. Le quotidien d'un centre d'hébergement*. Érès, 2008 [Collection Éducation - Formation]. 144p.

BECKER Howard S. *Outsiders. Chapitre « Les entrepreneurs de morale »*. Métailié, 1985. [Collection Leçons de choses]. pp.171-188.

BERGER Peter, LUCKMANN Thomas. *La Construction sociale de la réalité*. 1966. rééd. Armand Colin, 1997. [Collection Références]. 342p.

BOURDIEU Pierre. *La misère du monde. Chapitre « Comprendre »*. Le Seuil. 1993. [Hors collection]. pp.903-925.

BOURDILLON François et al. *Traité de santé publique. Chapitre « Définitions de la santé publique »*. Lavoisier, 2016. [Collection Traités] pp. 3-6.

BROWNMILLER Susan. *Against Our Will: Men, Women and Rape*. Simon & Schuster. 1975. [Hors collection]. 480p.

BUNCH Charlotte, CARILLO Roxane. *Gender Violence: A Development and Human Rights Issue*. Attic Press. 1992. [Hors collection]. 24p.

BYDLOWSKI Monique. *Devenir mère*. Odile Jacob, 2020. [Hors collection]. 272p.

BYDLOWSKI Monique. *La transparence psychique de la grossesse. Études freudiennes*, 1991. [Hors collection]. pp. 2-9.

BYDLOWSKI Monique. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Puf, 1997. [Collection Le fil rouge]. 224p.

- CASTEL Robert. *Métamorphoses de la question sociale*. Fayard, 1995. [Collection Sciences Humaines]. 494p.
- CHESNAIS Jean-Claude. *Histoire de la violence en occident de 1800 à nos jours*. Laffont, 1981 [Collection pluriel]. 497p.
- COUTANCEAU Roland et al. *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Dunod, 2012. [Collection Psychothérapies]. 480p.
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Points, 2014. [Points essais]. 512p.
- DAUPHIN Cécile sous la dir. d'Arlette FARGE. *De la violence et des femmes*. Albin Michel, 1997. [Hors collection]. 201p.
- DECLERCK Patrick. *Les naufragés*. Terre humaine poche, 2003. [Collection Pocket]. 464p.
- DELPHY Christine. *L'ennemi principal I : Économie politique du patriarcat*. Syllepse, 1999. [Collection Nouvelles Questions Féministes]. 262p.
- DUC MARWOOD Alessandra, REGAMEY Véronique. *Violences et traumatismes intrafamiliaux*. Érès, 2020. [Collection Relations]. 328p.
- DUSSY Dorothée. *Le berceau des dominations : Anthropologie de l'inceste*. Pocket, 2013. [Collection Non fiction]. 402p.
- EL SAADAWY Nawal. In *The Hidden Face of Eve : Women in the arab world*. Zed Books Ltd, 1980.[Hors collection]. 368p.
- FOUCAULT Michel. *Dits et Ecrits (1954-1988)*, chapitre « Pouvoir et corps ». Gallimard, 2001. [Collection Quarto]. pp. 757-758.
- GREEN André, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, chapitre « La mère morte ». Éditions de Minuit. 1983. [Collection Critique]. pp.222-253 ».
- HATEM-GANTZER Ghada sous la dir. de René FRYDMAN et Muriel FLIS-TREVES. *La violence faite aux femmes. Déconstruction féminine*. Presses Universitaires de France, 2017.

[Hors collection]. pp. 55-61.

HERITIER Françoise. *De la violence I*. Odile Jacob, 2005. [Hors collection]. 396p.

HERMAN Elisa, LAGRAVE Rose-Marie. *Lutter contre les violences conjugales*, Presses universitaires de Rennes, 2016. [Le sens social]. 310p.

HOOKS Bell. *Feminist Theory: From Margin to Center*. South End Press. 1984. 174p.

JASPARD Maryse et al. *Les violences envers les femmes. Une enquête nationale*. La Documentation française. 2003. [Collection les Droits des femmes]. 370 p.

JASPARD Maryse. *Sociologie des comportements sexuels*. La Découverte, 2017. [Repères]. 128p.

JASPARD Maryse. *Les violences contre les femmes*. La Découverte, 2011. [Repères]. 128p.

LEES Sue. *Ruling Passions: Sexual Violence, Reputation and the Law*. Open University Press, 1997. [Hors Collection]. 224p.

MARISSAL Jean-Pierre, CHEVALLEY Charly. *Étude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France : rapport au Service des Droits des femmes et de l'égalité*. La Documentation française, 2007. [Hors collection]. 126p.

MAUSS Marcel. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Puf, 1925. [Quadrige]. 252p.

MEAD George Herbert. *L'Esprit, le soi et la société*. 1934. Réed. Puf, 2006. [Collection le lien social]. 428p.

MERTON Robert, READER George, KENDALL Patricia. *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, 1957. [Collection Harvard University Press]. 360p.

PARSONS Talcott. The professions and social structure. *Social forces*. Free Press, 1951. pp. 457-467.

PIZZEY Erin. *Crie moins fort, les voisins vont t'entendre*. Des Femmes, 1975. [Hors Collection]. 232p.

RONAI Ernestine, DURAND Edouard. *Violences conjugales. Le droit d'être protégée*. Dunod, 2017. [Collection Santé Social]. 312p.

SALMONA Muriel sous dir. COUTANCEAU Roland et al. *Trauma et résilience : victimes et auteurs. Chapitre 10 : Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Où comment soigner la mémoire traumatique permet aux victimes de se reconstruire, aux auteurs de renoncer à la violence, et évite la production sans fin de nouvelles violences*. Dunod, 2012 [Collection Psychothérapies]. pp. 113-120.

SALMONA Muriel. *Le livre noir des violences faites aux femmes 3e édition*. Dunod. [Hors collection]. 2022. 454p.

SALMONA Muriel. *Psychotraumatologie. Chapitre 5 : Mémoire traumatique et conduites dissociantes*. Dunod, 2020 [Collection Les ateliers du praticien]. pp.44-58.

WEBER Max. *Le savant et le politique*. 10-18, 1994. [Collections Bibliothèques 10-18 134]. 221p.

WINNICOTT Donald. *The good-enough mother*. Petite Bibliothèque Payot. [Collection Classiques] 2008. 123p.

ARTICLES

AMARO et al., « Violence during pregnancy and substance abuse ». *American journal of public health*. 1990. Vol.80. N°90. pp.575-579

BACCHUS Loraine, et al. « A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy », *Violence Against Women*, Vol. 12. N°6. 2006. pp.588-604.

BACCHUS Loraine, et al. « Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 113. 2004. pp.6-11.

BACCHUS Loraine et al. « Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy ». *BJOG*. Vol. 111. N°5. pp.441-445.

BACCHUS Loraine, et al. « Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital ». *Reproductive Health Matters*. Vol. 18. N°36. 2010. pp.147–157.

BACCHUS Loraine, et al. « Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service ». *BJOG*. Vol. 109. N°1. pp.9-16.

BADOUX Camille. « Erin Pizzey, *Crie moins fort, les voisins vont t'entendre* », Édition des Femmes. *Les cahiers du GRIF*. Vol.12. 1976. pp. 70-71.

BERENSON Abbey, et al. « Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents ». *Journal of adolescent health*. 1992. Vol.13. N°6. pp.466-469

BERENSON Abbey et al. « Drug abuse and other risk factors for physical abuse in pregnancy among white non-Hispanic, black, and Hispanic women ». *American journal of obstetrics and gynecology*. 1991. Vol.164. N°6. p.1491

BOUFETTAL Houssine et al. « Violence conjugale chez les femmes enceintes ». *La revue de médecine légale*. Vol. 3. N°2. 2012. pp-72-78.

BREHAT Cécile, THEVENOT Anne. « Traces psychiques de violences conjugales passées sur la grossesse et risque de prématurité ». *Union nationale des associations familiales : Recherches familiales*. N° 16. 2019. pp.129-140.

BROWN Judith Belle et al. « Development of the woman abuse screening tool for use in family practice ». *Family Medicine*. Vol. 28. N°6. 1996. pp.422-428.

BROWN Elizabeth, « Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine, The “Enveff” studies on violence against women in France and its overseas territories » *Revue du CRPLC*. Vol. 17. 2012. pp.43-59.

BROWN Elizabeth, FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, JASPARD Maryse. « Les paroxysmes de la conciliation, violence au travail et violence du conjoint ». *La Découverte. Travail, genre et sociétés*. Vol. 2. N° 8. 2002. pp.149-165.

CAMPBELL Jacquelyn et al. « Abuse during pregnancy in industrialize and developing Countries », *Violence against women*. Vol. 10. N°3. 2004. pp.770-789.

CAMPBELL Jacquelyn, et al. « Why battering during pregnancy ? » *AWHONNS Clinical Issues Perinatal and Women's Health Nursing*. Vol. 4. N°3. 1993. pp.343-349.

CAMPBELL et al. « Correlates of battering during pregnancy ». *Research in nursing & health*. 1992. Vol.15 N°3. pp.219-226

CANTIN Solange. « Le silence des victimes d'agression ou de harcèlement sexuel ». *Informelle*, Comité permanent sur le statut de la femme, Université de Montréal. 1993. pp4-6.

CASTRA Michel. « Identité ». in Paugam Serge (dir.). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? ». 2012. pp. 72-73.

CHANG Judy, et al. « Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers ». *Patient Education and Counseling*. Vol. 59. 2005. pp.141–147.

CORRIN Chris, et al. « La violence masculine contre les femmes: résistance et recherche féministes ». *Nouvelles Questions Féministes*. 1997. Vol. 18, N°3/4, pp. 9-47

COUTURIER Mathias. « Les évolutions du droit français face aux violences conjugales : De la préservation de l'institution familiale à la protection des membres de la famille ». *Dialogue Famille et couple*. 2011. Vol 1. N° 191. pp.67-78.

DE KONINCK Maria, CANTIN Solange. « La critique de l'ENVEFF signée par Marcela Iacub et Hervé Le bras ou l'arroseur arrosé ». *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 23. 2004. pp.72-82.

DELAGE Michel et al. « Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique ». Médecine & Hygiène. *Thérapie Familiale*. Vol. 33. 2012. pp.105-121.

DEVRIES Karen et al. « Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries ». *Reproductive health matters*. Vol.18. N°36. 2010. pp.158-170.

DIQUELOU Jean-Yves. et al. « Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis ». *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. Vol.37. N°4. 2008. pp.365-378.

DUGGAN C. Anne et al. « Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: impact in reducing parental risk factors ». *Child Abuse & Neglect*. Vol.28. N° 6. 2004. pp.623-643

ENGNES Kristin et al. « Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy ». *Int J Qual Stud Health Well-being*. Vol. 7. 2012.

ESCOT Tiffany. « Pour une approche autre des violences faites aux femmes », *Vie sociale et traitements*. Vol. 4. N° 152. 2021. pp.84-89.

FOLLINGSTAD, Diane et al. « Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women ». *Journal of Family Violence*. 1991. Vol.6. N°1. pp.81-95.

FOUGEYROLLES SCHWEBEL Dominique. « Le contrat social des sexes ». *Les Cahiers du Genre*. Vol. 24. N°1. 1999. pp.135-144.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, JASPARD Maryse. « Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF ». *Association Féminin Masculin Recherches, Cahiers du Genre*. Vol. 2. N° 35. 2003. pp.45-70.

FRAY Anne Marie, PICOULEAU Sterenn. « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail ». *Management & Avenir Ed*. Vol. 8. N° 38. 2010. pp.72-88.

GARCIA-MORENO Claudia, et al. « Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence ». *WHO Multi-*

country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. WHO. 2006.

GARCIA-MORENO Claudia, STOCKL Heidi. « Protection of sexual and reproductive health rights : Adressing violence against women ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 106. 2009. pp.144-147.

GAZMARARIAN et al. « Prevalence of violence against pregnant women ». *International journal of gynecology and obstetrics*. Vol. 55. N°3. 1996. p.321-321

GAZMARARIAN et al., « The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns » *Obstetrics and gynecology*. Vol.85. N°6. 1995. p.1031-1038

GILLIOZ et al. « Domination et violence envers la femme dans le couple ». *Recherches féminines*. Vol. 11. N°1. 1998. pp.313-315.

GOODMAN Lisa, KOSS Mary, RUSSO Nancy. « Violence against women: physical and mental health effects. Part I. Research findings ». *Applied and Preventive Psychology*. Vol. 2, N°2. 1993. pp.79-89.

GUILLAM Marie-Thérèse et al. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique. *Institut de veille sanitaire*. 2014

GUILLAUMIN Colette. « Femmes et théories de la société : remarques sur les effets théoriques de la colère des opprimées. *Sociologie et sociétés*. Vo.13. N°2. 1981. pp.19-32

HANMER Jalna. « Violence et contrôle social des femmes ». *Nouvelles questions féministes*, N°1. 1977. pp.68-88.

HATCHER Abigail et al. « Social context and drivers of intimate partner violence in rural Kenya: implications for the health of pregnant women ». *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 15. N°3/4. 2013. pp.404-419.

HELTON A, McFARLANE J et ANDERSON E. « Battered and pregnant: a prevalence study ». *American journal of public health*. 1987. Vol.77. N°10. p.1337-1339.

HENRION Roger. « Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. N°34 (suppl. au n°1). 2005. pp.62-67.

IACUB Marcelle et LE BRAS Hervé, « *Homo mulieri lupus ?* À propos d'une enquête sur les violences envers les femmes », *Les temps modernes*, Vol.2. n°623. 2003. pp.112-134.

JASPARD Maryse, ALET Claire. « Les violences faites aux femmes sont devenues un objet social et politique ». *Alternatives économiques*. Vol. 374. N°12. 2017. p26.

JASPARD Maryse, CHETCUTI Natacha. « Violences envers les femmes : trois pas en avant, deux pas en arrière ». *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 28. 2009. pp.123-127.

KASS et al. « Pregnant women's knowledge of the human immunodeficiency virus: Implications for education and counseling ». *Women's health issues*. 1992. Vol.2. N°1. p.17-25.

LONG Alicia et al. « Screening in the Prenatal Period for Intimate Partner Violence and History of Abuse: A Survey of Edmonton Obstetrician/Gynaecologists ». *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. Vol. 41. N°1. 2019. pp.38-45.

MACMILLAN Ross et GARTNER Rosemary. « When She Brings Home the Bacon: Labor-Force Participation and the Risk of Spousal Violence against Women ». *Journal of Marriage and Family*. Vol. 61. N°4. 1999. pp. 947-958.

MARTIN Sandra et al. « Intimate Partner Violence and Women's Depression Before and During Pregnancy ». *Violence Against Women*. Vol. 12. N°3. 2006. pp.221-239.

McFARLANE Judith, et al. « Abuse During Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for Women's Health ». *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol.100. N°1. 1993. pp.27-36.

McFARLANE Judith et al., « Abuse during Pregnancy: Frequency, Severity, Perpetrator, and Risk Factors of Homicide ». *Public health nursing*.1995. Vol.12. N°5. p.284-289.

MINTZBERG Henry. « Structure in 5's : A Synthesis of the Research on Organization Design ». *Management Science*. Vol. 26. N°3. 1980. pp.322-341.

- MIPROF. « Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2020 ». *La Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux femmes N°17*. 2021. 25p.
- MOLENAT Françoise et al. « Vulnérabilité psychique et fonction de coordination ». *Revue de médecine périnatale*. Vol. 5. 2013. pp.14-21.
- MUHAJARINE Nazeem, D'ARCY Carl. « Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors ». *CMAJ*. Vol.160. N°7. 1999. pp.1007-11.
- MURPHY Claire et al. « Abuse: a risk factor for low birth weight ? A systematic review and meta-analysis ». *CMAJ*. Vol.164. N°11. 2001. pp.1567–72.
- O'CAMPO Patricia et al. « Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings : Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social science & Medecine*. N°72. 2011. pp.855-866.
- O'REILLY Rebecca et al. « Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care : A Systematic Review ». *Trauma, Violence & Abuse*. Vol.11. N°4. 2010. pp.190-201.
- ONU. « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ». New York. *ONU*, 1993. pp.341-347.
- PALLITTO Christina et al. « Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature ». *Trauma Violence & Abuse*. Vol.6. N°3. 2005. pp.217-35.
- PARKER Barbara, al. « Testing an Intervention To Prevent Further Abuse to Pregnant Women ». *Research in Nursing & Health*. Vol. 22. 1999. pp.59–66.
- RAE-GRANT Quentin. « Physical abuse in pregnancy : what can we do about it ? » *Canada Medical Association Journal*. Vol. 149. N°9. 1993. pp.1237-1238.
- RICHARDSON Jo, et al. « Women who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice ». *Br J Gen Pract*. Vol.51. N°467. 2001. pp.468-470.

RIOU Diane et al. *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*. 2003. Montréal : Institut de la statistique du Québec.

ROMANO Hélène. « Femme enceintes victimes de violences conjugales ». *Diplômées*. Vol. 262. N°1. 2017. pp.77-93.

SHAMU Simukai et al. « A Systematic Review of African Studies on Intimate Partner Violence against Pregnant Women: Prevalence and Risk Factors ». *Plos One*. Vol. 6. N°3. 2011. pp.1-9.

SHAMU Simukai et al. « Opportunities and obstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during care in Zimbabwe ». *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 15. N°5-6. 2013. pp.511-524.

SHUMWAY Joseph et al. « Preterm labor, placental abruption, and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse ». *J Matern Fetal Med*. Vol.8. N°3. 1999. pp.76–80.

SHAW Dorothy. « “Screening” for domestic violence. ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Vol.25. N°11. 2003. pp. 918-921.

SSMSI. « Panarama des violences en France Métropolitaine ». Enquête Genese. 2022.

SSMSI. Ministère de l’intérieur et des Outre-mer. Rapport d’enquête « Cadre de vie et sécurité ». Victimation, délinquance et sentiment d’insécurité. 2018.

STOCKL Heidi, GARDNER Frances. « Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany ». *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 15. No. 9/10. 2013. pp.1206- 1220.

STOCKL Heidi, et al. « Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors ». *Reproductive health matters*. Vol. 18. N°36. 2010. pp.171-180.

SUNITA Lal et al. « Spouse Abuse in Pregnancy: A Survey of Physicians’ Attitudes and Interventions ». *Journal SOGC*. Vol. 21. N°6. 1999. pp.565-572.

TABASSUM NAVED Ruchira, PERSSON Lars. « Factors Associated with Physical Spousal

Abuse of Women during Pregnancy in Bangladesh ». *International Family Planning Perspectives*. Vol. 34. N°2. 2008. pp.71-78.

TAILLIEU Tamara, BROWNRIDGE Douglas. « Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research ». *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 15. 2010. pp.14–35.

TORRES Sara, et al. « Abuse during and before pregnancy: prevalence and cultural correlates ». *Violence and Victims*. Vol.15. N°3. 2000. pp.303-321.

WEISS Erica, LONGHURST James, MAZURE Carolyn. « Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychological and neurobiological correlates ». *Am J Psychiatry*. Vol. 156. 1999. pp.816-828.

WILLIAMS, L. M. « Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memory of child sexual abuse ». *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol.62. N°6. 1994. pp. 1167-1176.

WINSLOW C.E.A., « The Untilled Fields of Public Health ». *Science, new series*. Vol. 51, N° 1306. 1920. p. 30.

INTERNET

DREES, Démographie des professionnels de santé : psychologues. 2022. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

HAS. « Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer – évaluer ». Saint-Denis La Plaine. 2019. URL : http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf

INSERM, Rapport sur l'EMDR : EMDR en France. 2022. <https://www.ifemdr.fr/rapport-inserm-sur-lemdr-lemdr-en-france/>

OMS. « Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional

prevalence estimates for non-partner sexual violence against women ». Genève. 2021.

OMS. « COVID-19 et violence à l'égard des femmes : ce que le secteur et le système de santé peuvent faire ». 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331762/WHO-SRH-20.04-fre.pdf>

OMS. « Violence à l'encontre des femmes ». Mars 2021. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

ONU Femmes. Déclaration et Programme d'action de Beijing. 1995 https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_F_Final_WEB.pdf

ONU. RESPECT des femmes : Prévenir la violence à l'égard des femmes – Manuel de mise en œuvre. 2020 <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2020/07/respect-women-implementation-package>

République Française, Santé Publique France, INSERM, Enquête Nationale Périnatale, Rapport 2021. 2022. 294p. <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>

Walby Sylvia. The Cost of Domestic Violence. National statistics, Women and Equality Unit. University of Leeds. 2004. 117 p. http://www.devon.gov.uk/cost_of_dv_report_sept04.pdf

World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. 2001. Putting women first : ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. World Health Organization. 31p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65893>

GOUVERNEMENT. Violences faites aux femmes : le gouvernement s'engage. Dossier de presse. 2021. <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossier-de-presse-mesures-contre-les-violences-faites-aux-femmes>

MARISSAL Jean-Pierre, CHEVALLEY Charly. Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France. Rapport au service des droits des femmes et de l'égalité. <https://www.vie-publique.fr/rapport/28749-etude-de-faisabilite-dune-evaluation-des-repercussions-economiques-des>

CES. Rapport Wresinski. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». 1987.
<https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>

AUTRES SUPPORTS

BALDY Guillaume. Série « Ghada Hatem dans l'intimité des femmes. Episode 4 : À la maison des femmes. » Emission « A voix nue ». France culture. 2023. 30 mn
https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-ghada-hatem-dans-l-intimite-des-femmes?at_medium=Adwords&at_campaign=france_culture_search_thematiques&gclid=EA1aIQobChMIm-aEysWS_wIV54JoCR1k6gWuEAAYASAAEgJBnfD_BwE

BALDY Guillaume. Série « Ghada Hatem dans l'intimité des femmes. Episode 3 : Combattre la violence faites aux femmes. » Emission « A voix nue ». France culture. 2023. 26 mn
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/a-voix-nue/combattre-les-violences-faites-aux-femmes-4309298>

COMBIS Hélène. Violences faites aux femmes : une chronologie en dix dates avec Benoîte Groult. Radio France. 2017. 24mn. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult-3482004>

ISENI Bernard. Les mondes de la santé publique : excursions anthropologiques. Naissance de la santé publique. 2021a. 57mn. <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/cours/les-mondes-de-la-sante-publique-excursions-anthropologiques/naissance-de-la-sante-publique>

ISENI Bernard. Les mondes de la santé publique : excursions anthropologiques. Vérité du chiffre. 2021b. 59mn. <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/cours/les-mondes-de-la-sante-publique-excursions-anthropologiques/verite-du-chiffre>

Titre du mémoire

Les maisons des femmes

Espaces transitionnels de prise en charge

Résumé

Le présent travail explore les nouvelles structures appelées « Maisons des femmes » dont la première a été créée en 2016 par le Dr Ghada Hatem à Saint-Denis (93). Ces maisons proposent une prise en charge spécifique et adaptée aux femmes victimes de violence. Dans notre recherche, nous avons étudié dans le détail, les multiples dimensions que prenait la prise en charge des femmes enceintes victimes de violence au sein de ces structures. Au travers, d'entretiens semi-directifs, les utilisatrices, les intervenants de ces structures mais aussi les professionnels travaillant à proximité dans les structures conventionnelles, nous avons pu analyser cette prise en charge sous plusieurs angles différents et complémentaires. Cela nous a permis d'en percevoir toute la complexité et l'intérêt dans le contexte actuel.

Mots clés

Femmes enceintes. Violence. Maison des femmes. Prise en charge. Santé. Victime. Grossesse. Suivi. Organisation. Sociologie.

Nombre de pages

171

Nom Prénom de l'auteur

Mme Perret Julie née Muller

Nom Prénom de la directrice de mémoire

Mme Patok Malgorzata

Année universitaire

Master Economie et Gestion de la santé. Paris Dauphine. Promotion 2022-2023