



**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE  
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022**

Impact de la crise sanitaire due à la Covid-19 sur la prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes du Bas Rhin, intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

**MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR**

**Coralie SCHAEFFER**

**Née le 5 octobre 1998 à SCHILTIGHEIM**

**Présidente du jury : Madame Sandrine VOILLEQUIN**

**Directrice de mémoire : Madame Mathilde REVERT, PhD**





**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE  
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022**

Impact de la crise sanitaire due à la Covid-19 sur la prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes du Bas Rhin, intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

**MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR**

**Coralie SCHAEFFER**

**Née le 5 octobre 1998 à SCHILTIGHEIM**

**Présidente du jury : Madame Sandrine VOILLEQUIN**

**Directrice de mémoire : Madame Mathilde REVERT, PhD**

## Remerciements

Je remercie Madame Mathilde Revert, sage-femme enseignante, Docteur en Santé Publique et directrice de ce mémoire pour le temps que vous m'avez accordé, vos relectures, votre soutien et surtout vos encouragements dans la rédaction de ce travail.

Merci à l'équipe pédagogique de l'école de Sages-femmes de Strasbourg pour la richesse de leurs enseignements.

À toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et particulièrement aux sages-femmes pour leurs réponses à mon étude.

À Lisa, Faten, Camille, Laura, Emilia et Céline sans qui ces cinq années n'auraient pas été aussi belles. Merci particulièrement à Lisa pour ces séances de révisions hebdomadaires et pour tes conseils aussi précieux qu'indispensables.

Merci à Capucine et Bruno pour votre écoute, votre amitié à toute épreuve.

Mes remerciements vont également à mes parents et mes grands-parents pour leurs encouragements tout au long de mes études. À ma maman pour sa patience et son aide notamment dans la relecture de ce travail.

À Papi L, parti trop tôt, pour ses valeurs et le soutien inconditionnel apporté à ses petits-enfants.

À Guillaume pour ton amour et ta présence réconfortante, merci pour ta joie de vivre au quotidien.

## **Abréviations**

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CUS : Communauté urbaine de Strasbourg

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PRADO : Programme de Retour à Domicile

## **Table des matières**

I.	Introduction .....	3
1.	Les violences conjugales, un problème de santé publique à l'échelle mondiale et reconnu cause nationale .....	3
2.	Violences conjugales et conséquences sur la grossesse .....	4
3.	Des violences sous dépistées .....	4
4.	Covid-19 : mesures gouvernementales et violences conjugales .....	6
5.	Difficulté de suivi des patientes .....	7
6.	Problématiques.....	7
7.	La téléconsultation.....	8
II.	Matériel et méthodes .....	11
1.	Type d'étude, choix de l'outil et variables collectées .....	11
1.1	Type d'étude.....	11
1.2	Choix de l'outil et variables collectées .....	11
2.	Population.....	13
3.	Procédure de diffusion.....	13
4.	Recueil et analyse des données.....	13
III.	Résultats.....	15
1.	Description de la population .....	16
1.1	Mode d'exercice .....	16
1.2	Type d'exercice .....	16
1.3	Âge des répondants .....	17
1.4	Date d'obtention du diplôme d'État.....	18
1.5	Lieu d'exercice.....	18
2.	Formations.....	18
3.	Fréquence et dépistage des violences conjugales durant les séances de téléconsultation .....	19
4.	Intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales.....	21
4.1	Échelle de Likert.....	21
4.2	Questions ouvertes.....	25
IV.	Discussion .....	28
1.	Forces et limites de l'étude .....	28
1.1	Forces de l'étude .....	28

1.2	Limites de l'étude.....	30
2.	Confrontation aux données de la littérature.....	31
2.1	Intérêts et limites dans le dépistage des violences conjugales.....	31
2.2	Applications et recommandations issues de la littérature.....	35
3.	Bilan de l'étude.....	37
V.	Conclusion générale et perspectives.....	40
VI.	Références bibliographiques.....	42
VII.	Annexes.....	46

Annexe I : Questionnaire

Annexe II : Baromètre du l'ordre national des sages-femmes entre le 7 et le 13 novembre 2020 extrait du Site du Conseil National de L'ordre des Sages-Femmes : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>

Annexe III : Baromètre du l'ordre national des sages-femmes entre le 9 et le 30 décembre 2020 extrait du Site du Conseil National de L'ordre des Sages-Femmes : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>

### **Table des tableaux**

Tableau 1	: Ocurrence des arguments avancés par les professionnels dans les questions ouvertes.....	27
-----------	---	----

### **Tables figures**

Figure 1	: Diagramme de flux.....	15
Figure 2	: Répartition des modes d'exercice (n=13).....	16
Figure 3	: Types d'exercices proposés par les sages-femmes (n=13).....	17
Figure 4	: Âge des sages-femmes (n=13).....	17
Figure 5	: Répartition des dates d'obtention des diplômes d'État des répondants (n=13).....	18
Figure 6	: Fréquence de la pratique de la téléconsultation par les répondants (n=13).....	20
Figure 7	: Nombre de répondants ayant posé la question des violences conjugales durant la téléconsultation (n=9).....	20
Figure 8	: Échelle de perception des intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales (n=9).....	23
Figure 9	: Intérêts et limites de la téléconsultation (n=9).....	24
Figure 10	: La téléconsultation pourrait être poursuivie même en dehors des périodes de confinement, sans pour autant perturber le dépistage des violences conjugales (n=9).....	25

## I. Introduction

### 1. Les violences conjugales, un problème de santé publique à l'échelle mondiale et reconnu cause nationale

L'Organisation des Nations unies (ONU) définit les violences conjugales comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».(1)

En outre, sur des données récentes recensées par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), une femme sur trois est victime de violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie, ce qui en fait «l'atteinte aux droits humains la plus répandue mais parmi les moins signalées».(2) Du fait de cette prévalence élevée, les violences conjugales sont considérées comme un problème majeur de santé publique au niveau mondial. En effet, bien que souvent cachées par les victimes, ces violences sont probablement sous déclarées et encore bien souvent difficiles à dépister et à prévenir.

Au sein de l'Union Européenne, une femme sur cinq a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et presque une sur deux de violences psychologiques.

Dans une étude nationale française sur les morts violentes au sein du couple, réalisée en 2020, par le Ministère de l'intérieur, 125 morts violentes et 238 tentatives d'homicide au sein du couple ont été recensées par les services de police et de gendarmerie. Les femmes en sont les principales victimes, on en dénombre 102 au total pour cette même année. En effet, les femmes représentent 82% des victimes. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 35 % étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon (3).

Selon une revue de la littérature réalisée sur Pubmed entre 2012 et 2015, incluant 7177 références, on observe que comparées aux femmes non victimes, les victimes ont 60% de problèmes de santé en plus. On retrouve effectivement, des lésions traumatiques, des troubles psychologiques pouvant s'exprimer par de l'anxiété, la dépression et notamment du post-partum, des troubles psychosomatiques, des troubles du sommeil, de l'alimentation, ou encore des syndromes post traumatiques

ou des tentatives de suicide. On retrouve aussi davantage de troubles gynécologiques tels que des maladies sexuellement transmissibles(4).

## 2. Violences conjugales et conséquences sur la grossesse

Selon l'ouvrage *Violences conjugales et familles* co-dirigé par Muriel Salmona et Roland Coutenceau dans le chapitre 7 traitant de la grossesse à l'épreuve des violences conjugales, la grossesse est une période propice au développement ou à l'accentuation des violences au sein d'un couple. Les femmes enceintes seraient près de 10% à subir des violences durant la grossesse.

De surcroît, pour 40% des victimes, la grossesse a été un facteur déclenchant. C'est un facteur aggravant pour 2/3 d'entre elles et les femmes ayant déclaré de plus mauvais traitements a été multiplié par quatre pendant la grossesse (5).

Par ailleurs, on note que les femmes les plus victimes, sont les femmes en âge de procréer.

Selon une étude réalisée dans 26 États américains et recensant 118 579 données de femmes enceintes, un article de Jay D Silvermann *et al*, démontrait que les femmes subissant des violences dans l'année précédant la grossesse présentaient un risque accru de pathologies obstétricales. Il y a une augmentation du risque de 90% pour les métrorragies, 60% pour la rupture prématurée des membranes, plus de 48% pour le diabète et plus de 40% pour l'hypertension artérielle. La violence que subissent ces femmes pendant la grossesse est néfaste pour elles mais aussi et surtout pour l'enfant qu'elles portent. On constate davantage d'accouchements prématurés, de nouveau-nés ayant un faible poids de naissance et des nourrissons étant plus souvent admis en soins intensifs par rapport aux femmes ne signalant pas de violence conjugale.

En plus, des sévices physiques les violences faites aux femmes enceintes sont à l'origine de troubles psychologiques et neurologiques. Ces troubles se poursuivent dans le post-partum dans 90% des cas (6).

## 3. Des violences sous dépistées

Rappelons que ces violences souvent taboues sont cachées par les femmes, la plupart du temps, sous la contrainte de l'agresseur. Une des causes expliquant le défaut de dépistage réside dans le manque de formation des professionnels, quel que soit leur

corps de métier : forces de l'ordre ou professionnels de santé.

En effet, les professionnels de santé et en particulier les sages-femmes sont en première ligne quant au dépistage de ce problème de santé publique. Ce sont des acteurs clés qui œuvrent pour la santé des femmes. Ainsi, selon une enquête réalisée du 1er Juin au 10 Novembre 2014 auprès de 1 474 sages-femmes en activité, par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) 97% d'entre elles estiment avoir un rôle à jouer dans le dépistage de ces violences. Mais le manque de formation a été identifié comme le principal obstacle pour 58% d'entre elles. De la même façon, le caractère délicat de la problématique peut induire des difficultés au dépistage pour 49% d'entre les répondants. 47% mettaient en cause l'absence de procédure claire. Pour 28% des répondants l'un des deux principaux obstacles était le manque de temps. Enfin, pour 19% des répondants il s'agissait du manque de relais (7). Paradoxalement, le dépistage des risques psychosociaux dont les violences conjugales font partie, représente une compétence figurant dans le référentiel métier de la profession de sage-femme (8). On sait pourtant que ces déviations, dépistées précocement peuvent être évitées voire sauver des vies. Depuis peu, un certain nombre de mesures sont prises afin de lutter contre les violences familiales.

En effet, un renforcement du cadre législatif et une mobilisation des services publics ont été mis en place. Malheureusement, aucune diminution significative du nombre de femmes déclarant être victimes de violences de la part de leur conjoint n'a été observée. Suite à un travail dirigé au Sénat en 2016, treize recommandations ont été définies, se basant sur un meilleur dépistage de ces violences par les professionnels de santé en approfondissant leur formation et, à défaut, une meilleure prise en charge des victimes. Ainsi, on parle d'une véritable mobilisation nationale dans la mesure où quatre lois spécifiques ont été adoptées en 2006, 2010, 2012 et 2014. En plus des lois entrées en vigueur, on peut voir que quatre plans interministériels se sont succédés depuis 2005 et s'axent tous sur la promotion de l'autonomie des femmes : structures d'hébergement jusque-là insuffisantes, leur protection et l'information de l'opinion publique. La meilleure prise en charge des auteurs y est également discutée, afin de prévenir les récidives. Le troisième plan a été particulièrement important car il a défini les violences faites aux femmes comme « une grande cause nationale » et pour la première fois, les enfants exposés ont été mis au centre de la discussion.(9)(10)

#### 4. Covid-19 : mesures gouvernementales et violences conjugales

Actuellement, nous vivons une crise sanitaire sans précédent du fait de l'explosion du virus de la Covid-19. En effet, le SARS-CoV-2 est apparu en janvier 2020 en Chine et depuis le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la situation mondiale de pandémie. Afin de lutter contre la propagation du virus, le gouvernement a pris des mesures de protection tel que le confinement entre autres (11). On a constaté au cours des derniers mois, et plus particulièrement à partir de la mise en place du confinement, une augmentation importante des violences intra familiales et surtout des violences conjugales. L'ONU parle de « pandémie fantôme ».(12)

Avant le confinement, le numéro d'urgence pour les violences faites aux femmes : 3919, recensait en moyenne 10 000 appels par mois contre 30 000 en avril 2020.(13) De la même façon, avant le confinement la plateforme de tchat [arretonslesviolences.gouv.fr](https://arretonslesviolences.gouv.fr) recensait 13% de signalements de violences intra familiales contre plus de 50% entre le 16 mars et le 4 mai 2020 (13).

Par ailleurs, du 17 mars au 2 mai 2019 on comptait environ 52 000 interventions au domicile pour différend familial, en 2020 ce chiffre s'élevait à plus de 70 000 interventions sur la même période (13).

Paradoxalement, il faut noter que dans certains pays comme l'Italie, le taux de violences conjugales a significativement augmenté pendant les phases de confinement mais le taux de signalement a diminué. Ainsi, il faut comprendre cela comme une conséquence négative des mesures restrictives employées contre la pandémie (14).

Pour lutter contre l'accroissement et surtout l'aggravation de ces violences le gouvernement a renforcé son action par le recours à plusieurs dispositifs : la mise en place de dispositifs d'écoute et d'alerte tels que le numéro d'urgence 3919, le renforcement de la plateforme de signalement « arrêtons les violences » par le biais de tchat et d'applications, l'accès au 114 pour toutes les victimes, les dispositifs d'alerte dans les pharmacies, la création de points d'accueil éphémères dans les centres commerciaux, les campagnes sur les réseaux sociaux, les interventions et jugements des auteurs plus rapides, les hébergement des victimes (13) (15). Plusieurs enjeux se sont dégagés : libérer la parole des victimes, les protéger et enfin les libérer (13).

## 5. Difficulté de suivi des patientes

Durant la première phase de cette crise sanitaire la région Grand Est a été l'une des plus touchées par le virus selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (16). En effet, le confinement est entré en vigueur le 12 mars 2020. Au 7 mars 2020 on recensait 949 cas en France métropolitaine dont 250 dans la région Grand Est (17). Ainsi, les professionnels ont dû s'adapter rapidement et mettre en place de nouveaux moyens pour le suivi médical de leurs patients.

Durant la première phase de confinement, une diminution du suivi médical des malades chroniques a été observé, les patients avaient tendance à ne plus se présenter aux rendez-vous médicaux.

Les femmes enceintes n'ont pas fait exception. En effet, on a constaté une diminution de leur présence aux rendez-vous de suivi. Un rapport de la conférence nationale de santé établi par le Ministère de la Santé et de la Solidarité fait état de cette problématique : « Les professionnels de santé ont pu constater une diminution importante des recours aux soins hors Covid-19 en ville et en établissement, en particulier pendant le premier confinement. Les personnes atteintes de pathologies chroniques, les femmes enceintes et les enfants, ou plus généralement toute autre personne souffrant d'une infection autre que la Covid-19, ont renoncé aux soins par crainte d'être contaminé, ou considérant leur condition de santé comme secondaire par rapport à celle des malades de la Covid-19. Ce renoncement entraîne des pertes de chance, dommages collatéraux de la crise sanitaire. » (18) Il en a été de même pour la profession de sage-femme, comme l'indique le baromètre établi par l'ordre national des sages-femmes, 33,7% des professionnels ont constaté un renoncement au suivi de la part des patientes lors de la deuxième semaine de novembre 2020. (19) (annexe II). Entre le 9 et le 30 décembre 2020 ce chiffre s'élevait à 38%. Selon ce deuxième baromètre, il y avait une réelle volonté de maintenir la continuité des soins de la part des professionnels (20). (Annexe III)

## 6. Problématiques

Ainsi, la crise sanitaire actuelle met en lumière un paradoxe majeur. Alors que nos dirigeants mettent en place des moyens pour tenter de nous protéger d'une pandémie sans précédent, comment ces mesures nous exposent-elles davantage à d'autres

problèmes de santé publique ? Pour faire suite à la justification de l'étude, la thématique retenue dans le cadre du travail de recherche s'est intéressée aux violences à l'égard des femmes et au rôle qu'ont continué de jouer les sages-femmes dans ce contexte si particulier. Il a été intéressant de dégager les adaptations qu'elles ont dû mettre en jeu afin de contrer ces violences grandissantes. Pour l'OMS ce niveau d'implication est à la hauteur d'une implication des droits de l'Homme : « Les violences faites aux femmes constituent une violation de ces droits, ainsi le gouvernement doit reconnaître le risque majeur auquel sont exposées ces femmes en temps de confinement » (21).

Les professionnels se voient imposer un véritable challenge : ils doivent s'adapter afin de ne pas laisser ces femmes livrées à elles-mêmes. Compte tenu des données actuelles et des obstacles concernant le dépistage il paraît pertinent de poursuivre et d'encourager le dépistage de ces violences. En effet, les violences faites aux femmes sont « l'atteinte aux droits humains la plus répandue mais parmi les moins signalées » (2). Ce nouveau paradoxe montre encore une fois que les professionnels de santé en contact de ces femmes doivent faire preuve de tact afin de pouvoir les aider. Les sages-femmes sont en première ligne puisque leur patientèle : femmes enceintes et en âge de procréer représentent une population plus à risque d'être victime de ces violences.

Il est pertinent de s'interroger sur la place que peuvent avoir des professionnels de santé tels que les sages-femmes dans ce contexte. En effet, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) s'est appuyé sur les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) pour donner des directives aux sages-femmes réalisant le suivi pré et post-natal durant cette période. Par exemple, il est recommandé d'espacer les rendez-vous pour limiter les rencontres, privilégier la téléconsultation ou encore appeler les patientes avant chaque rendez-vous afin de s'assurer qu'elles ne présentaient pas de symptôme. Il était fondamental de permettre aux patientes de poursuivre leur suivi (22).

## 7. La téléconsultation

La Haute Autorité de Santé (HAS) a préconisé de poursuivre le suivi des femmes enceintes en ville au maximum, mais d'adapter la prise en charge en fonction de la

patiente et de sa situation. La téléconsultation a été vivement conseillée (23). En effet, un article traitant des solutions numériques apportées à l'accroissement des violences stipule que « les preuves montrent que certains survivants de la violence familiale préfèrent l'aspect pratique et la confidentialité des interventions basées sur la technologie et le soutien en ligne guidé (par opposition aux services en personne tels que le conseil de groupe et la thérapie individuelle), ce qui en fait une forme d'intervention hautement acceptable. »(12)

La téléconsultation incluse dans la télémédecine a donc été un des moyens mis en œuvre pour poursuivre le suivi des patientes. Elle est définie par la HAS comme : « une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémédecine : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale. » (24)

Mais il semble important de préciser que les séances de téléconsultation n'échappent pas aux règles de bonnes pratiques dans le dépistage des violences conjugales. En effet, afin que les patients puissent se confier librement il en va de respecter les règles de confidentialité, d'éducation universelle et d'autonomisation ainsi que de soutien. De la même façon les règles de bonnes pratiques médicale énoncées par le General Medical Council ne font pas exception(25).

Ces règles stipulent qu'il faut : faire de la prise en charge du patient la première préoccupation du soignant, être compétent et maintenir à jour ses connaissances et compétences professionnelles, établir et maintenir de bons partenariats avec les patients et collègues, garder confiance en soi et en la profession en étant ouvert, honnête et en agissant avec intégrité, prendre des mesures rapides si la sécurité des patients est compromise.

Cette dernière règle fait particulièrement écho dans la mise en place de la téléconsultation.

Cet outil a été utilisé pour assurer la continuité du suivi des patientes, le suivi incluant effectivement le dépistage des violences. Or on sait qu'agir rapidement implique de parvenir à mettre en place ce dépistage malgré le caractère virtuel de la consultation.

Ainsi, la question de recherche qui a initié ce mémoire a été : quels sont les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales par les sages-femmes durant les périodes de confinement dans le Bas Rhin ?

En effet, les objectifs de ce travail de recherche étaient de décrire le profil des sages-femmes participantes et de rechercher les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales.

Ainsi, plusieurs hypothèses ont été formulées :

- La téléconsultation modifie la relation et la communication patient-soignant.
- Durant le confinement : le sujet des violences a été abordé de manière systématique grâce la téléconsultation.
- La téléconsultation ne permet pas de repérer d'éventuelles traces de maltraitance.
- La téléconsultation a permis d'observer l'environnement des patientes.
- La téléconsultation a mis les soignants en difficulté quant au dépistage des violences.
- La téléconsultation a permis aux femmes subissant des violences de maintenir les rendez-vous sans avoir à justifier du motif de sa sortie auprès de l'agresseur.
- La téléconsultation a donc permis de diminuer les annulations de rendez-vous.
- Pour les patientes il a été plus facile de parler/montrer des traces de violences grâce à la téléconsultation.
- Pour les patientes il a été plus facile de s'isoler pour les séances de téléconsultation.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Type d'étude, choix de l'outil et variables collectées**

#### **1.1 *Type d'étude***

L'étude réalisée est semi quantitative, épidémiologique et descriptive. Il s'agit d'une étude transversale, prospective réalisée du mois de juillet 2021 au mois d'octobre 2021 et basée sur un questionnaire électronique diffusé auprès de toutes les sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre Départemental des Sages-Femmes du Bas Rhin (67).

#### **1.2 *Choix de l'outil et variables collectées***

Le recueil des données qualitatives et quantitatives a été réalisé à l'aide d'un questionnaire électronique via l'application Limesurvey GmbH couramment utilisée dans les enquêtes des étudiants en santé inscrits à l'Université de Strasbourg. Le lien vers ce questionnaire a été envoyé par courrier électronique à toutes les sages-femmes du Bas Rhin disposant d'une adresse électronique valide sur la base des renseignements détenus par l'Ordre Départemental du 67.

Dans un premier temps, la trame du questionnaire a été élaborée grâce au logiciel de traitement de texte Word version 2013. Une fois finalisé le logiciel de création de questionnaire en ligne Limesurvey GmbH a permis la mise en forme et la création du lien.

Avant sa diffusion le questionnaire a été testé par une vingtaine d'étudiants sages-femmes en dernière année à l'école de Strasbourg dans le but de vérifier sa faisabilité et d'estimer le temps nécessaire pour le compléter. En effet, il s'élève à cinq minutes en moyenne. Le questionnaire a été élaboré grâce au logiciel Limesurvey GmbH. De plus, l'élaboration, la validation ainsi que la phase de test se sont étendus de mars à juillet 2021.

Le questionnaire s'articule en deux parties (annexe I) :

- « à propos de vous »
- « vos impressions concernant la téléconsultation »

La première partie du questionnaire visait à décrire le profil épidémiologique des sages-femmes participantes.

Le type, le mode et le lieu d'exercice constituaient des variables qualitatives.

Des caractéristiques personnelles telles que l'âge et le lieu d'exercice ont été recensées. Les sages-femmes ont été interrogées sur les formations continues suivies au cours de leur carrière et plus particulièrement au sujet des violences. L'année d'obtention de leur diplôme d'État a également été renseignée.

La deuxième partie du questionnaire visait à quantifier et évaluer la pratique de la téléconsultation et le dépistage des violences conjugales.

Un « filtre » permettant de « trier » les sages-femmes ayant fait de la téléconsultation et celles n'y ayant pas eu recours a également été mis en place. Il semble important de préciser que le questionnaire a pris fin dès cette question pour les sages-femmes ayant répondu « jamais » à la question « avez-vous fait de la téléconsultation pendant le confinement ? »

De surcroît, des échelles de Likert à cinq modalités ont été établies afin d'évaluer la perception des professionnels quant aux intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales. Les informations recherchées s'intéressaient à la relation patients-soignants, les éventuels problèmes techniques rencontrés et la pratique ainsi que la qualité de suivi, les éléments de dépistage des violences détectés et mobilisés, la puissance du dépistage via cet outil, et les signes de violences observés ou non.

Ces échelles permettaient d'évaluer des fréquences avec les réponses « Tout le temps », « très souvent », « parfois », « peu souvent » et « jamais ». Afin de gagner en précision des indicateurs précis ont été attribués aux propositions de réponses soit :

- Tout le temps = à chaque consultation
- Très souvent = huit consultations sur dix
- Parfois = cinq consultations sur dix
- Peu souvent = deux consultations sur dix
- Jamais

De même, afin d'évaluer des opinions les propositions suivantes ont été utilisées « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « ni d'accord, ni pas d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas d'accord ».

Des questions ouvertes, permettant d'argumenter ou d'étoffer les réponses, ont été ajoutées au questionnaire.

## 2. Population

Cette étude inclut toutes les sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre Départemental du Bas Rhin pratiquant des consultations gynécologiques, pré et post-natales tous secteurs confondus : libéral, salarié et territorial.

Toutes les sages-femmes en activité dans le département du Bas-Rhin ont donc été incluses à l'étude.

## 3. Procédure de diffusion

Le 15 mars 2021, un mail a été envoyé à l'Ordre Départemental des Sages-Femmes Bas-Rhinois afin d'exposer l'objectif ainsi que la forme de l'enquête et de savoir si la diffusion du questionnaire pouvait se faire par leurs soins.

Par conséquent, le questionnaire a été diffusé une première fois par l'Ordre Départemental des Sages-Femmes du Bas-Rhin par e-mail le 29 juillet 2021. Cet e-mail contenait un bref texte expliquant le but de l'enquête ainsi que le lien vers le questionnaire en ligne.

De surcroît, une relance a été faite le 5 octobre 2021.

En somme, le questionnaire a été clôturé le 12 novembre 2021.

Par ailleurs, les demandes d'autorisation pour la diffusion du questionnaire ont été réalisées auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 15 mars 2021.

## 4. Recueil et analyse des données

Les données ont été enregistrées sur le serveur du logiciel Limesurvey GmbH. Ensuite, une extraction des données répertoriées dans Limesurvey GmbH sous forme de tableaux a été réalisée vers le logiciel Excel. Le logiciel Excel 2013 a également

été exploité pour la construction des figures et des graphiques présentés dans la section des résultats de ce mémoire.

L'analyse des questions ouvertes, se base sur une analyse qualitative et thématique. En effet, toutes les réponses ont été recensées dans un document à l'aide du logiciel Word 2013 et ont été classées par thématiques grâce à des codes couleurs.

Cette partie du déroulement de l'étude s'est étendue du 12 novembre 2021 au 1<sup>e</sup> décembre 2021.

### III. Résultats

Toutes les sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre Départemental du Bas Rhin ont été incluses à cette étude. Ainsi, la mailing liste de diffusion du questionnaire comprenait 592 sages-femmes au total. Parmi cette population, 335 sages-femmes ont reçu et ouvert le mail. En effet, 257 mails n'ont pas été ouverts ou reçus. Au total, le logiciel Limesurvey GmbH a enregistré vingt-trois réponses dont dix questionnaires vierges. Treize questionnaires sont donc exploitables. (Figure 1).

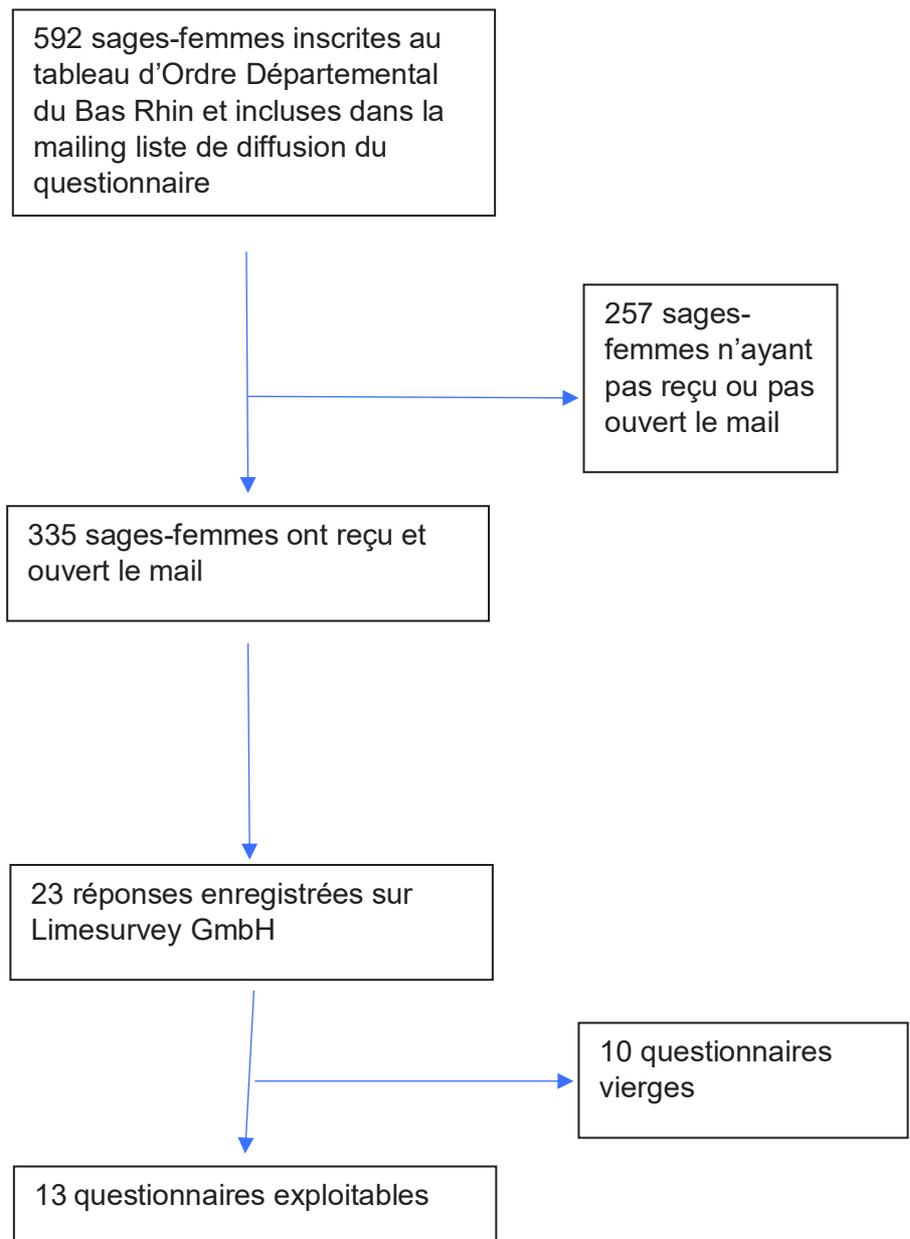


Figure 1 : Diagramme de flux

## 1. Description de la population

### 1.1 *Mode d'exercice*

Parmi les treize sages-femmes ayant répondu au questionnaire, on décomptait cinq sages-femmes libérales, cinq sages-femmes titulaires et une sage-femme contractuelle exerçant dans des hôpitaux publics, une sage-femme de protection maternelle et infantile et une sage-femme de clinique privée ayant un contrat à durée indéterminée (Figure 2).

En revanche, le questionnaire n'a pas recensé de sage-femme exerçant en clinique privée et ayant un contrat à durée déterminée.

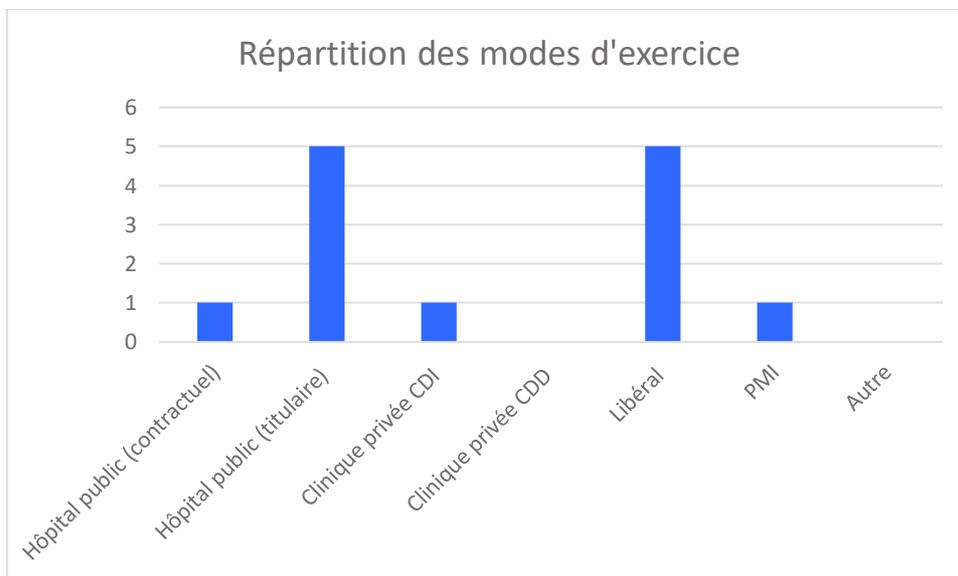


Figure 2 : Répartition des modes d'exercice (n=13)

### 1.2 *Type d'exercice*

Le questionnaire visait également à identifier le type d'exercice des sages-femmes répondantes. En effet, la majorité pratiquait le suivi de grossesse, soit huit personnes. Six, proposaient de la préparation à la naissance. Cinq d'entre les répondants exerçaient en salle d'accouchement, la même proportion, le PRADO (Programme de Retour à domicile).

Quatre sages-femmes exerçaient en service d'hospitalisation. Deux sages-femmes faisaient du suivi de grossesse et la même proportion réalisait du suivi gynécologique.

Certains des répondants proposaient, en plus, de l'acupuncture et de l'hypnose (Figure 3). Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

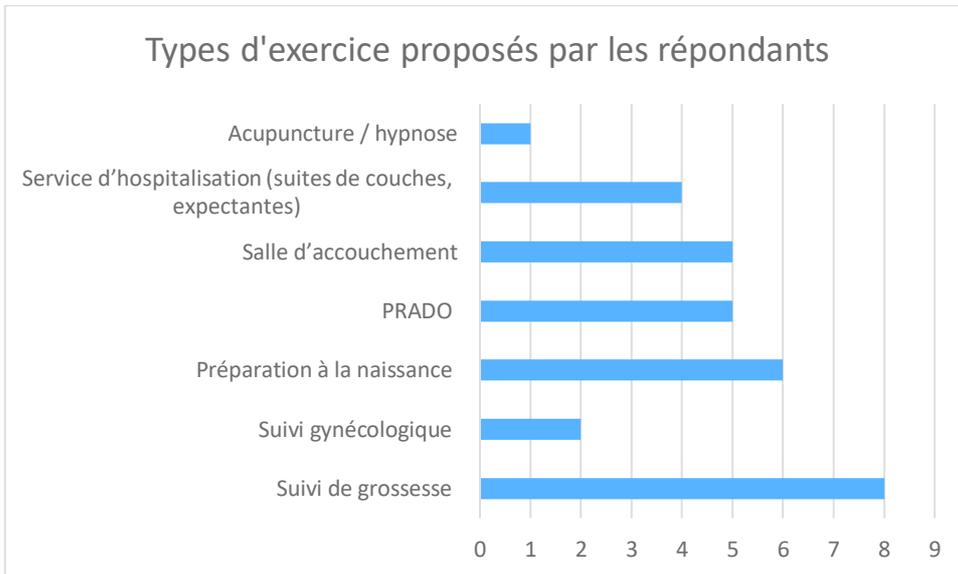


Figure 3 : Types d'exercices proposés par les sages-femmes (n=13)

### 1.3 Âge des répondants

En ce qui concerne les classes d'âge des répondants, on observe qu'un participant avait plus de 61 ans et que les autres sages-femmes étaient réparties équitablement entre les classes d'âge de 20 à 40 ans de 41 à 60 ans. En effet, six sages-femmes étaient représentées dans chacune de ces classes d'âge (Figure 4).

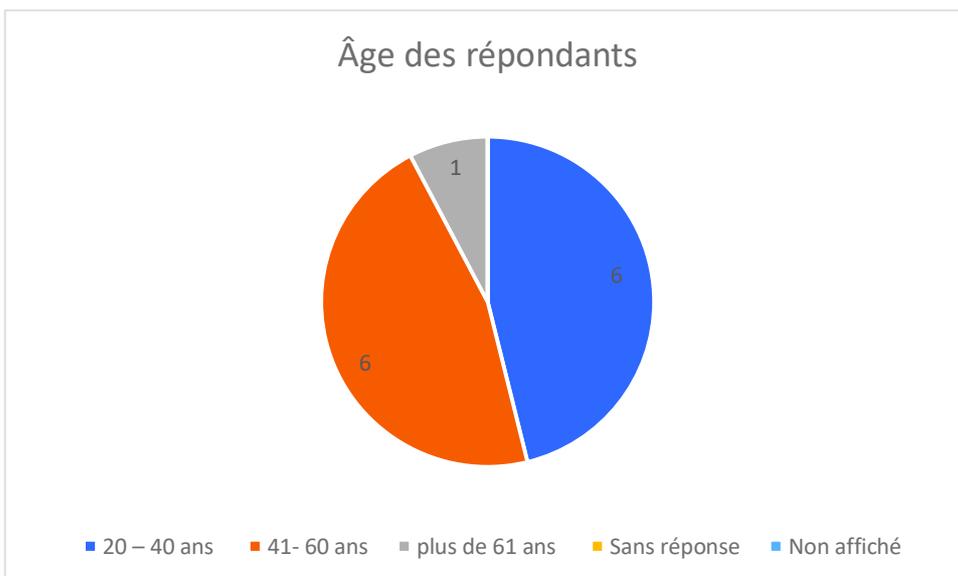


Figure 4 : Âge des sages-femmes (n=13)

## 1.4 *Date d'obtention du diplôme d'État*

Le questionnaire a également recensé la date d'obtention du diplôme d'État des répondants. Les sages-femmes incluses ont obtenu leur diplôme entre 1978 et 2020. La médiane obtenue est l'année 2004 (Figure 5).

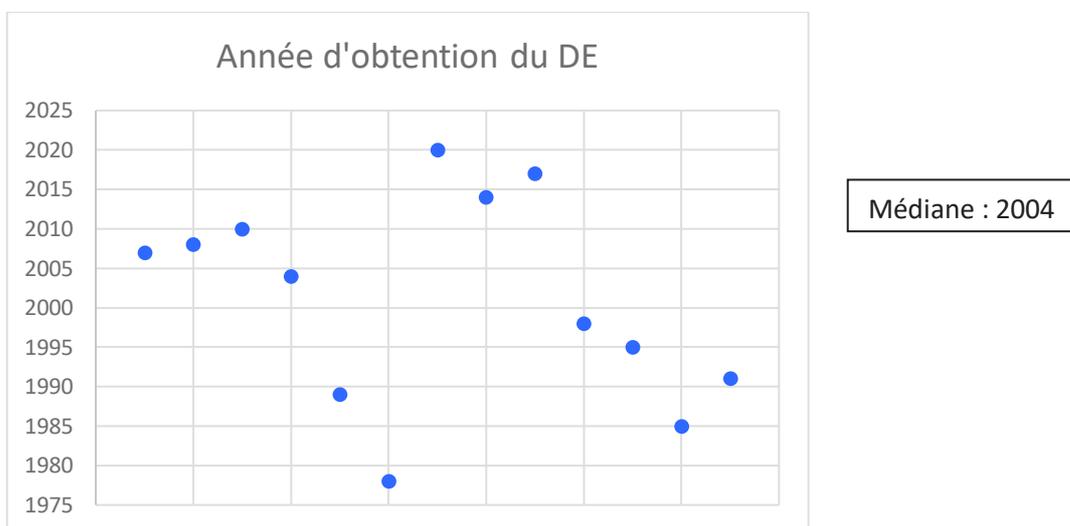


Figure 5 : Répartition des dates d'obtention des diplômes d'État des répondants (n=13)

## 1.5 *Lieu d'exercice*

La question du lieu d'exercice a permis de définir un périmètre délimité par la communauté urbaine de Strasbourg (CUS). Huit sages-femmes exerçaient au sein de la CUS et les cinq autres non.

## 2. Formations

Afin de préciser le profil des sages-femmes ayant répondu au questionnaire le nombre d'entre elles ayant bénéficié de formations diplômantes supplémentaires à leur diplôme d'État a été évalué. En effet, neuf des professionnels se sont davantage formés au cours de leur carrière.

Parmi les formations réalisées on retrouvait :

- Diplôme inter universitaire d'acupuncture : cité par six sages-femmes
- Diplôme universitaire de gynécologie et contraception : cité par une sage-femme
- Diplôme universitaire d'allaitement : cité par une sage-femme

- Diplôme universitaire de nutrition et de micro nutrition : cité par deux sages-femmes
- Diplôme universitaire d'hypnose : cité par une sage-femme
- Diplôme universitaire d'échographie : cité par deux sages-femmes
- Diplôme universitaire de médecine fœtale : cité par une sage-femme
- Diplôme universitaire de grossesses pathologiques : cité par une sage-femme
- Formation en rééducation périnéale : citée par une sage-femme
- Formation SVS (stop aux violences sexuelles) : citée par deux sages-femmes
- Formation massage bébé : citée par une sage-femme
- Formation en haptonomie
- Formation au yoga périnatal
- Formation en tabacologie

Trois sages-femmes ayant répondu au questionnaire n'avaient pas suivi de formation supplémentaire diplômante et une autre n'avait pas répondu à la question.

Le type de formation suivie par les sages-femmes répondant au questionnaire était en lien avec les violences et en particulier les violences faites aux femmes pour huit d'entre elles.

### 3. Fréquence et dépistage des violences conjugales durant les séances de téléconsultation

Le questionnaire a également permis de cibler la fréquence des pratiques de téléconsultation. Sur treize sages-femmes ayant rempli le questionnaire correctement, quatre n'avaient jamais fait de téléconsultation. La fréquence de la pratique de la téléconsultation était répartie à part égales entre « très souvent », « parfois » et « peu souvent » pour les neuf sages-femmes ayant utilisé cet outil (Figure 6).

Pour les quatre professionnels n'ayant jamais pratiqué la téléconsultation, le questionnaire a pris fin.

Ainsi, la suite du questionnaire a été remplie par neuf sages-femmes.

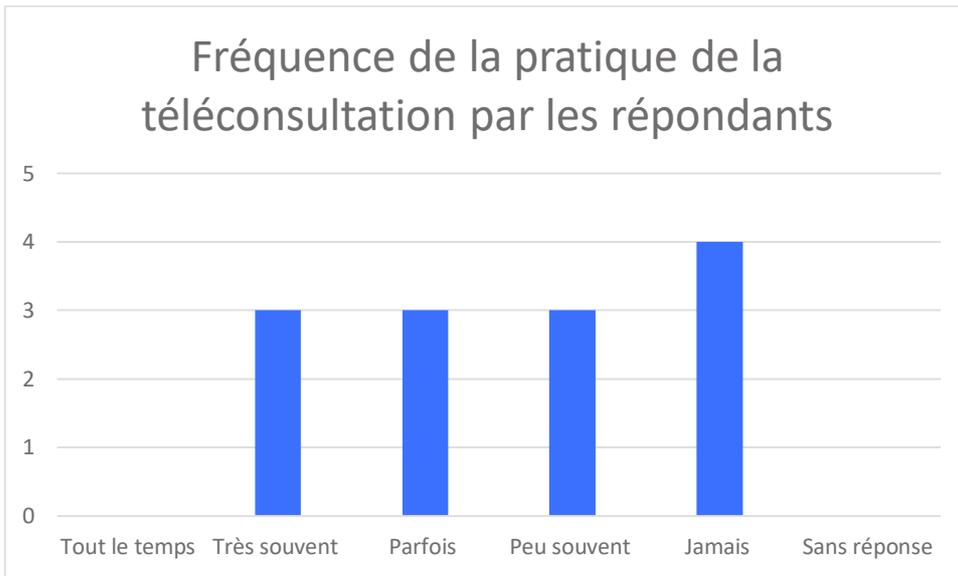


Figure 6 : Fréquence de la pratique de la téléconsultation par les répondants (n=13)

Par ailleurs, il semblait important de connaître la proportion de sages-femmes ayant posé la question des violences conjugales à leur patientes au cours de ces séances de téléconsultation. En effet, une sage-femme répondant au questionnaire posait la question très souvent, une autre parfois, quatre sages-femmes posaient peu souvent la question et trois ne demandaient jamais. (Figure 7)

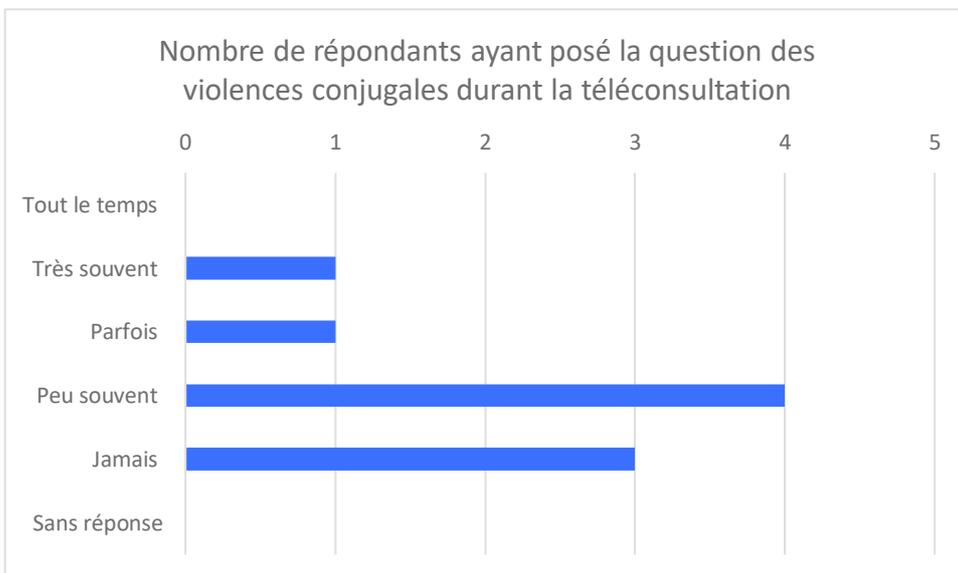


Figure 7 : Nombre de répondants ayant posé la question des violences conjugales durant la téléconsultation (n=9)

## 4. Intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales

### 4.1 *Échelle de Likert*

Afin de dégager les intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales, le questionnaire comportait des échelles de Likert.

Ainsi, à l'affirmation : « la téléconsultation a permis de ne pas rompre le suivi des patientes », une sage-femme était « tout à fait d'accord », sept autres étaient « plutôt d'accord » et une sage-femme a adopté une position neutre. Aucune sage-femme n'était pas d'accord avec cette proposition (Figure 8).

L'affirmation « la téléconsultation altère la relation patient-soignant » a été affirmée par deux sages-femmes « plutôt d'accord », une sage-femme est restée neutre. Quatre autres sages-femmes n'étaient « plutôt pas d'accord » et deux n'étaient « pas d'accord » avec cette affirmation (Figure 8).

« La pratique de la téléconsultation ne permet pas (ou limite) la communication infra verbale » a été affirmée par deux sages-femmes « tout à fait d'accord » et six autres professionnels « plutôt d'accord », une sage-femme a adopté une position neutre. Aucun répondant ne s'est positionné comme n'étant pas d'accord avec cette proposition. (Figure 8)

Deux sages-femmes ont été « tout à fait d'accord » avec l'affirmation : « Utiliser la téléconsultation expose à trop de problèmes techniques : problèmes de réseau, de connexion ». Trois sages-femmes étaient plutôt en accord avec cette proposition et quatre autres professionnels n'étaient « plutôt pas d'accord » (Figure 8).

Trois sages-femmes n'étaient « plutôt pas d'accord » avec le fait d'avoir pu dépister autant de violences durant le confinement qu'auparavant. Cinq sages-femmes n'étaient pas en accord avec cela et une sage-femme a adopté une position neutre. Aucune sage-femme n'a été d'accord avec cette affirmation (Figure 8).

Trois sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » sur le fait que la téléconsultation les a mises en difficulté dans le dépistage des violences conjugales, cinq sages-femmes étaient « plutôt d'accord » et une sage-femme n'était « pas d'accord » avec cette affirmation (Figure 8).

En ce qui concerne l'affirmation « la téléconsultation n'a pas permis d'observer les traces de violences physiques », trois sages-femmes étaient « tout à fait d'accord », trois autres professionnels étaient « plutôt d'accord » et trois sages-femmes sont restées neutres (Figure 8).

Trois sages-femmes étaient « plutôt d'accord » avec l'affirmation « la téléconsultation a permis d'observer l'environnement de la patiente », deux n'étaient « plutôt pas d'accord » et quatre autres professionnels n'étaient « pas d'accord » avec cette affirmation (Figure 8).

« Pour les patientes il a été plus facile de parler/montrer des traces de violences grâce à la téléconsultation » est une affirmation avec laquelle trois sages-femmes n'étaient « pas d'accord » et six autres n'étaient « plutôt pas d'accord ». Aucun professionnel n'était en accord avec cette proposition (Figure 8).

Deux sages-femmes n'étaient « pas d'accord » avec l'affirmation « pour les patientes il a été plus facile de s'isoler pour les séances de téléconsultation ». Quatre professionnels n'étaient « plutôt pas d'accord » avec cette affirmation et trois ont adopté une position neutre (Figure 8).

Aucune sage-femme n'a été d'accord avec l'affirmation « de nouveaux signes de violence ont pu être détectés grâce à la téléconsultation ». Quatre professionnels n'étaient « plutôt pas d'accord » avec cette affirmation et deux n'étaient pas d'accord. Trois sages-femmes sont restées neutres (Figure 8).

## Echelle de perception des intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales

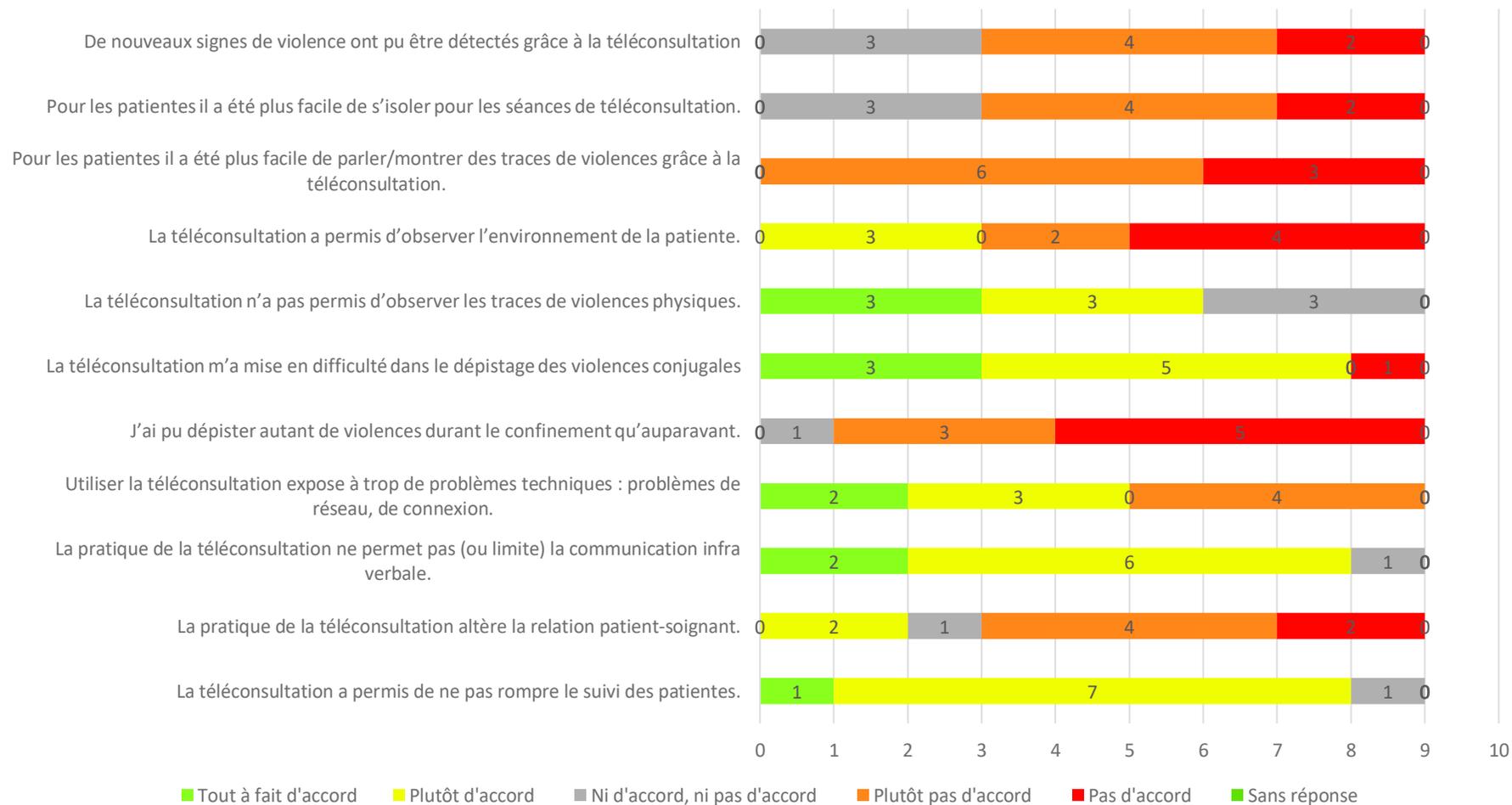


Figure 8 : Échelle de perception des intérêts et limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales (n=9)

En dernier lieu, les sages-femmes ont été interrogées sur leur impression générale quant au dépistage des violences conjugales par le biais de la téléconsultation.

Trois sages-femmes étaient tout à fait d'accord avec le fait que la téléconsultation présentait des intérêts, quatre sages-femmes étaient plutôt d'accord avec cette affirmation et deux sages-femmes ont adopté une position neutre. Une dernière sage-femme n'a pas répondu à cette question.

Pour ce qui est des limites de la téléconsultation, trois sages-femmes étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation « la téléconsultation présente des limites ». Trois autres professionnels étaient plutôt d'accord avec cette affirmation. Deux sages-femmes ont adopté une position neutre et une sage-femme n'était pas plutôt pas d'accord avec celle-ci (Figure 9).

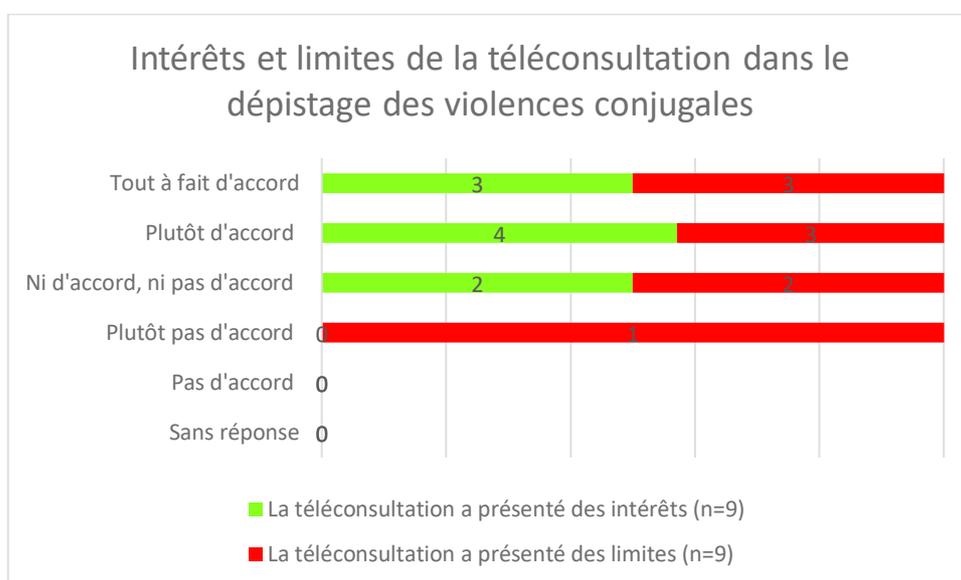


Figure 9 : Intérêts et limites de la téléconsultation (n=9)

Par ailleurs, selon une sage-femme ayant répondu au questionnaire, la téléconsultation pourrait tout à fait se poursuivre, même en dehors des périodes de confinement, sans pour autant perturber le dépistage des violences conjugales.

Trois sages-femmes sont d'accord avec l'affirmation : « La téléconsultation pourrait être poursuivie même en dehors des périodes de confinement, sans pour autant perturber le dépistage des violences conjugales ». Trois autres sages-femmes adoptent une position neutre quant à cette affirmation et deux sages-femmes ne sont « plutôt pas d'accord » avec celle-ci (Figure 10).

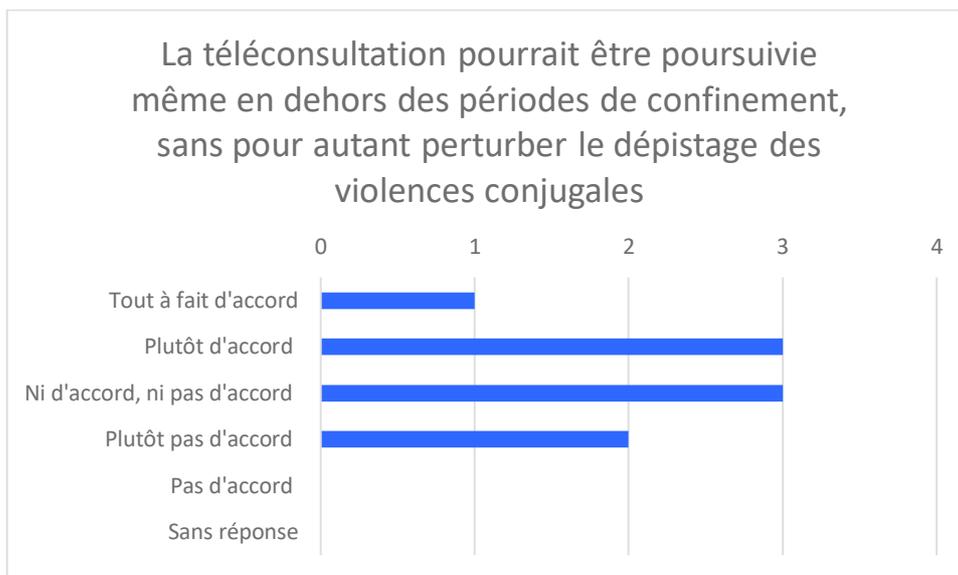


Figure 10 : La téléconsultation pourrait être poursuivie même en dehors des périodes de confinement, sans pour autant perturber le dépistage des violences conjugales (n=9)

## 4.2 Questions ouvertes

Enfin, la dernière partie du questionnaire contenait des questions ouvertes permettant de préciser les avis et ressentis de chacun des participants.

En premier lieu, les participants ont précisé si, à leur sens, la téléconsultation avait présenté des intérêts dans le dépistage des violences conjugales. Trois d'entre eux se sont accordés sur le fait que « *garder le contact avec les patientes* » par ce biais a présenté un net intérêt.

Par ailleurs, deux d'entre les répondants ont évoqué le fait de « ne pas faire déplacer la patiente pour « *rien* » » comme un intérêt majeur. Tableau 1

Selon une sage-femme, le confinement a été un moyen d'« *expérimenter la téléconsultation* ». Tableau 1

Une sage-femme a évoqué le fait que cet outil offrait la possibilité de « *rassurer* » les patientes.

En outre, la téléconsultation visait également à œuvrer dans le sens de la « *protection contre la Covid* » selon un des professionnels participant à l'étude. Tableau 1

Une sage-femme a également cité le fait de « *lutter contre l'isolement des patientes* » par ce biais. Tableau 1

Enfin, un participant a trouvé « *les patientes plus disponibles* » à l'issue de ce type de consultation numérique. Tableau 1

En second lieu, l'intérêt a été de dégager les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales selon les participants à l'étude.

En effet, deux sages-femmes se sont accordées sur le fait qu'il n'y ait « *pas vraiment de clinique : pas de prise de tension artérielle, pas de palpé mammaire...* » présentait une limite notable. « *Pas de pris de tension, pas de bdc (bruits du cœur)... J'ai trouvé ça vraiment limite. J'ai fait des téléconsultations pour suivi allaitement, questions bébé, etc...* » selon une autre sage-femme partageant cet avis Tableau 1

Une autre limite à évoquer résidait dans le fait que la patiente pouvait avoir « *du mal à se « sentir » en consultation, surtout si elle ne peut pas s'isoler chez elle.* ». Tableau 1

Par ailleurs, un autre participant a rapporté des problèmes de « *connexion* ».

Un autre professionnel estime que « *la téléconsultation limite la relation avec la patiente, voire ne permet pas d'en établir une véritable, lorsqu'il s'agit d'une première consultation* ».Tableau 1

Enfin, une sage-femme a évoqué sa difficulté dans la « *prise en compte des sentiments* ». Selon elle, « *on ne voit pas les mouvements de recul au toucher et la communication non verbale de peur n'est pas ou moins présente* » lorsqu'on utilise la téléconsultation ». Tableau 1

Tableau 1 : Occurrence des arguments avancés par les professionnels dans les questions ouvertes

<b>Intérêts</b>	<b>Occurrence à laquelle a été cité l'argument</b>
Garder le contact avec les patientes	3
Ne pas faire déplacer la patiente quand cela n'était pas nécessaire	2
Expérimenter la téléconsultation	1
Possibilité de rassurer les patientes	1
Se protéger de la Covid-19	1
Lutter contre l'isolement des patientes	1
Les patientes étaient plus disponibles	1
<b>Limites</b>	
Absence d'examen clinique	2
Difficulté à se sentir en consultation pour la patiente	1
Problème de connexion	1
Limitation de la relation avec la patiente et difficulté à établir un lien de confiance	1
Altération de la communication non verbale	1

## IV. Discussion

### PRINCIPAUX RESULTATS

#### **QUI SONT LES REpondANTS ?**

- ILS EXERCENT MAJORITAIREMENT DANS LA COMMUNAUTE URBAINE DE STRASBOURG
- TOUS LES MILIEUX ET TYPE D'EXERCICE DE LA PROFESSION ETAIENT REPRESENTES
- LEURS ÂGES ETAIENT REPARTIS UNIFORMEMENT ENTRE 20 ET 60 ANS
- LA DATE MEDIANE D'OBTENTION DU DIPLOME EST 2004
- LA MAJORITE AVAIT BENEFICE DE FORMATIONS CONTINUES AU SUJET DES VIOLENCES

#### **QUELLE A ETE LEUR PERCEPTION DU DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES A TRAVERS LA TELECONSULTATION ?**

- LA FREQUENCE DE PRATIQUE DE TELECONSULTATION ETAIT REPARTIE A PART EGALE ENTRE « TRES SOUVENT », « PARFOIS », « PEU SOUVENT » ENTRE LES NEUFS SAGES-FEMMES AYANT UTILISE CET OUTIL ET LA QUESTION DES VIOLENCES A ETE POSEE « PEU SOUVENT »
- SELON SEPT SAGES-FEMMES, LA TELECONSULTATION A PRESENTE DES INTERETS DANS LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES, SIX SAGES-FEMMES PENSENT QU'ELLE A PLUTOT PRESENTE DES LIMITES DANS CE CONTEXTE

#### **CE QUE LES SAGES-FEMMES ONT AJOUTE :**

- LA TELECONSULTATION A PERMIS DE MAINTENIR LE LIEN
- LA TELECONSULTATION A PERMIS DE NE PAS FAIRE DEPLACER LES PATIENTES ET DONC DE LUTTER CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS
- LA TELECONSULTATION N'A PAS PERMIS L'EXAMEN CLINIQUE DES PATIENTES RENDANT LE DEPISTAGE DES VIOLENCES DIFFICILE

## 1. Forces et limites de l'étude

### 1.1 *Forces de l'étude*

La Covid-19 étant une pathologie apparue récemment et ayant eu un fort retentissement sur nos vies et nos pratiques, il a fallu mobiliser des adaptations rapides. L'étude est un reflet d'une des adaptations mise en place pour continuer à suivre les femmes et à dépister les violences dont elles ont été victimes de manière croissante au cours de ces périodes.

Ainsi, l'étude a pour intérêt d'être innovante et a permis de dégager des axes d'amélioration quant à l'utilisation de la téléconsultation et sa performance dans le dépistage des violences conjugales.

L'objectif étant de s'affranchir au maximum des problématiques induites par le caractère virtuel de ces consultations qui pourraient constituer un réel intérêt dans les prises en charge à l'avenir.

Quant au questionnaire, il semblait être l'outil le plus adapté. En effet, grâce à cet outil, les données ont pu être recensées sur une courte période tout en participant à l'effort collectif de distanciations sociales contribuant à lutter contre la propagation du virus.

De surcroît, le questionnaire dans sa dimension anonyme a permis aux professionnels interrogés de donner leur avis librement en s'affranchissant de tout type de jugement.

De plus, le caractère semi quantitatif du questionnaire établi grâce aux questions ouvertes et aux échelles de Likert ont permis de dégager des tendances et des ressentis. En effet, cela est impossible avec une méthode strictement quantitative. D'une part, l'échelle de Likert a permis de cibler les informations comme il aurait été possible de le faire en entretien. D'autre part, les questions ouvertes, elles, ont permis de gagner en précision et de donner davantage de liberté dans les réponses des participants.

Au total, le choix du questionnaire et de la méthode semi quantitative associés, ont permis de s'affranchir des risques que représentaient une rencontre tout en préservant l'avantage de recueillir des ressentis. Par conséquent, le faible nombre de participation n'est plus un inconvénient.

Par ailleurs, la diffusion du questionnaire par l'Ordre Départemental des Sages-Femmes représente une force car cela a permis de faciliter les démarches et de toucher une population très large et exhaustive d'autant plus dans le contexte de crise sanitaire. En effet, les mesures de distanciation sociale, en vigueur pendant l'étude, impliquaient de limiter au maximum les rencontres.

En outre, les treize sages-femmes répondantes et ayant fait de la téléconsultation, avaient rempli leur questionnaire en intégralité ce qui a permis de ne pas en éliminer.

Dans le contenu même des réponses, il est important d'évoquer que tous milieux et types d'exercice ont été représentés par les participants au questionnaire. Il en va de même pour leurs âges qui étaient répartis uniformément. Ainsi, dans le cas présent il

est important de souligner qu'une population homogène bien que peu nombreuse reste un point fort de l'étude.

## 1.2 *Limites de l'étude*

Effectivement, des biais concernant cette enquête sont retrouvés. En premier lieu, le biais de sélection peut être cité. En effet, nous pouvons supposer que seules les personnes intéressées par le sujet de l'étude ont répondu au questionnaire et ont par conséquent ouvert le mail. De la même façon, seules les personnes ayant expérimenté la téléconsultation ont été amenées à répondre au questionnaire.

De plus, un biais de recrutement peut être évoqué quant à cette étude. En effet, les sages-femmes ayant utilisé la téléconsultation durant le confinement représentent une faible population au sein de la profession. De la même façon, la téléconsultation impose que les professionnels soient équipés en matériels informatiques adaptés et garantissant la sécurisation des données. Tous les professionnels ne disposent pas de tels moyens. Ainsi, par leur faible nombre, il a été plus difficile de les repérer via les e-mails.

Deuxièmement, un biais lié à l'outil choisi peut être observé. Les questionnaires ont été diffusés par e-mail, ce qui expose également à des problèmes techniques : mails non reçus, non ouverts, manque de temps, erreur d'adresse mail. De la même façon, les sages-femmes reçoivent beaucoup de questionnaires de mémoire et ne trouvent pas forcément le temps de répondre à chacun d'entre eux.

Par ailleurs, une perte de données liée au support utilisé est à évoquer. En effet, le fait d'obtenir des questionnaires vierges est probablement l'image d'un problème technique associé au logiciel.

Par ailleurs, rappelons que l'épidémie de Covid-19 est un phénomène récent et la téléconsultation dans le champ de la périnatalité a été un moyen d'urgence mis en place pour maintenir le lien avec les patients dans la plupart des centres. Certes, cet outil commençait à se développer et était utilisé pour les hospitalisations à domicile ou les surveillances par cardiotocographes avant la pandémie mais restait globalement peu utilisé dans le cas de consultations nécessitant initialement le dépistage des

violences et de ce fait un examen clinique comme les consultations de grossesse. Ainsi, ce sujet n'a été que peu traité dans la littérature et plus particulièrement dans ce contexte de pandémie.

Enfin, les questions ouvertes ont donné lieu à des réponses très générales quant à l'usage de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales, l'interprétation en a donc été assez limitée. Ainsi, un biais associé à la façon de poser la question dans le questionnaire, peut-être une explication. Davantage de précisions auraient été les bienvenues. De la même façon, sur les neuf sages-femmes ayant utilisé la téléconsultation, quatre ne posaient jamais la question des violences conjugales à leurs patientes. Ainsi, cela peut expliquer la raison pour laquelle les réponses sont restées très ciblées sur la téléconsultation mais peu sur le dépistage des violences.

Paradoxalement, le sujet des violences n'a pas été jugé prioritaire dans la prise en charge. Il semble que les sages-femmes se soient focalisées sur l'utilisation de cet outil pour suivre les patientes et le faire au sens strict. Mais elles ne se sont que peu intéressées à ce sujet.

De plus, les violences et en particulier conjugales constituent un sujet qui reste encore tabou pour certains professionnels et souvent oublié à la faveur d'une prise en charge gynécologique ou obstétricale au sens strict, même dans le cas des consultations traditionnelles. Cela peut également avoir conduit à un faible taux de réponse.

Cependant, rappelons qu'il s'agit d'une étude semi quantitative dont l'intérêt est d'évaluer des tendances et de les étudier selon un versant qualitatif.

En effet, le choix de la méthode mixte permet de s'adapter au mieux à nos attentes.

## 2. Confrontation aux données de la littérature

### 2.1 *Intérêts et limites dans le dépistage des violences conjugales*

En juin 2020, une revue de la littérature s'est attachée à dégager les pièges rencontrés avec la télémédecine (26). En effet, cette étude confirme que la téléconsultation a pris une place importante dans les soins des patients à l'ère de la Covid-19. Certes, la téléconsultation est un moyen de ne pas rompre le contact avec les patients mais

certaines règles doivent être respectées afin d'éviter certains écueils. Le gouvernement indien a publié des directives concernant la téléconsultation et sa pratique qui énoncent son rôle et ses limites. D'une part, l'usage de la téléconsultation impose de stipuler au patient que la conversation est sécurisée et confidentielle. Cela contribue également à la mise en confiance du patient et sa prédisposition à se confier, élément indispensable pour instaurer une prise en charge adaptée et personnalisée et surtout pour le dépistage des violences conjugales.

Une des grandes limites de la téléconsultation selon cet article, est l'absence d'examen clinique. Cette suggestion est également faite par les sages-femmes répondant au questionnaire. En effet, plusieurs d'entre elles avaient cité cet élément comme une limite importante de cet outil et d'autant plus dans le dépistage des violences conjugales. En effet, les traces physiques de violences font partie intégrante des éléments de dépistage dont les professionnels disposent.

D'autre part, une des sages-femmes participantes avait décrit la téléconsultation comme un bon moyen de lutter contre la propagation du virus sans pour autant rompre le suivi des patientes. En Inde les soignants se sont également appuyés sur cette outil pour maintenir les consultations tout en maintenant les règles de distanciation sociale pendant la pandémie (26).

En somme, la téléconsultation en période de confinement présente un intérêt majeur : ne pas rompre le suivi des patientes tout en se protégeant du virus. De la même façon cela contribue au dépistage des violences conjugales dans la mesure où la relation de confiance est maintenue et par ce biais le professionnel est le premier interlocuteur de la patiente et celui auquel elle est le plus susceptible de se confier.

Mais il faut noter que le côté virtuel de ces consultations ôte un élément majeur du dépistage : l'examen clinique.

Une revue de la littérature s'intéressant à la bioéthique dans le rationnement des soins médicaux pendant la pandémie de la maladie à coronavirus-19 a évoqué la téléconsultation comme une des seules options disponibles pour maintenir des soins qui auraient initialement dû être supprimés (27). Mais cet article y trouve également des inconvénients : « À travers n'importe quel média électronique, les médecins relèvent le défi de comprendre le message au-delà des mots en négligeant l'analyse du ton de la voix et des expressions faciales ou corporelles », « Les écarts dans les

relations médecin-malade se sont creusés. ». En effet, comme l'ont observé les sages-femmes répondant au questionnaire : la téléconsultation altère la relation patient-soignant et oblige le soignant à faire « Des efforts supplémentaires (...) pour comprendre pleinement les patients ». Et ce surtout dans le cadre le dépistage des violences conjugales où la communication non verbale est parfois centrale. En effet, avec l'échelle de perception, des ressentis ont pu être dégagés. Les sages-femmes étaient largement en accord avec le fait que la communication infra verbale était compromise en utilisant la téléconsultation.

En outre, il n'est plus à démontrer que la communication infra verbale, en plus de l'examen clinique, constituent des éléments essentiels du dépistage des violences conjugales. Or ces deux outils n'ont pas pu être mobilisés de manière optimale par les soignants à travers les séances de téléconsultation. Par ce biais le dépistage des violences conjugales a été mis à mal.

De la même façon, un article rédigé par Cohen MA *et al*, issu de l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* décrit les adaptations mises en place pour maintenir le suivi gynécologique et obstétrical pendant la pandémie (28). La télémédecine est là encore une plaque tournante de la lutte contre cette épidémie. Comme évoqué à plusieurs reprises et comme le précise l'article, les violences conjugales doivent être dépistées à chaque consultation, quelle qu'en soit sa nature : virtuelle ou directe.

En effet, le document stipule que pendant une consultation à distance il n'a pas été plus facile pour les patientes de parler ou de montrer des signes de violences. Il s'agit d'un élément qui est confirmé par la tendance se dessinant à travers les échelles de Likert du questionnaire. De plus, cette notion a également été mentionnée par une sage-femme dans les questions ouvertes. Il n'a pas été plus aisé non plus pour les femmes de s'isoler, selon les sages-femmes. Ce point de vue est confirmé par l'article qui relate qu'en « télémédecine, les patients peuvent être incapables de parler en privé ».

En effet, ces éléments sont de réels freins au dépistage des violences conjugales à travers la téléconsultation.

Néanmoins, l'article apporte une solution intéressante. En effet, donner un script en amont précisant que cette question est posée à toute consultation, est envisageable mais cela sous-entend que ce n'est pas un premier contact avec la patiente. Dans ce

même sens, l'article stipule que les soignants doivent avoir une vigilance accrue quant aux signes non verbaux du fait de cet isolement parfois impossible (28).

C'est d'ailleurs une notion qui a été explorée par les échelles de Likert. L'affirmation « de nouveaux signes de violences ont pu être dépistés grâce à la téléconsultation » a été majoritairement infirmée par les sages-femmes interrogées.

De surcroît, une des sages-femmes participant à l'étude a évoqué la difficulté pour la patiente de se sentir en consultation lorsqu'elle avait recours à la consultation à distance.

Effectivement, un article du Journal of Substance Abuse Treatment s'est intéressé aux adaptations mises en place pendant le confinement afin de continuer à suivre les femmes toxicomanes enceintes ou dans le post-partum (29). En effet, les femmes subissant des violences conjugales ont souvent l'habitude de les dissimuler. Or, les consultations avec un professionnel de santé en qui elles ont confiance constituent souvent un lieu sûr où elles peuvent se confier. Étant donné que la téléconsultation se fait, la plupart du temps, depuis le domicile de la patiente, lieu où se produisent les violences, cette dernière peut avoir du mal à se sentir en consultation et donc en sécurité. L'article relatant du suivi des femmes toxicomanes tire la même conclusion : « les visites à la clinique peuvent être le seul moment pour discuter en privé de questions sensibles liées à la santé mentale et à la sécurité dans un environnement favorable » (29).

Ainsi, en plus de la communication infra verbale et l'examen clinique, la téléconsultation perturbe parfois la communication verbale.

Au total, on peut en déduire l'importance du lieu pour dépister les violences conjugales. En effet, la salle de consultation est assimilée à un lieu sûr où les femmes peuvent se confier. La téléconsultation présente donc une limite majeure au dépistage des violences conjugales en ce sens.

Par ailleurs, l'article ajoute que « Les discussions sur la violence domestique nécessitent un timing approprié et le consentement des patients pendant qu'ils sont à la maison. Les protocoles à distance pour résoudre ces problèmes ont nécessité une flexibilité accrue entre les membres de l'équipe, ce qui peut être difficile dans un environnement clinique chargé » (29).

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire n'avaient, en majorité, pas posé

la question des violences conjugales au cours des séances de téléconsultations. Peut-être que la notion de manque de temps évoquée par cet article apporte un élément de réponse.

Malheureusement, le manque de temps est un problème auquel la téléconsultation n'a pas échappé. Il semblerait même que cette problématique ait été accentuée et ait conduit à l'occultation du dépistage de ces violences qui étaient pourtant grandissantes durant ces périodes.

Enfin, il a été démontré dans l'article traitant du suivi des femmes toxicomanes (29) qu'une des limites résidait dans l'absence d'accès constant aux ressources telles que le téléphone ou la connexion, c'est d'ailleurs une des limites qui a été citée par une sage-femme répondant au questionnaire. En revanche, un avantage résidait dans une plus grande flexibilité des horaires. Il s'agit également d'un élément cité par une sage-femme répondant à l'étude.

Ce même article (29) apporte également des intérêts à la télémédecine : ne pas obliger le patient à se déplacer et donc à trouver un véhicule ou faire garder les enfants et ainsi maintenir le lien avec des patientes qui ne seraient pas venues en présentiel du fait de ces contraintes. C'est d'ailleurs un avantage qu'a rapporté une sage-femme interrogée dans le questionnaire : ne pas faire déplacer une patiente lorsque ce n'est pas nécessaire.

## 2.2 Applications et recommandations issues de la littérature

Pour utiliser au mieux la téléconsultation, qui réduit inéluctablement les capacités de communication entre le patient et le soignant dans le dépistage des violences conjugales des solutions ont été apportées par la littérature. L'article de Cohen MA *et al* de l'American Journal of Obstetrics and gynecology suggère de mettre en place un questionnaire à remplir sur un espace dédié et sécurisé (28). En effet, seuls les professionnels de santé y ont accès. La prise en charge se fera ensuite selon : les règles de confidentialité, d'éducation universelle, d'autonomisation et de soutien (30).

Il serait d'ailleurs bénéfique de former les soignants en ce sens, tout en leur donnant des méthodes adaptées pour dépister les violences conjugales, même lors des consultations virtuelles. En effet, la revue de la littérature traitant des pièges de la téléconsultation évoque l'importance de la formation des soignants avant de réaliser

ces consultations à distance (26). Dans l'étude une question au sujet de la formation quant à la téléconsultation aurait pu être ajoutée.

Malheureusement, on constate que la plupart d'entre eux ne sont pas formés à aborder ce sujet avec leurs patientes. En effet, une étude réalisée par la MIPROF en 2015 et comptant 1474 sages-femmes a démontré que sept sages-femmes sur dix n'ont pas reçu de formation quant au dépistage de violences conjugales lors de leur formation initiale or, huit sages-femmes sur dix ont été confrontées à des patientes victimes au cours des douze derniers mois et ont eu le sentiment de ne pas y avoir été suffisamment préparées. De la même façon, sept sages-femmes sur dix n'ont pas suivi de formation continue traitant du dépistage des violences conjugales. Par ailleurs, le peu de sages-femmes ayant bénéficié d'une formation estime que celle-ci demeure insuffisante. En effet, l'enquête nationale a démontré que seules 19% des sages-femmes réalisent le dépistage de manière systématique en abordant le sujet elles-mêmes (7).

En complément, de questionnaires adaptés, un article du JMIR Public and Health Surveillance a démontré que des applications existent pour dépister et signaler des violences comme Myplan, I Safe ou encore I Decide (12). En effet, le format numérique présente certaines limites mais il peut parfois apporter de réels avantages. Ces applications aident les victimes à prendre des décisions éclairées concernant leur sécurité. Le but étant de faire prendre conscience aux victimes d'un danger mortel et de les autonomiser au maximum dans leurs décisions. Le but final de l'application étant de construire un plan de sécurité afin de mettre les victimes en relation avec des solutions de soutien : « Un suivi de 12 mois d'une étude américaine a montré que l'application MyPlan réduisait le conflit décisionnel total ( $P = 0,01$ ), augmentait le sentiment d'être soutenu pour décider quoi faire dans une relation abusive ( $P = 0,01$ ) et augmentait la probabilité de créer un plan de sécurité ».

Cependant, il est important de nuancer cet argument une autre limite citée par un article du Lancet est que la plupart des femmes subissant des violences sont sous un contrôle constant de la part de l'agresseur qui pourrait potentiellement les empêcher d'assister à la séance de consultation à distance ou rester présent afin qu'elle ne puisse pas parler, ce qui est d'autant plus facile au domicile. De la même façon, si

l'agresseur venait à trouver ces applications les conséquences seraient importantes (31).

Comme évoqué plus tôt et qu'il s'agisse de consultations virtuelles ou présentesielles, le temps manque aux professionnels afin de réaliser une prise en charge complète et globale. Ce qui est particulièrement délétère pendant une période de confinement ou les violences sont en accroissement constant.

De même, nous ne disposons pas la plupart du temps, des outils appropriés et suffisamment réfléchis pour prendre en charge les patientes en toute sécurité.

De plus, les professionnels ne sont pas suffisamment formés à dépister les violences conjugales et encore moins par le biais de la téléconsultation qui est un outil très peu maîtrisé par les sages-femmes.

Enfin, il est important de noter que le suicide est aujourd'hui devenu la première cause de mortalité dans le post-partum (32), de ce fait la dimension psychologique n'est pas à négliger d'autant plus chez les femmes présentant des caractères de vulnérabilité comme les violences conjugales.

### 3. Bilan de l'étude

Les données retrouvées dans la littérature et les réponses recensées lors de ce travail de recherche s'accordent sur le fait que l'usage de la téléconsultation impose une absence d'examen clinique, une difficulté de communication et notamment dans sa dimension infra verbale qui sont pourtant des éléments centraux du dépistage des violences conjugales. De la même manière, le lieu de consultation devient alors le domicile de la patiente, lieu où elle subit des sévices et donc peu sécuritaire pour se confier.

L'hypothèse selon laquelle *la téléconsultation a permis d'observer l'environnement des patientes* a été infirmée par les réponses au questionnaire puisque la majorité des sages-femmes n'étaient pas en accord avec celle-ci.

En ce qui concerne l'affirmation : *pour les patientes il a été plus facile de s'isoler pour les séances de téléconsultation*, les sages-femmes étaient plutôt en désaccord, cette position a d'ailleurs été confirmée par les données de la littérature. Cette hypothèse est donc infirmée.

En somme, l'hypothèse selon laquelle *la relation patient-soignant est modifiée* est confirmée et pour aller plus loin elle est indéniablement altérée.

L'absence d'examen clinique rapportée par les sages-femmes permet également de confirmer l'hypothèse selon laquelle *la téléconsultation n'a pas permis d'observer les traces de maltraitance*.

Effectivement, la téléconsultation a présenté certaines limites dans le dépistage de ces violences. Notamment par la difficulté à établir une relation de confiance et de confiance dans un environnement qui n'était pas habituel.

Par ailleurs, la communication infra verbale a été d'autant plus complexe à déchiffrer pour les soignants à travers écrans interposés. Néanmoins, la téléconsultation est le seul moyen de maintenir le lien et le suivi.

Les réponses au questionnaire ont permis d'infirmer l'hypothèse selon laquelle *il a été plus facile pour les patientes de parler/montrer des traces de violences grâce à la téléconsultation*. Les données de la littérature sont en accord avec cette position.

De plus, l'hypothèse selon laquelle *la téléconsultation a permis aux femmes subissant des violences de maintenir les rendez-vous sans avoir à justifier du motif de sa sortie auprès de l'agresseur* a été confirmée. En effet, les professionnels se sont accordés sur le fait que la téléconsultation a permis de lutter contre la rupture des suivis observée pendant les périodes de confinement. Celle selon laquelle *la téléconsultation aurait permis de diminuer les annulations de rendez-vous* est une hypothèse restée sans réponse. Pour pouvoir conclure à la validité ou non de celle-ci, il faudrait interroger les patientes sur la cause de l'annulation de leur rendez-vous. Mais certaines données de la littérature ainsi que les réponses au questionnaire confirment que la téléconsultation a permis de maintenir le lien. Ce qui laisse supposer que sans cela davantage d'annulations auraient été observées. Il faut souligner que le soignant est par ce biais, un des seuls liens de la patiente avec l'extérieur. Ainsi, une forme de soutien peut être apportée et la communication peut en être facilitée.

En revanche, l'hypothèse selon laquelle *le sujet des violences aurait été abordé de manière systématique lors des séances de téléconsultation* est infirmée. En effet, c'est un sujet qui a été abordé trop peu fréquemment au vue du contexte puisqu'une seule des sages-femmes répondant au questionnaire posait la question très souvent. Certaines données de la littérature apportent des solutions telles que l'usage

d'applications numériques, de questionnaires ou de scripts envoyés avant la consultation afin d'informer la patiente que ce sujet sera abordé.

En somme, l'hypothèse selon laquelle *la téléconsultation a mis les soignants en difficulté dans le dépistage des violences conjugales* est bien confirmée.

## V. Conclusion générale et perspectives

Dans ce mémoire l'objectif était de dégager les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales par les sages-femmes du Bas-Rhin.

En effet, la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales a présenté davantage de limites que d'intérêts. La relation patient-soignant s'est indéniablement vue altérée et le dépistage des violences conjugales diminué. L'absence de clinique, la difficulté d'interprétation de la communication infra verbale sont autant d'éléments indispensables au dépistage des violences qui n'ont pas pu être mobilisés par le biais de ces consultations à distance.

Néanmoins, la téléconsultation a tout de même présenté des intérêts puisqu'elle a permis de maintenir le lien et le suivi des patientes parfois isolées avec leur agresseur et donc de les rassurer et leur apporter les clés pour s'en sortir ainsi que de ne pas les faire déplacer inutilement tout en se protégeant de la Covid-19.

Le principal obstacle pour les professionnels a été d'aborder le sujet des violences avec ces femmes. Le manque de formation en est la principale explication, autant en matière de dépistage des violences qu'en téléconsultation. Ce sujet n'a donc pas été jugé prioritaire. Cependant, il est important de souligner que le problème de la formation dans le dépistage des violences conjugales existait déjà avant la pandémie.

Ce travail de recherche démontre que par le biais de la téléconsultation, les violences conjugales n'ont pas été davantage dépistées par les sages-femmes par rapport aux consultations en face à face. Les violences conjugales ayant été croissantes durant le confinement, leur dépistage a été fondamental. Au contraire, il semblerait que les limites imposées par cet outil aient diminué la fréquence de ce dépistage.

Une suite, visant à étudier les raisons de cette absence de dépistage, pourrait être donnée à ce travail. Ce dernier a bien permis de dégager les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales ainsi que de décrire le profil épidémiologique des sages-femmes répondantes mais il conviendrait de poursuivre et de préciser cette étude avec un focus groupe lorsque les conditions sanitaires le permettront. En effet, cette méthode de recueil permettrait de réunir des professionnels concernés par le sujet et faire émerger de nouvelles hypothèses. L'intérêt serait toujours de dégager des ressentis tout en permettant de focaliser la

discussion autour des violences conjugales et leur dépistage. Cette méthode apporterait bien plus qu'un entretien individuel dans la mesure où la dimension individuelle est déjà présente dans la méthode semi-quantitative employée ici.

Cette étude ancillaire pourrait tout à fait faire l'objet d'un travail de recherche dédié à mon MASTER 2 de Santé publique que j'envisage d'intégrer prochainement.

De la même façon cette étude aurait pu être abordée selon la méthode Delphi (33). En effet, cette méthode vise à sélectionner une dizaine de professionnels experts dans le domaine, ici : des sages-femmes ayant pratiqué de la téléconsultation tout en étant formées au dépistage des violences conjugales.

Le fait que les professionnels interrogés soient des experts permet de se contenter d'un faible nombre de réponses. L'avantage du format électronique proposé par le questionnaire reste alors conservé. De plus, le biais selon lequel certaines sages-femmes répondant au questionnaire n'auraient jamais posé la question des violences aurait pu être limité.

Cette étude permet de rendre compte de la vigilance que les professionnels devraient apporter au dépistage des violences même dans des contextes particuliers. En effet, le dépistage des violences, quel qu'en soit le contexte est un élément fondamental de la pratique et du suivi des sages-femmes.

La sage-femme est un acteur clé du dépistage des violences conjugales dans sa position de premier interlocuteur tout au long de la grossesse et en dehors.

De plus, la téléconsultation est un outil qui a de nombreux avantages et qui sera amené à se développer à l'avenir. Il semble donc important de former les professionnels au dépistage des violences conjugales et d'autant plus à la téléconsultation. Un article traitant des différentes modifications et adaptations de la médecine pour faire des consultations à distance relatait : « Les circonstances actuelles, bien que malheureuses, peuvent offrir une opportunité de continuer à s'améliorer et à mieux servir nos patients. » (29)

## VI. Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé | Violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/fr/](http://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/)
2. Godin M. How Coronavirus Is Affecting Victims of Domestic Violence [Internet]. Time. 2020 Disponible sur: <https://time.com/5803887/coronavirus-domestic-violence-victims/>
3. Ministère de l'Intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple chiffres. 2020 [Internet]. 21 p. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2021-08/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-chiffres-2020.pdf>
4. Benrekassa J. // Intimate partner violence. Santé Publique France. 19 juillet 2016;(22-23):23.
5. Salmona M. Chapitre 7. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. Une urgence humaine et de santé publique. In: Violences conjugales et famille [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 64-76. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-p-64.htm>
6. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 juillet 2006;195(1):140-8.
7. Mission Interministérielle pour la Protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Enquête nationale auprès des sages-femmes en activité. [Internet]. 2015 22 p. Disponible sur: <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Enqu%C3%AAt-e-nationale-aupr%C3%A8s-des-sages-femmes-en-activit%C3%A9-MIPROF-2015.pdf>
8. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-femmes. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

9. Bouchoux C, Cohen L, Courteu R, Jouanno C, Kammermann C, Laborde F. Rapport d'information du Sénat [Internet]. Sénat; 2015 2016 p. 198. Report No.: 425. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.pdf>
10. Moiron-Braud E. Rapport d'activités MIPROF. [Internet]. Observatoire national de la MIPROF; 2017 p. 82. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF\\_2017-.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf)
11. Info Coronavirus Covid-19 - Comprendre la covid-19 [Internet]. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus-covid-19-comprendre-la-covid-19>
12. Emezue C. Digital or Digitally Delivered Responses to Domestic and Intimate Partner Violence During COVID-19. JMIR Public Health Surveill. 30 juillet 2020;6(3):e19831.
13. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement: évaluation, suivi et propositions. Observatoire national de la MIPROF; 2020 juillet p. 85.
14. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C, et al. COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. Journal of Women's Health. 1 oct 2020;29(10):1239-42.
15. Krishnamurti T, Davis AL, Quinn B, Castillo AF, Martin KL, Simhan HN. Mobile Remote Monitoring of Intimate Partner Violence Among Pregnant Patients During the COVID-19 Shelter-In-Place Order: Quality Improvement Pilot Study. J Med Internet Res. 19 février 2021;23(2):e22790.
16. Institut national de la Statistique et des études économiques. Le Grand Est : deuxième région française la plus touchée par l'épidémie de Covid-19 - Insee Analyses Grand Est - 115 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4634439>
17. Santé Publique France. COVID-19 : point épidémiologique du 7 mars 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-7-mars-2020>

18. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de la conférence nationale de santé de la Covid 2021.pdf [Internet]. 84 p. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp\\_cns\\_du\\_covid\\_2021.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_cns_du_covid_2021.pdf)
19. Baromètre de la crise sanitaire [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/barometre-de-la-crise-sanitaire/>
20. Baromètre 3 de la crise sanitaire [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/barometre-3-de-la-crise-sanitaire/>
21. World Health Organization. Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response [Internet]. 2020 Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>
22. Curat A-M, Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes. Courier SF-COVID\_19.pdf [Internet]. 2020 Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/03/Courrier-SF-COVID\\_19.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/03/Courrier-SF-COVID_19.pdf)
23. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 - Continuité du suivi des femmes enceintes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3168584/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-continuete-du-suivi-des-femmes-enceintes](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168584/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-continuete-du-suivi-des-femmes-enceintes)
24. Télémedecine [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2673715/fr/telemedecine](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine)
25. Educate Health Providers on How to Respond to Intimate Partner Violence [Internet]. IPV. Disponible sur: <https://ipvhealth.org/health-professionals/educate-providers/>
26. Iyengar K, Jain VK, Vaishya R. Pitfalls in telemedicine consultations in the era of COVID 19 and how to avoid them. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 1 septembre 2020;14(5):797-9.
27. González-Duarte A, Kaufer-Horwitz M, Gamba G, Rivera-Moscoso R, Aguilar-Salinas CA. Bioethics in Medical Care Rationing During the Coronavirus Disease-19 Pandemic. Rev Invest Clin. 7 mai 2020;73(1):1-5.

28. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 septembre 2020;223(3):372-8.
29. Sadicario JS, Parlier-Ahmad AB, Brechbiel JK, Islam LZ, Martin CE. Caring for women with substance use disorders through pregnancy and postpartum during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from psychology trainees in an integrated OBGYN/substance use disorder outpatient treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Internet]. 1 mars 2021 122. Disponible sur: [https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(20\)30457-8/fulltext](https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(20)30457-8/fulltext)
30. Educate Health Providers on How to Respond to Intimate Partner Violence [Internet]. IPV. Disponible sur: <https://ipvhealth.org/health-professionals/educate-providers/>
31. Figueroa CA, Luo T, Aguilera A, Lyles CR. The need for feminist intersectionality in digital health. *The Lancet Digital Health*. 1 août 2021;3(8):e526-33.
32. Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015>
33. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*. 1 juin 2006;73(5):467-82.

## **VII. Annexes**

Annexe I : Questionnaire

**Bonjour,**

**Vous avez pratiqué la téléconsultation durant la 1ère phase du confinement ? Cette pratique vous a peut être permis un meilleur dépistage des violences faites aux femmes.**

**En tant que professionnel de santé de premier recours vous avez dû vous adapter et votre ressenti est important.**

**Votre participation me permettrait d'explorer les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales. Ce travail de recherche entre dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude.**

**Cela ne prendra que 3 à 5 minutes de votre temps.**

**Merci par avance pour votre aide précieuse.**

## **Partie A: A propos de vous**

**A1. Quel est votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)**

Hôpital public (contractuel)

Hôpital public (titulaire)

Clinique privée CDI

Clinique privée CDD

Libéral

Protection maternelle et infantile

Autre

Autre

**A2. Quel(s) est/sont votre principal type d'exercice ?**

Suivi de grossesse

Suivi gynécologique

Préparation à la naissance

PRADO

Salle d'accouchement

Service d'hospitalisation (suite de couches, expectantes)

Autre

Autre

**A3. Quel est votre âge ?**

20 – 40 ans

41- 60 ans

>61 ans

**A4. En quelle année avez-vous obtenu votre DE ?**

**A5. Exercez vous au sein de la CUS (Communauté Urbaine de Strasbourg) ?**

Oui

Non

**A6. Avez-vous suivi des formations supplémentaires après votre DE ?**

Oui

Non

**A7. Si oui, la:lesquel(s) ?**

**A8. Avez-vous bénéficié d'une formation concernant les violences faites aux femmes ?**

Oui   
Non

**A9.**

*Tout le temps = toutes les consultations réalisées pendant le confinement*

*Très souvent = plus de 15 consultations par semaine*

*Parfois = entre 4 et 15 consultations par semaine*

*Peu souvent = Moins de 3 consultations par semaines*

*Jamais = Aucune séance de téléconsultation*

Durant le confinement avez-vous fait de la téléconsultation ?

Tout le temps   
Très souvent   
Parfois   
Peu souvent   
Jamais

**Partie B: Vos impressions concernant la téléconsultation**

**B1. Avez-vous posé la question des violences conjugales à vos patientes lors de vos séances de téléconsultation ?**

*Tout le temps = à chaque consultation*

*Très souvent = 8 consultations sur 10*

*Parfois = 5 consultations sur 10*

*Peu souvent = 2 consultations sur 10*

*Jamais*  
Avez-vous posé la question des violences conjugales à vos patientes lors de vos séances de téléconsultation ?

Tout le temps   
Très souvent   
Parfois   
Peu souvent   
Jamais

**B10. Comment jugeriez-vous l'affirmation suivante vis-à-vis de votre pratique durant la 1ère phase du confinement :**

Pour les patientes il a été plus facile de parler/montrez des traces de violences grâce à la téléconsultation.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**B11. Comment jugeriez-vous l'affirmation suivante vis-à-vis de votre pratique durant la 1ère phase du confinement :**

Pour les patientes il a été plus facile de s'isoler pour les séances de téléconsultation.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**B12.**

De nouveaux signes de violence ont pu être détectés grâce à la téléconsultation

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**B13. Précisez le ou lesquels le cas échéant**

**B14.**

La  
téléconsultati  
on a présenté  
des intérêts.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**B15. Précisez le ou lesquels le cas échéant :**

**B16.**

La  
téléconsultati  
on a présenté  
des limites

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**B17. Précisez le ou lesquels le cas échéant :**

**B18.**

La téléconsultation  
peut être poursuivie  
même en dehors des  
périodes de confinement,  
sans pour autant  
perturber le dépistage  
des violences conjugales.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

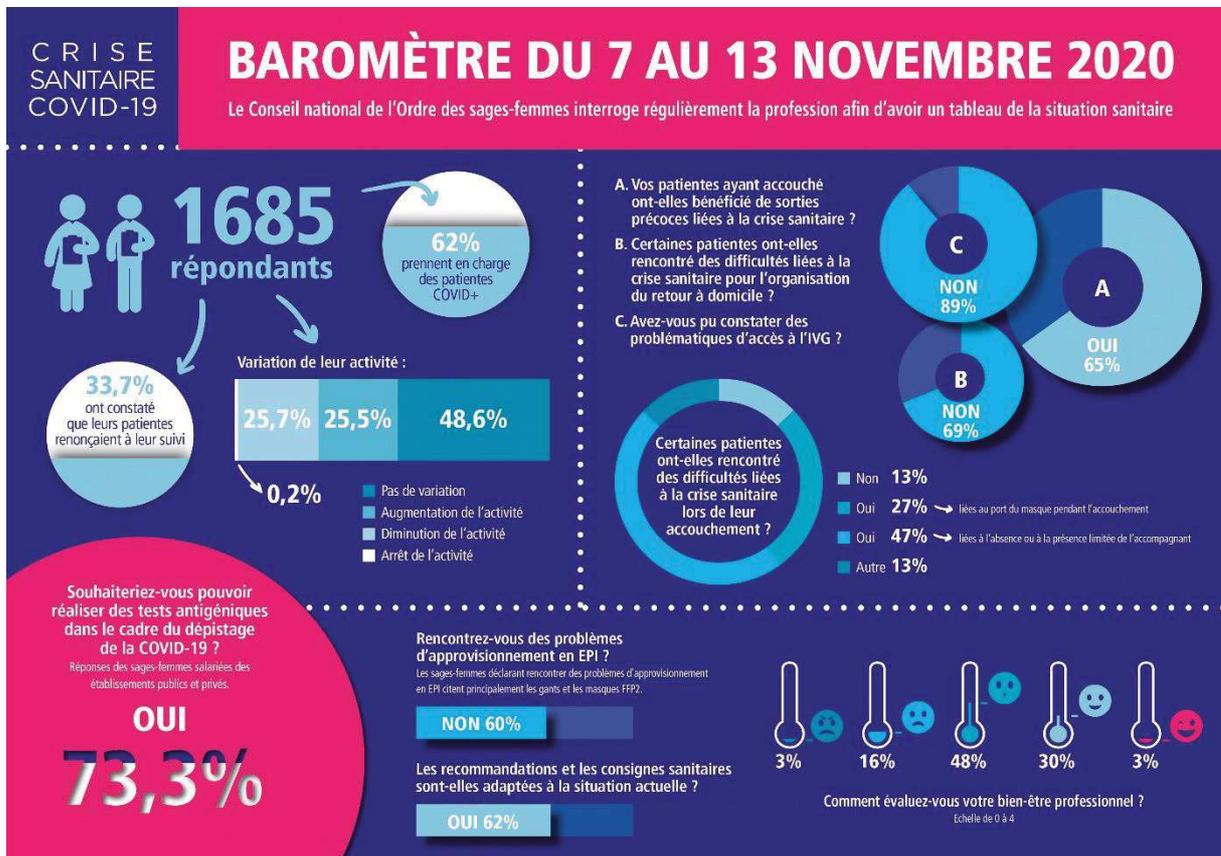
**B19. Voyez-vous d'autres intérêts et limites à la téléconsultation ?**

**B20. Avez-vous des éléments à ajouter ?**

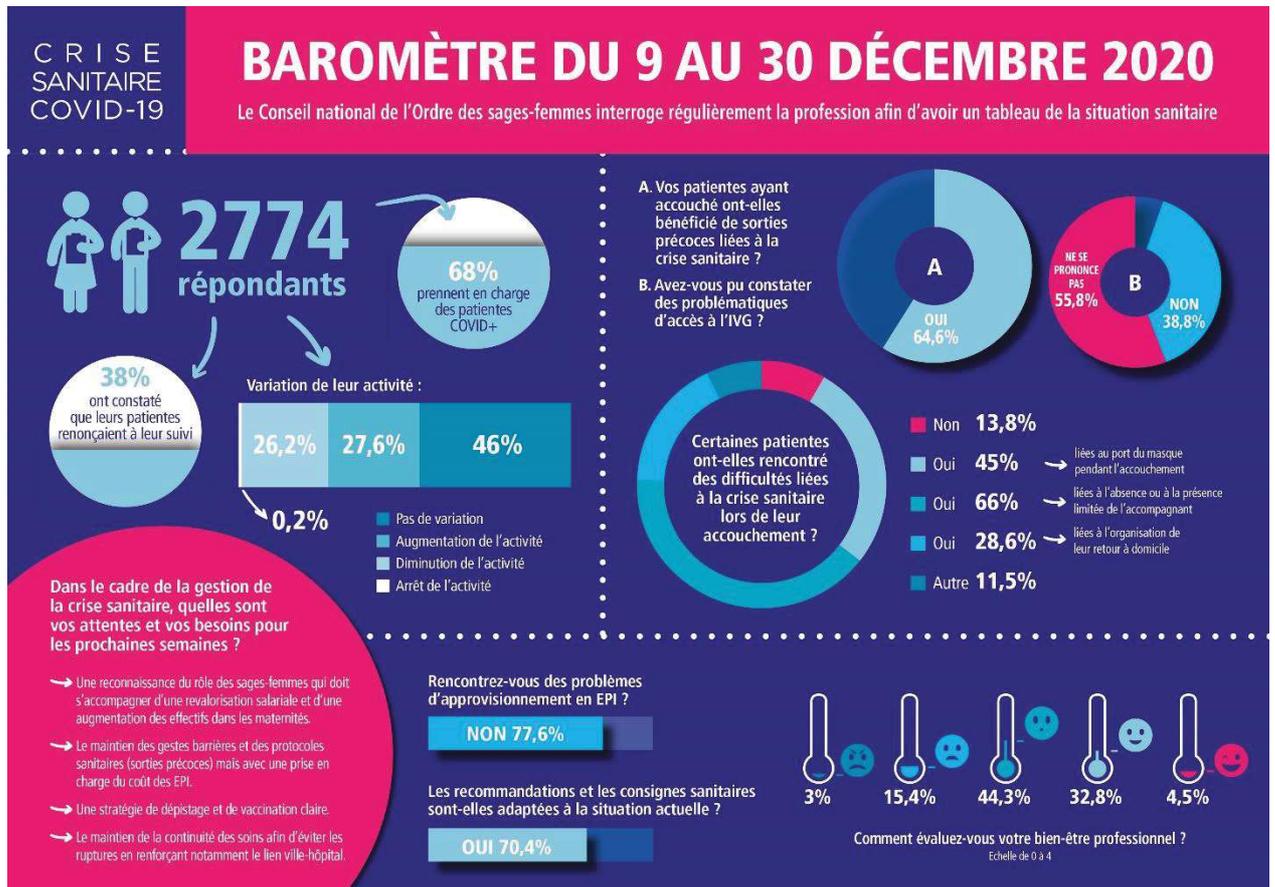
**Merci d'avoir pris le temps de partager votre expérience pour m'aider !**

**Souhaitez-vous être informés des résultats de cette enquête ? Si oui, merci d'envoyer un mail à : [coralie.schaeffer@etu.unistra.fr](mailto:coralie.schaeffer@etu.unistra.fr)**

Annexe II : Baromètre du l'ordre national des sages-femmes entre le 7 et le 13 novembre 2020 extrait du Site du Conseil National de L'ordre des Sages-Femmes : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>



Annexe III : Baromètre du l'ordre national des sages-femmes entre le 9 et le 30 décembre 2020 extrait du Site du Conseil National de L'ordre des Sages-Femmes : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>



## RÉSUMÉ

Introduction : Aujourd'hui dans le monde, une femme sur trois est victime de violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie et notamment durant la grossesse. Lors des confinements mis en place par le gouvernement français pour lutter contre l'épidémie de la Covid-19, les données ont montré une augmentation importante des violences conjugales parallèlement à une diminution du suivi médical des femmes enceintes. Les autorités recommandaient donc l'usage de la téléconsultation par les sages-femmes afin de maintenir le suivi. Les objectifs de ce travail de recherche étaient de décrire le profil des sages-femmes participantes et de rechercher les intérêts et les limites de la téléconsultation dans le dépistage des violences conjugales durant les périodes de confinement par les sages-femmes du Bas-Rhin.

Matériel et méthodes : L'étude semi quantitative, transversale, prospective et descriptive a été réalisée de juillet à octobre 2021. Un questionnaire électronique a été diffusé auprès de toutes les sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre Départemental du Bas Rhin (67) via sa liste de diffusion.

Résultats : Treize sages-femmes dont neuf ayant réalisé de la téléconsultation ont répondu au questionnaire. Tous les types et modes d'exercice étaient représentés et les âges étaient répartis uniformément entre 20 et 60 ans. La date médiane d'obtention du diplôme était 2004. Huit sages-femmes avaient bénéficié de formations continues au sujet des violences. La fréquence de pratique de la téléconsultation était répartie à part égale entre « très souvent », « parfois », « peu souvent » entre les neuf sages-femmes ayant utilisé cet outil et la question des violences a été posée « peu souvent ». Selon sept sages-femmes, la téléconsultation a présenté des intérêts dans le dépistage des violences conjugales comme maintenir le lien avec les patientes et ne pas les faire se déplacer inutilement. Selon six sages-femmes elle a plutôt présenté des limites majoritairement associées à l'absence d'examen clinique.

Conclusion : Les résultats de cette étude confirment que la téléconsultation présente des avantages mais elle reste difficile à instaurer dans le suivi des femmes car elle présente un grand nombre de limites dans le cadre du dépistage de ces violences.

Mots clés : télémédecine, consultation à distance, Covid-19, violence conjugale