

Violences conjugales durant la grossesse, quel est le rôle de la sage-femme dans le dépistage et l'accompagnement des femmes ?

Mémoire de fin d'étude
Travail de Bachelor

Anne MOLLIER-CARROZ

Matricule : 16-871-873

Charlotte JON

Matricule : 16-871-972

Directrice :

Jessica SORMANI - Sage-femme, Assistante de recherche et HES, Genève

Experte de terrain :

Chloé PYTHON - Sage-femme indépendante, Genève

Experte enseignante :

Chantal RAZUREL - Sage-femme, Professeure HES associée, Genève

Responsable du module :

Marie-Julia GUITTIER - Sage-femme, Professeure HES associée, Genève

Haute École de Santé de Genève

Août 2019

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

À Genève, le 21 août 2019

Anne MOLLIER-CARROZ & Charlotte JON

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement notre directrice de Bachelor Thesis, Mme Sormani, pour sa disponibilité et son accompagnement. Son aide nous a été précieuse durant ce long cheminement.

Merci également à Mme Python d'avoir accepté le rôle d'experte de terrain. Sa présence bienveillante et ses conseils nous ont guidés dans notre réflexion.

Remerciements distingués à Mme Razurel, notre experte enseignante, pour la lecture et l'évaluation de notre travail.

Nous sommes reconnaissantes envers Dylan Frobert, Clément Drut et Sarah Boccon-Gibod pour leurs relectures et leurs analyses critiques de notre Bachelor Thesis.

Un immense merci à notre famille et notre entourage pour leur soutien infailible, leur patience et leurs encouragements pendant ces trois années de formation.

À notre binôme, pour cette formidable aventure.

RÉSUMÉ

Introduction : Conformément à leur code de déontologie international, les sages-femmes ont le devoir de prodiguer des soins aux femmes enceintes en garantissant leur bien-être physique et psychique. Or, une femme sur cinq est victime de violences conjugales au moins une fois dans sa vie en Suisse et davantage durant la période prénatale. Le rôle des sages-femmes est ainsi primordial. En effet, les conséquences sont d'autant plus néfastes que les maïeuticiennes ont le devoir et la responsabilité de dépister ces violences ainsi que de soutenir les victimes.

Objectif : Ce travail identifie l'efficacité d'un moyen de dépistage et l'adéquation d'un modèle d'accompagnement des victimes de violences conjugales durant la grossesse.

Méthode : Cette revue de la littérature est composée de cinq articles issus des bases de données suivantes : PubMed, CINHALL et explore RERO. Ces derniers ont été sélectionnés entre janvier 2018 et mai 2019. Ils ont alors été analysés et critiqués, puis les résultats ont été discutés.

Résultats : Le dépistage des violences conjugales repose entre autres sur un principe de confidentialité entre la sage-femme et la personne soignée, ainsi qu'un environnement sécurisé. Les auteurs japonais ont ainsi mis en lumière qu'un questionnaire auto-administré est plus efficace pour les dépister pendant la période prénatale qu'une interview en face-à-face. De plus, en Tanzanie et au Vietnam, une combinaison de trois questions a démontré son utilité pour dépister une forme d'animosité. En outre, le niveau de confort des femmes enceintes n'a pas différé selon le format de l'outil. Enfin, des interventions à domicile et des conseils de soutien par des soignants ont montré leur efficacité pour accompagner les victimes.

Conclusion : Ces résultats sont encourageants, mais nécessitent davantage de recherches ainsi qu'une adaptation transculturelle pour pouvoir les généraliser à la société occidentale. Néanmoins, ils révèlent des lacunes de la pratique sage-femme et invitent à réfléchir aux perspectives d'amélioration.

Mots-clés : violences conjugales, dépistage, accompagnement, prévention, rôle sage-femme, grossesse, femmes enceintes.

ABSTRACT

Introduction : As stated by their international code of ethics, midwives have a duty to provide care to pregnant women by ensuring their physical and mental well-being. In Switzerland, one in five women is a victim of intimate partner violence at least once in their life and even more during the prenatal period. Therefore the role of midwives is vital. Indeed, the consequences are so harmful that midwives must identify and detect such violence and support victims.

Objective : This study identifies the effectiveness of a screening tool and the adequacy of a support model for victims of domestic violence during pregnancy.

Method : This literature review is drawn from five articles from the following databases : PubMed, CINHALL, and RERO. They were selected between January 2018 and May 2019, analyzed and criticized, and then the results were discussed.

Results : The detection of intimate partner violence relies, among others, on a confidentiality agreement between the midwife and the person being cared for, as well as on a safe environment. The Japanese authors have shown that a self-administered survey is more efficient to detect violence during the prenatal period than a face-to-face interview. Moreover, in Tanzania and Vietnam, a combination of three questions proved its benefits to screen a form of animosity. In addition, the comfort level of pregnant women did not vary according to the tool's format. Finally, home-based interventions and counseling by caregivers have proven to be effective in supporting victims.

Conclusion : These results are encouraging, however it requires more research and cross-cultural adaptation to generalize them to Western society. They reveal the gaps in midwives' practices and call open reflection on improvement prospects.

Keywords : Intimate partner violence, detection, accompaniment, prevention, midwifery role, pregnancy, pregnant women.

ACRONYMES EMPLOYÉS DANS CE BACHELOR THESIS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AAS	Abuse Assessment Screen
AVVEC	Aide aux Victimes de Violence en Couple
BEFH	Bureau de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIFERN	Centre d'Information Familiale Et de Régulation des Naissances
CIU	Centre Interdisciplinaire des Urgences
CP	Code Pénal
DAD-P	Dépistage Anténatal du futur risque de Dépression du Post-partum
DOTIP	Dépister la violence conjugale, Offrir un message de soutien, Traiter la situation, Informer la victime de ses droits et des ressources du réseau, Protéger et prévenir la récurrence
ENVEEF	Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
EPDS	Échelle de Dépression Postnatale d'Edimbourg
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IC	Intervalle de Confiance
ICM	International Confederation of Midwives
IPV	Intimate partner violence
IUMSP	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
LAMAL	Loi sur l'Assurance Maladie
LAVI	Loi sur l'Aide aux Victimes d'Infractions

MIPROF	Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victime de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MSF	Mutilations Sexuelles Féminines
OAS	Ongoing Abuse Screen
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PICO	Population, Interventions, Comparaison et Outcomes
RR	Risque Relatif
RTS	Radio Télévision Suisse
Se	Sensibilité
Sp	Spécificité
TPG	Transports Publics Genevois
UIMPV	Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence
USSPF	Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial
VAWS	Violence Against Women Screen
VPI	Violence exercée par des Partenaires Intimes
WHO	World Health Organisation

TABLE DES MATIÈRES

I.	Questionnement professionnel	12
II.	Cadre de référence théorique	16
1.	Violences conjugales	16
1.1.	Un processus dynamique dans le temps	16
1.2.	La violence, un état de crise	17
1.3.	Caractère polymorphe de la violence	19
1.4.	Les facteurs de risque des violences conjugales	20
1.5.	Les violences conjugales et leurs facteurs protecteurs associés	22
1.6.	Les causes de la violence	23
1.7.	Les impacts de la violence conjugale	24
1.8.	La législation actuelle sur les violences conjugales	27
2.	Dépistage des violences conjugales	29
2.1.	Les origines du dépistage des violences envers les femmes	29
2.2.	La prévention primaire, secondaire et tertiaire	29
2.3.	Le dépistage et ses appréhensions	30
2.4.	Le rôle sage-femme dans le dépistage des violences conjugales	32
3.	Prise en soin des femmes	32
3.1.	L'accompagnement, un art de vie	32
3.2.	Le rôle sage-femme lors de l'accompagnement de la parturiente	34
4.	Problématique et question de recherche	35
III.	Dimension éthique	36
IV.	Méthodologie de recherche de la littérature	38
1.	Sélection et traduction des mots-clés	38
2.	Bases de données utilisées	39
3.	Articles sélectionnés	39
4.	Limites et contraintes de la recherche de la littérature	43
5.	Recherche de la littérature de référence	44
V.	Présentation des articles	44
VI.	Analyse de revue de la littérature	50
1.	Analyse critique des articles	50
1.1.	La méthodologie	50
1.1.1.	Les auteurs et les revues	50
1.1.2.	Le design des études	51
1.1.3.	L'échantillonnage des recherches	51
1.1.4.	La procédure	52
1.1.5.	L'analyse des statistiques	54
1.2.	L'éthique	55
2.	L'analyse transversale des résultats selon les réflexions susmentionnées	56

2.1.	Réflexion n°1 - Dépister efficacement les violences conjugales	56
2.1.1.	Format et outils du dépistage	56
2.1.2.	Satisfaction des femmes lors du dépistage	57
2.2.	Réflexion n°2 - Intervenir auprès des victimes réduit les conséquences maternelles et néonatales	58
2.2.1.	Les constats autour de la violence	58
2.2.2.	La corrélation entre les violences conjugales, la santé et les issues obstétricales	59
VII.	Discussion	60
1.	Résultats de notre recherche scientifique	60
1.1.	Un processus dynamique dans le temps	60
1.2.	Intervenir auprès des victimes de violences conjugales	62
2.	Points forts et limites de notre recherche	64
VIII.	Retour dans la pratique	66
1.	Vision actuelle des services à disposition	66
1.1.	Protocole de dépistage et d'accompagnement – DOTIP	66
1.2.	Soutien des victimes de violences conjugales	67
1.2.1.	Soutien informatif	67
1.1.1.	Soutien matériel	68
1.1.2.	Soutien émotionnel et d'estime	69
1.2.	Soutien des professionnels au sujet des violences	70
1.2.1.	Carte adressée aux soignants	70
1.2.2.	Élaboration d'un partenariat sage-femme - psychologue	70
2.	Perspectives professionnelles	71
2.1.	Ébauche d'un service de soutien	71
2.2.	Atteinte de la population cible	74
2.3.	Langues et utilisation sur le terrain	74
IX.	Conclusion	75
X.	Bibliographie	77

Table des illustrations des tableaux

Tableau 1 : Facteurs de risque exposant les femmes à la violence	22
Tableau 2 : Différents facteurs protecteurs des violences conjugales	22
Tableau 3 : Conséquences des violences conjugales	27
Tableau 4 : Récapitulatif des actes poursuivis d'office ou sur plainte	28
Tableau 5 : Description des concepts-clés	38
Tableau 6 : Description des bases de données	39
Tableau 7 : Description de la recherche autour du dépistage.....	40
Tableau 8 : Description de la recherche concernant les interventions.....	41
Tableau 9 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles	42
Tableau 10 : Bibliographie des articles sélectionnés	43
Tableau 11 : Description de l'article de Kataoka et al. (2010).....	45
Tableau 12 : Description de l'article de Rasch et al. (2018).....	46
Tableau 13 : Description de l'article de Van Parys et al. (2014)	47
Tableau 14 : Description de l'article de Medjoubi et al. (2013)	48
Tableau 15 : Description de l'article de Taghizadeh et al. (2018)	49
Tableau 16 : Répertoire des outils de dépistage.....	54
Tableau 17 : Respect de l'éthique au sein des cinq articles sélectionnés	56

Table des illustrations des figures

Figure 1 : « Femmes victimes de violences physiques en 2015 », tiré de Atlasocio.com (2018)	14
Figure 2 : Modèle écologique, tiré de l'OMS (2012).....	23

« La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité : il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux » (De Beauvoir, 1949).

I. Questionnement professionnel

Les violences conjugales, phénomène multiséculaire et universel, sont une problématique sociétale et actuelle récurrente. Elles connaissent une réelle progression au sein des sociétés malgré la mise en application de lois pour la protection des femmes. Ces dernières ne sont pas toujours respectées et peuvent parfois provoquer une forme d'animosité envers les victimes. Notamment, en Inde, par le non-respect de ces lois, des victimes féminines sont livrées à elles-mêmes (SWISSAID, 2017). Suite à l'expansion de cette virulence, de nombreuses études ont été menées à ce sujet, ce qui a notamment permis de mettre en lumière des interventions médicales adéquates. Ainsi, à travers ce Bachelor Thesis, une réflexion autour des femmes victimes de violences conjugales est exposée, tout en ayant conscience que ce phénomène peut également toucher les hommes.

Dès l'Antiquité, de nombreux auteurs tels qu'Aristote s'interrogent quant à l'absence d'âme chez la femme, causant ainsi cette animosité au sein des couples (Groult, 1976 cité par Combis-Schlumberger, 2016). Des siècles plus tard, l'Église accorde au Moyen-Âge un droit de correction qui permet à l'époux d'infliger une punition physique envers sa femme (Systemia Lieu Ressources Violences Conjugales, 2011). Cette spirale n'a cessé d'exister durant des siècles sans qu'aucune femme ne puisse s'y opposer. Au XXe siècle, les violences conjugales et l'oppression des femmes sont dénoncées, si bien que les perceptions à leur sujet commencent à évoluer en Occident. Par leurs travaux dans le domaine médical, le docteur Pincus et le professeur William Geisendorf ont participé à la révolution sexuelle et à l'évolution du statut de la femme de nos jours. De par la création du premier Centre d'Information Familiale et de Régulation des Naissances (CIFERN) en 1965 à Genève (Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial, 2015) et la commercialisation de la pilule contraceptive aux États-Unis en 1960 (S. Galley, Document non publié [Support de cours], 18 Mars 2018), des mouvements de libération des femmes ont vu le jour. C'est en 1971 qu'elles obtiennent le droit de vote en Suisse leur offrant ainsi des libertés et des responsabilités supplémentaires (Confédération Suisse, s.d.). Ces dernières ont pu s'accroître grâce au droit à l'avortement obtenu en 1975 en France (S. Galley, Document non publié [Support de cours], 18 Mars 2018), légalisé plus tardivement en

Suisse. Les femmes peuvent ainsi se positionner en tant que personne à part entière, s'affirmer et s'émanciper aux yeux de tous.

Les premiers mouvements féministes se développent alors et éveillent en chacune le besoin de reconnaissance, d'égalité et de justice. Les femmes se soulèvent donc à l'unisson contre le pouvoir prédominant des hommes exercé à leur égard. Dès lors, des voix s'élèvent parmi la population suisse telles que celles de trois institutions : le Bureau de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (BEFH), le Centre Interdisciplinaire des Urgences (CIU) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et l'unité de prévention de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) de l'Université de Lausanne. Un programme de prévention nommé « C'est assez » est alors établi par ces organismes dans les années 2000 afin de favoriser l'égalité homme-femme (Hofner & Viens Python, 2014, pp.19-20).

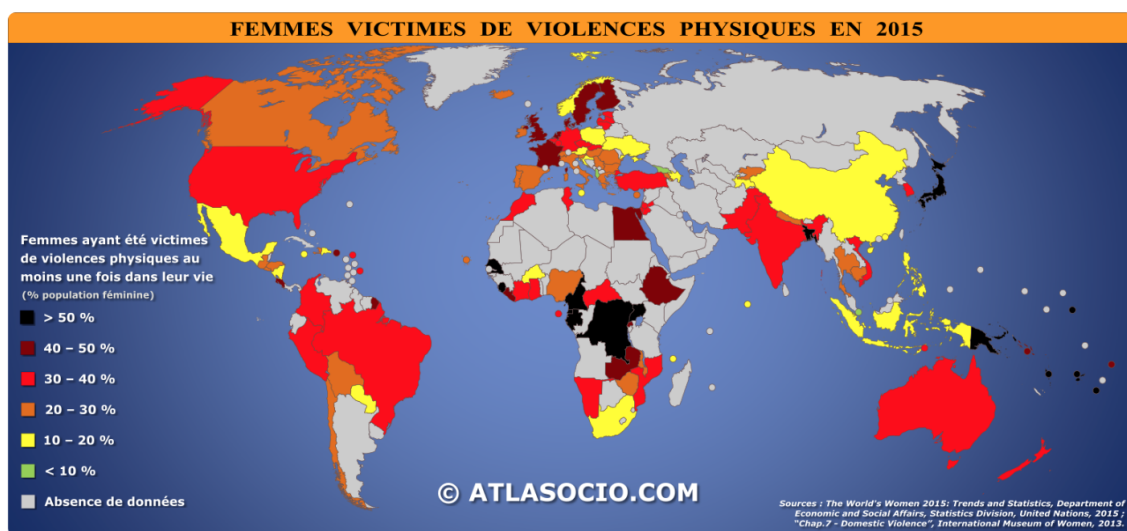
En outre, la position des droits de la femme se rapproche davantage de celle de l'homme en France par la loi du 4 août 2014 sur l'égalité des sexes. Il s'agit d'un pilier dans le partage des responsabilités parentales axé sur la revendication de la parité tant dans le domaine professionnel que privé, et dans la lutte contre les violences exercées envers les femmes.

Les violences conjugales furent invisibles au sein des sociétés occidentales durant de nombreuses années. En retrait, elles émergent grâce à un tournant dans leur dépistage au cours des années 1970 (Seguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000). Les individus prennent alors conscience de ce fléau : omniprésente dans la vie privée des couples, cette problématique devient alors un sujet d'envergure publique puisqu'un important panel de figures féminines est touché. Elle fait l'objet de nombreuses études en France et à l'étranger dans les années 1990, donnant par la suite naissance à une législation. Une déclaration sur l'élimination de la violence envers les femmes est alors signée en 1993 stipulant que cette « violence [...] traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes » (Simon, 2014, p.17).

En 1995, le secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU), M. Boutros Boutros-Ghali, affirme que la violence envers les femmes est une problématique universelle qui nécessite d'être définie et prise en considération (Champenoux, 2011,

p.12). De surcroît, les articles 1 et 2 de la Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'infractions du 23 mars 2007 (LAVI) entrent en vigueur en Suisse afin de protéger les victimes et leurs droits, les conseiller et les accompagner (LAVI ; RS 312.5).

La violence conjugale devient ainsi un enjeu de santé publique : une femme sur trois subit des violences au moins une fois dans sa vie en Europe (Ronai, 2014 cité par Ouharzoune, 2014, p.21). Au vue de cette problématique préoccupante et de ses conséquences alarmantes, des politiques de prévention et de répression ont été mises en place. Elles peinent cependant à abaisser le nombre de victimes de par le monde. Malgré ces diverses évolutions de natures juridique et politique, les femmes subissent incessamment des violences conjugales dans les pays industrialisés et ceux en voie de développement comme illustré ci-dessous (Figure 1) (Moreau, 2018).



Carte des États du monde par pourcentage de femmes victimes de violences physiques en 2015. © ATLASOCIO.COM

Figure 1 : « Femmes victimes de violences physiques en 2015 », tiré de Atlasocio.com (2018)

En 2017, malgré les lois et réglementations applicables, 130 femmes et 21 hommes sont décédés sous les coups de leur conjoint en France (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre la traite des êtres humains, 2018). Une étude de la MIPROF souligne que le nombre de femmes victimes d'homicide par leur partenaire ne cesse d'augmenter au XXI^e siècle. Par exemple, en 2015 le nombre de victimes féminines était de 122 contre 130 en 2017 (MIPROF, 2018). Ces chiffres, illustrés par les actualités et les réseaux sociaux, révèlent l'ampleur de cette réalité grandissante en démocratisant les violences conjugales au niveau mondial. En effet, durant l'été 2018, un mouvement solidaire « Todos por Tatiane » est créé sur les réseaux sociaux

en l'honneur d'une jeune victime brésilienne tuée sous les coups de son partenaire. Ce drame suscite une vague d'indignation dans le pays. La population dénonce alors le proverbe sur la vie privée du couple : il ne « faut pas mettre de cuillère, soit s'interposer entre une femme et un homme » (Rubetti, 2018). D'autres manifestations sont également visibles à travers le monde dont les mouvements « #MeToo » en 2006 aux États-Unis (Metoo, 2018) et « #balancetonporc » en 2017 en France (Le Parisien, 2018) pour dénoncer les abus sexuels. Ces multiples soulèvements marquent l'opinion publique et mettent ainsi en avant les violences conjugales.

Les sages-femmes¹ font partie des professionnels de santé de première ligne pour dépister les violences conjugales durant la grossesse. Par ailleurs, en Suisse, selon l'art. 29 de la Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMAL) garantit à chaque parturiente des consultations prénatales de qualité exercées par une maïeuticienne et/ou un médecin en fonction de sa situation. D'après le code de déontologie international des sages-femmes, il est de leur rôle de prodiguer des soins de qualité à la femme enceinte, de satisfaire ses besoins, de défendre ses droits et de promouvoir la santé du fœtus (International Confederation of Midwives, 2014). Dès lors, durant la période prénatale, un lien de confiance peut s'établir entre soignante et soignée, proposant ainsi une ouverture au dialogue et une éventuelle confiance. Il est à noter que 40% des épisodes de violence sont dépistés au début de la grossesse par les sages-femmes (Simon, 2014). Cependant, nombre d'entre elles ne se sentent pas suffisamment préparées et/ou en confiance pour aborder cette thématique avec les femmes (Annexe 1). En effet, d'après la MIPROF, environ « 7 sages-femmes sur 10 n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes » ; or, environ 80% de ces professionnelles sont confrontées à des patientes victimes de violences au moins une fois au cours des 12 derniers mois (MIPROF, 2014). Comme le souligne Champenoux (2011), les femmes s'adressent dans un premier temps au personnel de santé pour se confier ; alors qu'elles ont plus de difficultés à se rendre dans un commissariat de police. Cependant, il est nécessaire que ces différents partenaires cités collaborent ensemble dans l'optique d'améliorer la prise en soin globale de la victime (Champenoux, 2011, p.23). L'année 2014 est également marquée par l'apparition en

¹ Par convenance, les termes « sage-femme » et « maïeuticienne » comprennent aussi bien le genre féminin que masculin.

Suisse d'une rubrique intitulée « violence conjugale » dans le dossier médical des parturientes, ce qui a mis en évidence une augmentation de 136% du taux de dépistage et de leurs prises en soin (Dufey Liengme, Coquillat, Demierre, Holfeld & Renteria, 2007, cités par Hofner & Viens Python, 2014, p.107). Ainsi, il est essentiel de poursuivre des recherches scientifiques autour de ce sujet afin d'accroître les connaissances en la matière et d'améliorer la pratique sage-femme. Ce Bachelor Thesis se concentre donc sur cette thématique.

II. Cadre de référence théorique

1. Violences conjugales

1.1. Un processus dynamique dans le temps

Comme susmentionné, les violences conjugales possèdent un historique de développement croissant à travers les siècles. Emile Zola en fait référence notamment dans son ouvrage *L'Assommoir* au XIXe siècle. À travers Gervaise, le personnage principal et ses relations amoureuses, il rapporte des épisodes de violence domestique associés à la thématique de l'alcoolisme (Zola, 1877). En 1977, dans la revue *Libre*, l'anthropologue Pierre Clastres représente une société empreinte d'animosité où celle-ci sert à « maintenir de petites communautés indépendantes et cependant unies dans un même goût : celui de l'absence de roi, de chef ou de président » (Meyran, 2006, p.15). La société s'intéresse davantage à ces incidents rendus alors publics ; par conséquent, des fonds nationaux (Programme national de recherche PNR35) sont mobilisés pour financer des recherches à ce sujet (Hofner & Viens Python, 2014, pp.47-48). Prenant une ampleur considérable, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désigne en 2002 « la violence envers les femmes comme un problème de santé publique » (OMS, 2002). De ce fait, cette virulence devient un défi mondial nécessitant de nouvelles mesures de prévention et d'interventions pour les femmes. Fondée en 2005 à Lausanne, l'Unité de Médecine des Violences (UMV) accompagne les victimes, forme les professionnels de santé et contribue aux recherches scientifiques. Un an plus tard, à Lausanne, une consultation hospitalière destinée aux femmes subissant des violences conjugales sera créée (Hofner & Viens Python, 2014, p.73).

1.2. La violence, un état de crise

D'après l'OMS, la *violence* se définit par « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (OMS, 2002).

De leur côté, les Nations Unies se sont plus particulièrement intéressées à la *violence à l'égard des femmes*, et la caractérisent comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (OMS, 2017).

Cette virulence envers les femmes peut être exercée par un partenaire intime et intègre alors la catégorie de *violence conjugale*. Cette dernière est déterminée par « [...] un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes, de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui visent à contrôler et à dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter, portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Ces violences affectent aussi l'entourage de la victime et de l'agresseur, notamment les autres membres de la famille, dont les enfants » (Amnesty International, 2006). Cette définition souligne l'étendue des caractéristiques de l'animosité tant par les différents agresseurs possibles que par les diverses formes que peut prendre cette dernière. Ainsi, de multiples interprétations peuvent émerger suite à la lecture de cette citation.

Entre autres, les individus confondent communément la violence conjugale et les conflits au sein du couple. En effet, de nombreux partenaires se disputent au quotidien, cependant ceci n'intègre pas systématiquement la notion de violence conjugale : la différence provient du rapport de force qui s'exerce entre les conjoints. La violence conjugale constitue un cycle répétitif dans lequel un partenaire domine et cherche à contrôler l'autre, tandis que le conflit met en jeu les deux personnes dans lequel l'animosité peut aboutir à un compromis. De plus, un rapport unilatéral demeure à l'intérieur de cette violente spirale, contrairement aux conflits où les rôles sont interchangeable (Ronai, 2014 cité par Ouharzoune, 2014, pp.21-22).

Cette définition peut également être nuancée par le concept d'*intentionnalité*. Autrement dit, un contraste subsiste entre « le comportement voulu et la conséquence recherchée », ce qui signifie qu'une personne peut s'adonner à des comportements violents sans en appréhender ses conséquences (Sampson, 2017). Par ailleurs, l'interprétation des gestes évolue en fonction des origines et des cultures de chacun. Par exemple, d'après Xiemena Sampson, 76,3% des femmes au Mali estiment qu'être battues par leur conjoint est admissible si elles négligent leurs enfants, sortent sans permission ou s'opposent à avoir des rapports sexuels (Sampson, 2017).

Sans aucune intervention interne ou externe, la plupart de ces frénésies se perpétuent et adhèrent ainsi au cycle de la violence conjugale (Annexe 2) (Maison Halte Secours, 2013). Ce dernier se compose de quatre phases : le climat de tension, l'agression, la justification et la rémission. Ce cycle est initié par l'agresseur, il s'installe progressivement au sein du couple et donne au conjoint le contrôle sur sa partenaire. Il se reproduit ainsi de manière régulière et de plus en plus rapprochée dans la relation conjugale.

❑ **Climat de tension**

La montée de la violence élabore la première phase du cycle. Des excès de colère et des menaces se manifestent au sein du couple, ce qui aboutit à une relation de domination et à un climat de tension (Centre LAVI, 2006). La victime vit dans l'instabilité et la peur, elle cherche à atténuer cette atmosphère (Champenoux, 2011, p.25).

❑ **Agression**

Cette accumulation de tensions s'achemine à la crise majeure du cycle de la violence : ce « trop-plein » devient « un prétexte aux coups en cas de violence physique » (Champenoux, 2011, p.25). Le partenaire ne se maîtrise plus et ne parvient pas à contrôler sa colère (Centre LAVI, 2006). La femme est alors confrontée entre résister ou s'abandonner à son mari. C'est durant ce stade que la majorité des victimes font appel à une aide externe (Champenoux, 2011, p.25).

❑ **Justification / Invalidation**

S'ensuit la phase de justification, durant laquelle le partenaire cherche à se déresponsabiliser et à se faire pardonner. Il tente de justifier ses actions en mettant en cause sa partenaire, le stress, l'abus d'alcool et/ou de substances illicites (Centre LAVI, 2006). La victime est déstabilisée, ressent de la culpabilité et se croit coupable de la situation (Champenoux, 2011, p.25).

❑ **Rémission**

Enfin, la période de lune de miel est caractérisée par les regrets de l'agresseur, qui demande pardon à sa compagne et lui promet de ne jamais reproduire ses faits et gestes. Elle reprend ainsi confiance en son partenaire et retrouve espoir en son couple (Centre LAVI, 2006). C'est au cours de cette phase que la plupart des victimes retirent leur plainte et reviennent au domicile conjugal (Champenoux, 2011, p.25).

Un comportement général des victimes, basé sur des observations scientifiques, est décrit précédemment. En effet, chaque femme peut exprimer des réactions différentes face à ce cycle.

1.3. **Caractère polymorphe de la violence**

La violence peut se décliner sous différentes formes (Annexe 3) telles que décrites ci-dessous (Centre LAVI, 2006).

❑ **La violence psychologique** (représente 85% des violences conjugales) (Office cantonal de la statistique, 2018).

Elle est la plus difficile à dépister. La femme est humiliée, rabaissée, dénigrée, isolée et intimidée par son partenaire. Elle perd ainsi toute confiance en elle (Violence que faire, 2019).

❑ **La violence physique** (représente 59% des violences conjugales) (Office cantonal de la statistique, 2018).

Elle se manifeste au cours du temps suite à un manque de contrôle du conjoint sur sa partenaire. Elle est caractérisée entre autres par des gifles, bousculades, pincements, coups, étranglements, brûlures etc. (Violence que faire, 2016).

❑ **La violence économique** (représente 22% des violences conjugales)

(Office cantonal de la statistique, 2018).

Le conjoint prive la femme de ses biens notamment en la destituant de son salaire, en lui interdisant de travailler et en s'appropriant son capital financier (Violence que faire, 2016).

❑ **La violence sexuelle** (représente 10% des violences conjugales)

(Office cantonal de la statistique, 2018).

Cette forme est la plus occultée des violences conjugales. Le dépistage est délicat de par le sentiment de honte des patientes. La femme subit des harcèlements sexuels, des viols ou tentatives de viols, est contrainte à visionner des scènes pornographiques ou encore à se prostituer (Violence que faire, 2019).

❑ **La violence verbale**

Elle intensifie la violence psychologique par la répétition d'injures, de menaces et d'insultes (Centre LAVI, 2006).

❑ **La violence administrative**

Elle consiste à écarter la femme de ses documents administratifs tels que ses papiers d'identité, les fiches de paie, les factures ou encore le livret de famille (Champenoux, 2011, p.10).

Une forme d'animosité parmi ces différents aspects de la violence² peut être présente de manière isolée, ou alors certaines peuvent apparaître de manière concomitante. Cette virulence se déploie souvent ainsi : la violence psychologique marque souvent le début des conflits, s'ensuit la forme sexuelle et enfin les premiers coups apparaissent (Ronai, 2014 cité par Ouharzoune, 2014, pp.21-22).

1.4. Les facteurs de risque des violences conjugales

Actuellement, un important échantillon de femmes peut être victime de violences conjugales. Différentes études se sont focalisées sur l'existence de facteurs

² Sont également considérées comme des facettes de la violence, les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) et les mariages forcés, qui n'entrent pas spécifiquement dans une de ces catégories.

de risque récurrents. Parmi ces derniers, Flury et Nyberg (2010) mettent en évidence que la grossesse rend les femmes plus vulnérables à un épisode de violence de la part de leur conjoint car ce dernier doit accepter la venue d'un nouvel être dans son couple (Flury & Nyberg, 2010 cités par Cillart, 2017, p.18). Comme le mentionne la psychiatre Hirigoyen, l'homme n'a pas de maîtrise sur la grossesse, or « pour se sentir bien, il faut [...] qu'il puisse la contrôler à tout instant ». Il peut prendre cette nouvelle arrivée comme un danger, confondre « amour et possession » et se sentir exclu de la dyade mère-enfant (Hirigoyen, 2005 citée par Cillart, 2017, p.18). La grossesse est ainsi un facteur de risque considérable pour les violences conjugales, d'autres risques non-négligeables sont également sous-mentionnés (Tableau 1).

<p>Facteurs individuels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « La grossesse » (Gouvernement du Québec, 1995) - « Jeune âge 15 à 19 ans » (Flury & Nyberg, 2010) - « Faible niveau d'instruction » (Organisation Mondiale de la Santé, 2012) - « Témoin de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance » (OMS, 2012) - « Usage nocif de drogues et d'alcool » (Champenoux, 2011, p.23) - « Toxicomanie » (Organisation des Nations Unies, 2013) - « Troubles de la personnalité » (OMS, 2012) - « Acceptation de la violence par la femme » (OMS, 2012) - « Consultations pour soins gynécologiques ou obstétriques répétées » (Zbinden & Bernet, 2018, p.55) - « Handicap » (Simon, 2014, p.22) - « Recours à la violence, au sein de la famille ou dans la communauté, comme moyen normal de règlements de conflits » (ONU, 2013) - « Forte croyance religieuse (la religion en soit elle-même n'a pas de rôle) » (Zbinden & Bernet, 2018, p.56)
<p>Facteurs communautaires et sociétaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Normes sociales inégalitaires en matière de relation entre les deux sexes » (OMS, 2012) - « Pauvreté » (OMS, 2012) - « Faible considération sociale [...] des femmes » (OMS, 2012) - « Faibles sanctions juridiques contre la VPI entre époux » (OMS, 2012) - « Absence de droits civils des femmes, notamment l'existence de lois sur le mariage et le divorce qui sont restrictives ou inéquitables » (OMS, 2012) - « Faibles sanctions communautaires contre la VPI » (OMS, 2012) - « Large acceptation sociale de la violence comme moyen de résoudre les conflits » (OMS, 2012) - « Conflits armés et niveaux élevés de violence en général dans la société » (OMS, 2012) - « Appartenance des femmes aux groupes marginalisés ou exclus » (ONU, 2013) - « Attitudes et pratiques consacrant la subordination des femmes et tolérant la violence masculine » (ONU, 2013) - « Manque d'espace protégés pour les femmes comme lieu de rencontre physique ou virtuelle » (ONU, 2013) - « Absence de dispositifs législatifs et politiques capables de prévenir la violence à l'égard des femmes et à intervenir lorsqu'elle se produit » (ONU, 2013) - « Efforts de sensibilisation insuffisants des prestataires de services, des représentants des forces de l'ordre et du système judiciaire » (ONU, 2013)
<p>Facteurs relationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Conflits ou insatisfaction dans le couple » (OMS, 2012) - « Domination masculine dans la famille » (OMS, 2012) - « Stress économique » (OMS, 2012) - « Hommes ayant de multiples partenaires » (OMS, 2012)

	<ul style="list-style-type: none"> - « Écart entre les niveaux d'instruction [...] situation dans laquelle une femme est plus instruite que l'homme » (OMS, 2012) - « Écart d'âge supérieur à 10 ans » (Champenoux, 2011, p.22) - « Répartition inégalitaire du travail domestique » entre les deux partenaires » (Champenoux, 2011, p.23) - « Désir d'enfant actuel et non comblé jusqu'ici » (Zbinden & Bernet, 2018, p.56)
Facteurs économiques	<ul style="list-style-type: none"> - « Faible considération [...] économique des femmes » (OMS, 2012) - « Absence de perspective économique » (ONU, 2013) - « Étudiantes et les chômeuses » (Champenoux, 2011, p.23) - « Femmes n'ayant accès à aucun compte bancaire » (Champenoux, 2011, p.22) - « Difficulté d'accès des femmes à la propriété foncière et au droit d'en disposer librement » (ONU, 2013)

Tableau 1 : Facteurs de risque exposant les femmes à la violence³

1.5. Les violences conjugales et leurs facteurs protecteurs associés

À la différence des multiples facteurs de risque susmentionnés (Tableau 1), les éléments protecteurs (Tableau 2) jouent un rôle dans la prévention de la violence conjugale et favorisent la diminution de son taux. Plusieurs font notamment partie du plan de prévention des violences domestiques établies par l'ONU en 2013 (ONU, 2013). Ce programme est essentiel au niveau mondial puisque « aucune femme, aucune fille dans le monde n'est entièrement à l'abri du risque de violence et de maltraitance » (ONU, 2013).

« Retarder le mariage jusqu'à 18 ans » (ONU, 2013)	« Accès à la formation technique, au crédit et à l'emploi » (ONU, 2013)	« Inciter les filles (et les garçons) à achever des études d'enseignement secondaire » (ONU, 2013)
« Assurer l'autonomie économique des femmes » (ONU, 2013)	« Mettre en place des services d'intervention de qualité (juridiques, sécuritaires et de protection, sociaux et sanitaires) dotés de personnels qualifiés, compétents et expérimentés » (ONU, 2013)	« Réserver des lieux protégés ou des abris pour les femmes » (ONU, 2013)
« La richesse » (Spiwak & al, 2015)	« Faciliter l'accès des femmes à des groupes d'appui » (ONU, 2013)	« Établir des normes sociales favorables à l'égalité des sexes » (ONU, 2013)

Tableau 2 : Différents facteurs protecteurs des violences conjugales

³ À savoir, les tableaux de ce Bachelor Thesis contiennent des citations directes relevées de différentes sources. Par souci de clarté, les références bibliographiques sont citées à l'intérieur de ces modèles. Il est à souligner que leur composition n'est pas exhaustive.

1.6. Les causes de la violence

Après avoir différencié les multiples facteurs de risque et les éléments protecteurs, l'importance du caractère multifactoriel de la violence conjugale est également à souligner. Cette virulence est issue d'une interaction entre divers facteurs de risque, visibles ci-dessous (Figure 2) à travers le modèle écologique de l'OMS (OMS, 2012). Ces éléments sont de natures individuel, relationnel, communautaire et sociétal, et jouent conjointement un rôle dans l'apparition de la violence envers les femmes. Le but de ce modèle écologique est de souligner ces vecteurs et de tendre à les diminuer, ainsi que de mettre en évidence les facteurs de protection.

FIGURE 1

Facteurs associés à la violence à l'égard des femmes, selon le modèle écologique (10)

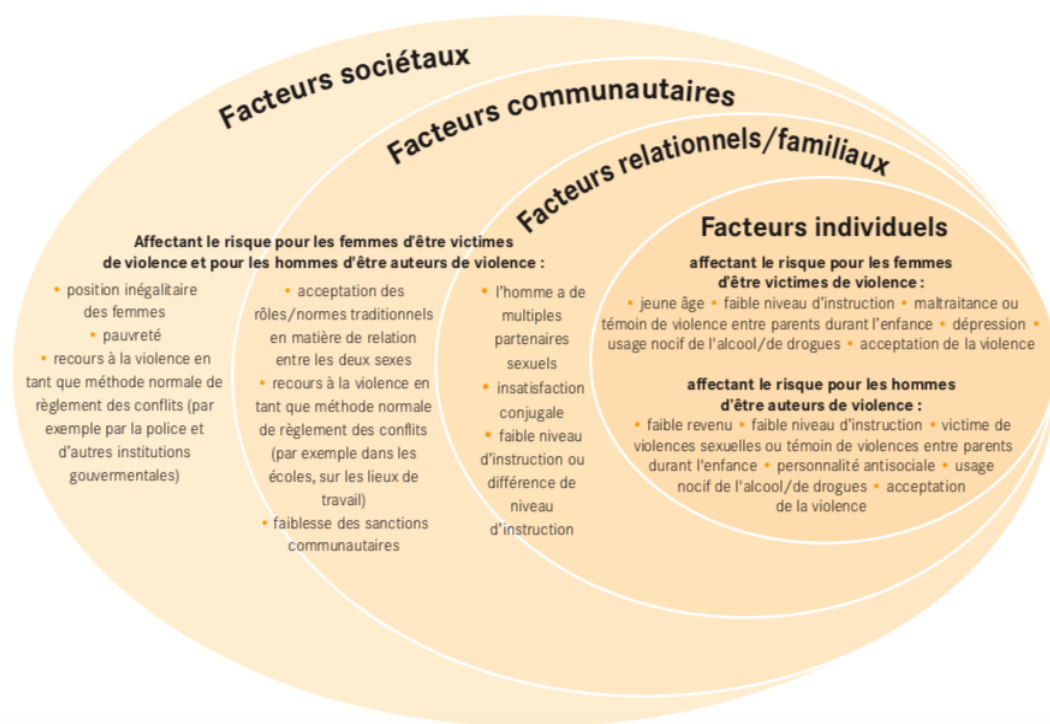


Figure 2 : Modèle écologique, tiré de l'OMS (2012)

Comme l'exposent Lachapelle et Forest (2000), « la violence conjugale peut se lire comme la traduction, au niveau individuel, du rapport de pouvoir existant dans la société au profit des hommes. Cela ne signifie pas que tous les hommes soient violents, mais plutôt que l'organisation des rapports sociaux entre les hommes et les femmes rend possible la violence conjugale, en fonction de plusieurs facteurs qui se cumulent » (Lachapelle & Forest, 2000 citées par le centre LAVI, 2006). À cause de l'existence d'inégalités entre les hommes et les femmes, la violence conjugale ne peut

que persister. Ayant conscience de cette réalité, connaître la personnalité de la majorité des agresseurs peut se révéler primordial pour les femmes. Ils ont été catégorisés dans le rapport Henrion présenté ci-dessous (Champenois, 2011, p.31) :

- « Homme immatures et impulsifs qui deviennent violents à l'occasion d'un événement qu'ils ne contrôlent pas. »
- « Hommes autoritaires pour qui il est normal de dominer leur compagne. »
- « Hommes témoins ou victimes de violences dans l'enfance qui reproduisent cette violence. »
- « Hommes jaloux ayant besoin de contrôler leur partenaire. »
- « Hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance extrême à l'égard des femmes. »
- « Hommes qui sont violents seulement lors de la prise d'alcool ou de toxiques par la levée de l'inhibition. »
- « Hommes contrôlant qui ne frappent pas mais qui exercent en permanence sur leur partenaire une violence psychologique. Cette violence est très fréquente mais peu détectée et sa prise en considération par la société est difficile. »

Henrion décrit également que le domaine professionnel de l'agresseur peut avoir un rôle : « On remarque une proportion très importante de cadres (67%), de professionnels de la santé (25%) et de membres de la police ou de l'armée » (Ministère de la santé, 2001). À la vue de cette conjugaison de facteurs et des caractéristiques types de l'agresseur, la sage-femme doit faire preuve de vigilance dans son rôle de dépistage vis-à-vis de ces différents éléments.

1.7. Les impacts de la violence conjugale

La violence conjugale est une des principales causes de la mort de millions de personnes chaque année dans le monde entier ; ses conséquences sont graves et diversifiées. En effet, les femmes victimes de violence « perdent entre 1 et 4 années de vie » (OMS, 1995 cité par Lebas, Morvant & Chauvin, 2006, p.2). Outre les coûts privés et publics qu'elle engendre, la violence conjugale provoque des dégâts humains colossaux et irréversibles. Ces derniers peuvent se manifester plusieurs années après que les violences aient cessées et ainsi engendrer des maladies psychiques chez la femme (Zbinden & Bernet, 2018, p.55). De plus, d'après l'OMS « plus la violence est grave, plus son impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond, et

les répercussions dans le temps de différents types et de multiples épisodes de violence semblent être cumulatives » (OMS, 2012).

La santé générale de ces femmes en est perturbée ; elles risquent de présenter plus de « symptômes physiques et psychiques » si elles ont subi des violences d'ordre physique, psychique ou sexuel durant les 12 derniers mois (Champenoux, 2011, p.34). Ces deux dernières formes de violence causent également une grande « détresse émotionnelle, des pensées suicidaires » et des « tentatives de suicide » plus importantes que dans la population générale. Il est à noter qu'il existe cinq fois plus de tentatives de suicide chez les victimes (Stack & Flitcraft, 1991 cités par Champenoux, 2011, pp.36-37), et que les maris ou anciens petit-amis sont coupables de 40 à 70% des décès de leur conjointe. Au niveau gynécologique, les pathologies sont trois fois plus fréquentes (Champenoux, 2011, pp.35-36) et les femmes s'inquiètent plus de leur contraception (Zbinden & Bernet, 2018, p.55). De surcroît, les conséquences obstétricales et foetales sont nombreuses. Il est notamment à relever le taux important de fausses-couches chez les femmes touchées par la violence (31%) contre 17% chez les personnes non victimes ou encore le taux de prématurité (37%) et d'hypotrophie néonatale (21%) (Silverman, 2006 cité par Salmona, s.d.). Il est donc du rôle des professionnels de la santé de dépister au plus tôt la violence pour minimiser ses conséquences, regroupées ci-dessous (Tableau 3).

Santé générale de la femme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lésions corporelles <ul style="list-style-type: none"> - « Ecchymoses » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Contusions » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Hématomes » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Plaies » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Brûlures » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Fractures » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Os ou dents cassés » (OMS, 2012) - « Hémorragies » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Douleurs chroniques et/ou inexplicables » (Céline Champenoux, 2011, p.35) - « Lacérations et abrasions » (OMS, 2012) - « Atteintes visuelles et auditives » (OMS, 2012) - « Lésions cérébrales » (OMS, 2012) - « Marques de tentative d'étranglement » (OMS, 2012) ▪ « Faible gain de poids » (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000) ▪ « Anémie » (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000) ▪ « Risque infectieux augmenté » (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000) ▪ « Syndrome du côlon irritable, symptômes gastro-intestinaux, fibromyalgie, exacerbation de l'asthme » (OMS, 2012) ▪ « Décès » (Stack & Flitcraft, 1991)
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Sentiment de honte, de culpabilité, de mépris et de haine » (Salmona, 2013) ▪ « Perte d'estime de soi » (Salmona, 2013)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Troubles anxieux » (Salmona, 2016) ▪ « État de stress post-traumatique » (Salmona, 2016) ▪ « Peur continue pour la vie de l'enfant » (Salmona, 2016) ▪ « Troubles dépressifs » (Salmona, 2016) ▪ « Troubles émotionnels » (Céline Champenoux, 2011, pp.37-38) ▪ « Troubles du sommeil » (Céline Champenoux, 2011, pp.37-38) ▪ « Insomnies » (Salmona, 2016) ▪ « Troubles de l'alimentation » (Céline Champenoux, 2011, pp.37-38) ▪ « Troubles cognitifs » (Salmona, 2016) ▪ « Conduites d'évitement » (Salmona, 2016) ▪ « Hyperréactivité » (Salmona, 2016) ▪ « Conduite addictive, abus de substances » (La revue de l'infirmière : femmes victimes de violences et santé, 2014, p.25) ▪ « Inactivité physique » (OMS, 2012) ▪ « Comportements autodestructeurs » (OMS, 2012) ▪ « Idées suicidaires » (Salmona, 2016) ▪ « Tentatives de suicide » (Stack & Flitcraft, 1991)
Gynécologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infections <ul style="list-style-type: none"> - « Génitale » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) - « Urinaire » (OMS, 2012) - « Rénale » (Céline Champenoux, 2011, pp.45-46) ▪ « Maladies sexuellement transmissibles » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Maladies inflammatoires pelviennes » (OMS, 2012) ▪ « Douleurs pelviennes chroniques » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Lésions traumatiques périnéales » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Dysménorrhée » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Irrégularité menstruelle » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Dysovulation » (Céline Champenoux, 2011, pp.35-36) ▪ « Troubles sexuels » (OMS, 2012) ▪ « Comportements sexuels à risque » (OMS, 2012)
Obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Suivi de grossesse déficient » (Zbinden & Bernet, 2018, p.55) ▪ « Recours tardifs aux soins prénataux » (OMS, 2012) ▪ « Grossesse involontaire et non désirée » (OMS, 2012) ▪ « Avortement, avortement pratiqué dans de mauvaises conditions » (OMS, 2012) ▪ « Fausse couche » (La revue de l'infirmière : femmes victimes de violences et santé, 2014, p.25) ▪ « Mort in utero par décollement placentaire » (Saurel-Cubizolles & al., 1997) ▪ « Menace d'accouchement prématuré » (Céline Champenoux, 2011, p.45) ▪ « Accouchement prématuré » (OMS, 2012) ▪ Pathologies <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de « 90% des métrorragies » (Siverman & al., 2006) - Augmentation de « 60% de la rupture prématurée des membranes et des vomissements incoercibles » (Siverman & al., 2006) - Augmentation de « 48% du diabète » (Siverman & al., 2006) - Augmentation de « 40% de l'hypertension artérielle » (Siverman & al., 2006) - « Hémorragie fœto-maternelle » (Siverman & al., 2006) ▪ « Prolongation du travail » (Céline Champenoux, 2011, p.48) ▪ « Stagnation de la dilatation » (Céline Champenoux, 2011, p.48) ▪ « Retard ou non-descente de la présentation à dilatation complète » (Céline Champenoux, 2011, p.48)
Fœtales et néonatales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Mort in utero » (Céline Champenoux, 2011, p.49) ▪ « Souffrance fœtale » (Céline Champenoux, 2011, p.49) ▪ « Lésions fœtales en cas de traumatisme maternel » (Céline Champenoux, 2011, p.49) ▪ « Prématurité » (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000) ▪ « Faible poids de naissance » (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000) ▪ « Hypotrophie néonatale » (Siverman & al., 2006)
Durant le post-partum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Absence de soins immédiats à l'enfant » (Céline Champenoux, 2011, p.49) ▪ « Allaitement déficient » (Céline Champenoux, 2011, p.49)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Douleurs pelviennes et abdominales chroniques » (Céline Champenoux, 2011, p.49) ▪ « Dépression du post-partum » (La revue de l'infirmière : femmes victimes de violences et santé, 2014, p.25)
Familiales / sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Lien mère-enfant fragilisé » (Salmona, 2016) ▪ « Maltraitance maternelle » (Zbinden & Bernet, 2018, p.55) ▪ « Stress parental » (Zbinden & Bernet, 2018, p.55) ▪ « Isolement, stigmatisation » (Confédération suisse, 2012) ▪ Chez l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> - « Angoisse » (OMS, 2012) - « Dépression » (OMS, 2012) - « Mauvais résultats scolaires » (OMS, 2012) ▪ « Effets négatifs sur la santé » (OMS, 2012)
Financières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Difficultés financières » (Confédération suisse, 2012) ▪ « Coûts économiques de la violence » (Confédération suisse, 2012)

Tableau 3 : Conséquences des violences conjugales

Les violences conjugales sont également présentes dans le domaine économique, notamment au niveau des dépenses dans le système de santé suisse. Le coût de celles-ci est estimé à environ 164 millions de francs suisses par année sans toutefois prendre en considération l'ensemble des domaines : des données sont manquantes parmi ces frais. 35 millions de francs suisses sont dépensés dans les soins prodigués aux victimes, soit 21% des dépenses totales de la violence (Annexe 4). Ainsi, cela représente les dépenses d'une ville de taille moyenne en Suisse telle que Neuchâtel ou Fribourg (Bureau de l'égalité et de la famille BEF, 2018).

1.8. La législation actuelle sur les violences conjugales

Tout acte de violence conjugale est interdit et punissable selon la loi en Suisse, comme illustré ci-dessous (Tableau 4). Depuis 2004, le Code Pénal suisse (CP) poursuit d'office certaines actions de violence tandis que d'autres nécessitent une plainte pour être condamnable. Quel que soit l'auteur parmi ceux ci-joints, une procédure pénale est instaurée dès que les autorités judiciaires sont informées de la situation (Violence que faire, 2019) :

- « Le ou la conjoint-e, pendant le mariage ou dans l'année qui suit le divorce, et cela même s'ils ont chacun leur domicile ou vivent séparés. »
- « Le ou la partenaire enregistré-e, pendant le partenariat enregistré ou dans l'année qui suit sa dissolution judiciaire. »
- « Le ou la partenaire homo- ou hétérosexuel de la victime, s'ils font ménage commun, pendant la vie commune ou dans l'année qui suit la séparation. »

Tout cas de violence conjugale peut être reporté à la police et/ou à la justice de la part de quiconque. Il faut cependant rester attentif au secret professionnel qui lie, par exemple, une sage-femme à une patiente. Enfin, d'après l'alinéa 4 de l'article 28b du code civil, le partenaire violent peut être évacué du domicile conjugal sur ordre de la police (*Violence que faire*, 2019).

Actes poursuivis d'office	Actes poursuivis sur plainte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Contrainte sa/son partenaire par la violence ou la menace, par exemple lui interdire de sortir seul(e), de voir ses proches, de téléphoner » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Enlever ou séquestrer son/sa partenaire, par exemple l'enfermer au domicile ou dans une pièce » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Menaces graves telles que menaces de mort, de coups, d'enlever les enfants » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violences physiques répétées ne laissant pas de traces visibles, comme gifler, tirer les cheveux » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violences physiques laissant des traces visibles telles que brûlures, hématomes, nez ou côtes cassés, autres fractures (un seul épisode suffit) violences physiques graves entraînant des blessures dangereuses pour la vie ou des lésions irréversibles, notamment une incapacité de travail, une infirmité, une maladie mentale permanente, une défiguration grave (un seul épisode suffit) » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Ne pas porter secours à sa/son partenaire blessé-e ou en danger, empêcher une personne de le faire » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Mettre en danger la vie de sa/son partenaire, par exemple pointer sur elle une arme chargée, l'abandonner ligoté-e et bâillonné-e dans un endroit isolé » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Homicide, et tentative d'homicide (par exemple étrangler) » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Imposer de la pornographie » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Contraindre sa/son partenaire à un acte sexuel » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violer, tenter de violer » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Forcer à la prostitution » (<i>Violence que faire</i>, 2016). <p>⇒ « Ces actes peuvent être poursuivis dans un délai de cinq à vingt ans selon leur gravité » (<i>Violence que faire</i>, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Injures » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violences physiques isolées ne laissant pas de traces visibles, comme gifler, tirer les cheveux » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Utilisation abusive d'un moyen de communication pour inquiéter ou importuner » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Diffamation » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Calomnie » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Dommages à la propriété, par exemple pneus crevés, vitre cassée, porte enfoncée » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violation de domicile » (<i>Violence que faire</i>, 2016). ▪ « Violation de l'obligation d'entretien » (<i>Violence que faire</i>, 2016). <p>⇒ « La victime dispose d'un délai de trois mois pour porter plainte » (<i>Violence que faire</i>, 2016).</p>

Tableau 4 : Récapitulatif des actes poursuivis d'office ou sur plainte

Il est du devoir de tout citoyen de connaître ses droits et ses devoirs autour de la violence conjugale. Ainsi, la sage-femme doit porter ces informations à la connaissance de la patiente en fonction de ses besoins.

2. Dépistage des violences conjugales

2.1. Les origines du dépistage des violences envers les femmes

En Suisse, ce n'est qu'à partir des années 1990 que les chercheurs se sont réellement penchés sur les violences conjugales grâce au Programme National de Recherche (PNR 35, 1993) afin de recueillir des données à ce sujet (Hofner & Viens Python, 2004). Par la suite, la prévalence des violences domestiques en France a pu être estimée grâce à l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEEF), menée en 2000, à travers un échantillon de 6'970 femmes âgées de 20 à 59 ans (Simon, 2014, p.17). Afin d'appréhender ce taux, les scientifiques ont procédé à un dépistage par téléphone. Une femme victime, ayant été dépistée, obtiendra le soutien nécessaire de la part des professionnels de santé ; les conséquences pourraient alors être diminuées.

2.2. La prévention primaire, secondaire et tertiaire

Le dépistage s'inscrit dans la prévention de la santé et se décline en trois catégories : primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention primaire

Elle vise à diminuer l'incidence d'une pathologie par des mesures individuelles et/ou collectives. Dans le cas de la violence conjugale, il existe des campagnes de sensibilisation destinées au public dans un but éducatif, comme celle menée par les Transports Publics Genevois (TPG) en 2015 (Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques, 2019).

Prévention secondaire

Grâce au dépistage, elle tend à réduire la prévalence d'une maladie avant l'arrivée de ses symptômes.

Concernant cette prévention, il existe différentes formes de dépistage. L'OMS a rédigé en 1970 une classification de ce terme explicitée ci-dessous (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2004, pp.1390-1394) :

- « *Systématique dit de masse* », appliquée à une population sans critères de sélection.

- « *Sélectif ou ciblé* », l'échantillon de l'étude est choisi selon des facteurs de risque.
- « *Organisé ou communautaire* », cela signifie que la participation des personnes est volontaire.
- « *Opportuniste* », l'engagement des sujets s'effectue lors d'une prestation de soins.
- « *Multiple* », divers dépistages sont pratiqués simultanément.

❑ **Prévention tertiaire**

Elle intervient sur le long terme en réduisant les traumatismes grâce à un suivi médical (psychothérapie, physiothérapie), en diminuant les risques de récurrence et en favorisant la réinsertion professionnelle (Santé Gouvernement, 2008).

De plus, il persiste dans les sociétés un amalgame entre dépistage et diagnostic. Ce dernier est effectué sur des personnes présentant les symptômes d'une maladie, tandis que le dépistage est pratiqué sur une population à risque. Par conséquent, l'approche diagnostique doit être distinguée du dépistage (Guessous, Gaspoz, Paccaud & Cornuz, 2010).

2.3. Le dépistage et ses appréhensions

Le dépistage des violences conjugales s'opère de différentes manières. Les professionnels peuvent avoir recours à un questionnaire écrit ou oral, à une interview en face-à-face, aux moyens technologiques ou encore à leur observation clinique. Actuellement, au niveau mondial, de multiples outils sont mis à disposition des soignants et ce dans différentes langues. Par exemple, l'« Abuse Assessment Screen » (AAS) (Annexe 5) est un questionnaire utilisé pour dépister la violence conjugale, associée à sa fréquence, sa sévérité et l'emplacement des blessures, durant les 12 derniers mois et depuis le début de la grossesse. Cet outil a été développé en 1992 en anglais, puis traduit en espagnol, pour être employé en milieu hospitalier (Institut National De Santé Publique du Québec, 2010). De surcroît, l'instrument américain nommé « Ongoing Abuse Screen » (OAS) (Annexe 6), créé en 2002, permet de détecter la violence physique, psychologique et sexuelle à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Il a également été conçu pour être utilisé en établissement hospitalier, tant auprès des femmes que des hommes (Institut National De Santé Publique du Québec, 2010). Les professionnels de la santé utilisent ainsi couramment ces deux outils validés, mais également l'instrument « WHO questionnaire » (Annexe 7)

(questionnaire for assessing Domestic Violence against Women) (Rasch & al., 2018, pp.1-14) ou encore « l'Universal screening for domestic violence » aux Etats-Unis (Ben Natan & al., 2011).

En Suisse, la méthode *DOTIP* (Annexe 8) (Centre LAVI, 2006), a été adoptée au CHUV afin de faciliter le dépistage des violences conjugales et l'accompagnement des victimes par les soignants.

Ainsi, malgré le nombre conséquent d'instruments existants, un écart est envisageable entre le pourcentage réel de victimes et les statistiques théoriques obtenues. En effet, les femmes craignent de s'exprimer et d'avouer un abus de la part de leur conjoint, les maïeuticiennes redoutent de questionner les patientes et une grande disparité persiste entre les outils de dépistage.

D'après Hofner et Mihoubi-Culand (2008), « si une femme sur cinq sera confrontée à la violence domestique au cours de sa vie, seule une sur vingt sera dépistée et prise en charge par son médecin ». Cela souligne donc l'importance du dépistage et tend à se questionner sur la nécessité de l'effectuer de manière systématique. Cette citation illustre également les obstacles du dépistage dans la pratique médicale. Parmi ces derniers, il faut également être vigilant quant à la validité et l'utilisation des instruments de dépistage. En effet comme le mentionne Rasch et al. (2018) dans leur étude « *Intimate partner violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam* », les caractéristiques pour établir la validité d'un outil ne sont pas définies. Les auteurs admettent que ce dernier est pertinent lorsque sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à 0,80. Cependant, cette norme n'est pas encore validée par la communauté scientifique. De plus, une grande variabilité peut être observée dans les résultats obtenus par les outils en fonction du contexte d'utilisation ; ainsi ceux-ci nécessitent d'être évalués et testés dans différents lieux (Rasch & al., 2018).

À cela s'ajoutent les difficultés de la pratique avec notamment les représentations propres à chaque professionnel de la santé. En effet, d'après Hofner et Mihoubi-Culand (2008), cet obstacle se nomme « *tâche aveugle* ». Ce phénomène se caractérise par le risque de ne pas dépister une patiente lorsque le soignant catégorise la femme comme ayant un haut niveau socioprofessionnel. De surcroît, certains spécialistes ont des réticences à questionner la potentielle victime par peur de ne pas

savoir comment l'accompagner et l'orienter. Enfin, la présence potentielle du partenaire peut également aller à l'encontre du dépistage des violences conjugales.

2.4. Le rôle sage-femme dans le dépistage des violences conjugales

Lors du suivi de grossesse, adapté et personnalisé aux besoins de la femme, la maïeuticienne a pour rôle d'identifier les risques tout en apportant un soutien empathique à la patiente. La prévention secondaire, dans le cas des violences conjugales, nécessite le respect de la sécurité affective et physique de la patiente. En outre, le dépistage peut également être délicat et difficile pour la sage-femme comme le met en évidence une recherche menée en 2013. Cette enquête effectuée auprès de maïeuticiennes analyse leurs ressentis vis-à-vis du dépistage des violences conjugales lors de l'anamnèse. Il a ainsi été démontré que « 7 sages-femmes sur 10 n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes » (MIPROF, 2014). Ces lacunes dans les formations peuvent s'expliquer par l'absence d'instruction à ce sujet au préalable. De ce fait, les sages-femmes auparavant diplômées n'ont pas reçu cet enseignement (MIPROF, 2014). Malgré cet obstacle au dépistage, la sage-femme se doit d'interroger la patiente dans l'optique de faciliter sa prise en soin. Or, la Cochrane, réalisée en 2015, a révélé que deux fois plus de femmes étaient dépistées lorsqu'un professionnel de la santé les interroge (O'Doherty & al., 2015). Ainsi, il est du rôle de la maïeuticienne de se préoccuper de cette thématique lors de l'anamnèse comme l'affirme l'OMS dans ses recommandations de 2017. En effet, l'institution préconise de dépister la violence conjugale lors des consultations prénatales afin d'améliorer la prise en soin et l'orientation des femmes (OMS, 2017).

3. Prise en soin des femmes

3.1. L'accompagnement, un art de vie

L'accompagnement est un soin à part entière et entre dans le champ de compétences de la sage-femme. D'après Collière (2011), « le soin n'est pas moins que le premier art de la vie », ce qui souligne l'importance d'être présent pour la femme et la responsabilité qu'implique d'être professionnel de santé (Collière, s.d. citée par Delespine, 2011).

Au sens commun, accompagner signifie « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie » (Larousse, s.d.). Si l'on examine ce terme de manière approfondie, il prend un sens plus complexe et se compose de trois dimensions : « relationnelle (« se joindre à

quelqu'un »), temporelle (« en même temps que lui ») et orientée sur le projet de l'autre (« pour aller où il va ») » (Paul, s.d. citée par Dufour, Beaudet & Lecavalier, 2014).

En pratique, un balancement subtil, mêlant trois rôles, structure l'accompagnement des femmes :

❑ **Suivre**

La sage-femme est présente pour la patiente, l'écoute et la suit dans ses décisions sans intervenir. D'après le cours de S. Racine, cette méthode peut particulièrement être utile lors d'une situation émotionnellement riche (Document non publié [Support de cours], 17 octobre 2018).

« Je ne vous changerais pas, je ne vous pousserais pas, j'ai confiance dans la sagesse que vous avez par rapport à vous-même et vous laisserez faire au moment que vous avez choisi et à votre propre rythme » (Rollnick, Miller & Butler, 2009, cités par A. Gendre, 2016, p.27, Document non publié [Support de cours], 22 septembre 2016).

❑ **Guider**

La maïeuticienne accompagne la femme tout en la conseillant. Cet outil est adéquat pour répondre par exemple à une ambivalence face à un changement chez une patiente (S. Racine, Document non publié [Support de cours], 17 octobre 2018).

« Je peux vous aider à résoudre ceci par vous-même » (Rollnick, Miller & Butler, 2009, cités par Gendre, 2016, p.28, Document non publié [Support de cours], 22 septembre 2016).

❑ **Diriger**

L'autonomie de la femme ainsi que la relation soignante-soignée devient asymétrique : la sage-femme maîtrise la situation. Cela permet entre autres d'aiguiller une anamnèse dans des situations d'urgence (S. Racine, Document non publié [Support de cours], 17 octobre 2018).

« Je sais comment vous pourriez résoudre ce problème, je sais ce que vous devriez faire » (Rollnick, Miller & Butler, 2009, cités par A. Gendre, 2016, p.29, Document non publié [Support de cours], 22 septembre 2016).

Entre suivre et guider, ou guider et diriger, un faible écart subsiste, d'où la subtilité dans l'utilisation de ces rôles (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011).

L'accompagnement se situe donc entre bienfaisance et autonomie, respectant ainsi les quatre principes fondamentaux de l'éthique : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice (Delespine, 2011, pp.33-38). À travers ces dimensions, accompagner la patiente tend à favoriser son autonomie par l'acquisition de nouvelles connaissances et à lui apporter le soutien nécessaire.

La grossesse étant à l'origine d'un stress important, la femme a besoin d'un accompagnement d'autant plus conséquent. Selon House, le soutien se compose de quatre aspects : émotionnel, informatif, estime et instrumental (House, 1981 cité par Ruiller, s.d., p.2). Il faut cependant rester attentif à distinguer le soutien reçu de celui perçu par la femme. Un soutien perçu comme efficace par la parturiente augmente son sentiment de compétence, d'où l'importance de la présence des sages-femmes et de son entourage (Sarason & al., 1987 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 & Barrera, 1986 cités par Razurel, Desmet & Sellenet, 2011). Enfin, le type d'accompagnement doit être en accord avec les besoins de soutien dont la patiente requiert.

3.2. Le rôle sage-femme lors de l'accompagnement de la parturiente

La maïeuticienne a un rôle essentiel dans l'accompagnement des femmes durant la période prénatale. Étape propice aux interventions de par la *transparence psychique* des femmes enceintes « qui fait que des fragments de l'inconscient arrivent facilement à la conscience » (Bydlowsky, 2000 cité par Gendre, 2016, p.8). Cette caractéristique facilite un travail individuel et encourage la femme à « s'engager dans des processus thérapeutiques » (Python, 2018, p.12). Ceci accentue donc l'importance d'agir en période prénatale, favorable à d'éventuelles prises de consciences et de changements.

Accueillir, informer, conseiller, orienter et transmettre sont les conduites que la sage-femme doit adopter. Étant centrée sur la physiologie, elle doit se focaliser sur la prise en soin de la grossesse et non pas seulement sur les violences conjugales pour éviter une éventuelle stigmatisation (Python, 2018). De plus, il est nécessaire qu'elle travaille en interdisciplinarité afin d'établir un parcours de santé optimal pour la femme (Delespine, 2011). Ce dernier peut parfois conduire à l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV) aux HUG, qui promeut la collaboration entre médecins spécialistes, infirmières et psychologues, afin de prendre en soin la personne victime ou auteur dans sa complexité (Hôpitaux Universitaires de

Genève [HUG], 2015). En effet, il est primordial, lors de situations conflictuelles, d'encourager la contribution de multiples professionnels de santé afin de favoriser leur soutien mutuel.

La maïeuticienne devient la personne de référence auprès de la patiente et l'encourage à développer ses propres ressources. Parmi celles-ci, l'*empowerment* a une place capitale en favorisant l'autonomie de la femme et l'acquisition « d'un plus grand contrôle sur les décisions » (Bernard & Eymard, 2014). Un lien de confiance et « une relation affective » s'établissent entre soignante et soignée. Il en résulte un besoin de reconnaissance de la part de la femme et une volonté d'être validée dans ses actions. Elles attendent notamment un « feed-back positif » de la part des sages-femmes pour se sentir compétentes (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011).

4. Problématique et question de recherche

En Suisse, on estime qu'une femme sur cinq sera victime de violence psychologique ou physique de la part de son conjoint durant sa vie (Flury & Nyberg, 2010). Comme mentionné précédemment, la violence conjugale peut toucher quiconque de nos jours mais plus particulièrement les femmes enceintes, sans emploi, non mariées, mariées à un partenaire dépendant à l'alcool ou encore les jeunes de 15 à 19 ans (Flury & Nyberg, 2010).

Dans notre société occidentale, la violence conjugale est un enjeu de santé publique. En 2016, 6'649 personnes ont été victimes de violences domestiques, soit 1,4% de la population genevoise qui a consulté pour ce motif (Office cantonal de la statistique, 2017). Présente à 85% dans les prises en soin, la violence psychologique demeure la forme d'agressivité majoritaire ; tandis que la violence physique est représentée à 62% (Office cantonal de la statistique, 2017). Ces chiffres soulignent l'ampleur de cette problématique ; pour autant, ces derniers sont généralement sous-estimés par difficultés de diagnostics. De surcroît, les dépenses causées par la violence conjugale engendrent des coûts non négligeables pour la société.

En touchant considérablement les femmes, les maïeuticiennes sont directement confrontées à cette thématique au cours du suivi de la grossesse. La nécessité d'une relation de confiance entre soignante et soignée, accompagnée d'une attitude

professionnelle, caractérisée par de l'empathie et de l'authenticité, est essentielle pour permettre une confiance. Malgré cela, aborder un tel sujet reste complexe pour les patientes. Il est tout autant délicat pour les sages-femmes d'évoquer cette difficulté, par manque de préparation et de soutien. Ceci est souligné par la crainte d'interroger les femmes et de recevoir une éventuelle réponse confirmant la violence conjugale (Eustace, Baird, Saito & Creedy, 2016). Dès lors, il est d'autant plus important d'investiguer la violence conjugale qu'elle engendre des répercussions non négligeables sur la mère et le bébé.

Ainsi, suite aux impacts psychiques et obstétricaux démontrés, il est du rôle de la sage-femme de dépister cette violence conjugale dès le début du suivi de grossesse afin de permettre un meilleur accompagnement. Ceci amène dès lors à s'interroger sur le moyen et l'efficacité du dépistage des violences conjugales durant la grossesse. Ce travail est ainsi fondé sur les réflexions suivantes :

- Comment effectuer un dépistage efficace des violences conjugales qui se veut respectueux des femmes enceintes ?
- Est-ce qu'intervenir auprès des femmes violentées réduit les conséquences maternelles et néonatales ?

Ces questionnements sont ainsi regroupés dans cette problématique de Bachelor : « Violences conjugales durant la grossesse, quel est le rôle de la sage-femme dans le dépistage et l'accompagnement des femmes ? ».

III. Dimension éthique

L'Éthique, principe primordial et omniprésent dans les soins, oriente tout professionnel dans ses décisions. Ce terme, d'origine philosophique, provient du grec « *èthos* » signifiant les « mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement » (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Cette notion est subdivisée en quatre principes fondamentaux :

- **Bienfaisance** : Elle encourage le soignant à prodiguer le bien envers autrui (Espace Éthique Languedoc-Roussillon, 2015).
- **Non malfaisance** : Elle engage le professionnel à ne pas nuire à la santé du patient (Espace Éthique Languedoc-Roussillon, 2015).

- **Autonomie** : Elle pousse le soignant à informer de manière éclairée la personne afin de favoriser sa capacité de réflexion en toute liberté et en connaissance de cause (Espace Éthique Languedoc-Roussillon, 2015).
- **Justice** : Elle incite le professionnel à administrer des soins de manière équitable et de même qualité, entre les différents patients (Espace Éthique Languedoc-Roussillon, 2015).

Outre ces quatre principes, la maïeuticienne doit fournir « des soins aux femmes enceintes et à leur famille en respectant la diversité culturelle tout en tentant d'éliminer les pratiques dangereuses qui existent dans ces mêmes cultures » (International Confederation of Midwives, 2014).

Dans le but de respecter ces différentes notions et en lien avec notre thématique, diverses questions subsistent. Ainsi, une réflexion autour du dépistage systématique des violences conjugales en milieu hospitalier serait à mener afin de permettre à chaque victime de s'exprimer. Celle-ci pourra, si elle le souhaite, être accompagnée de manière adéquate par plusieurs interventions ultérieures. Cependant, le refus de soutien de la part de la victime peut également soulever des interrogations au sein des équipes : comment se positionner en tant que professionnel de santé ? Quelles informations doivent être notifiées dans le dossier de la patiente ? Quel accompagnement proposer à ces femmes ?

Or, d'après le code de déontologie international des sages-femmes, ces dernières « garantissent la confidentialité des informations concernant leurs clientes afin de protéger leur vie privée et ne divulguent ces informations que lorsque la loi les y oblige » (International Confederation of Midwives, 2014). Chaque soignante doit alors veiller au respect de ces quatre principes fondamentaux et de l'ensemble des règles du code de déontologie avant d'effectuer un soin. Pour que l'éthique perdure, il est du devoir de chaque professionnel de la santé de porter un regard critique sur ses propres actions dans un but de perpétuelle amélioration.

Cette recherche de la littérature a été bercée par une réflexion éthique pour conforter le choix des articles sélectionnés et par le respect des normes APA afin de répondre au mieux à ces principes biomédicaux.

IV. Méthodologie de recherche de la littérature

1. Sélection et traduction des mots-clés

Afin de sélectionner cinq articles correspondant à notre problématique de Bachelor, nous avons eu recours au modèle « PICO » pour mettre en avant nos différents concepts. Cet outil sert à distinguer la population cible, les interventions souhaitées des interventions comparées, ainsi que les résultats des recherches scientifiques. Le concept de comparaison n'est pas visible dans notre tableau ci-joint (Tableau 5) puisqu'il est représenté par l'efficacité des différents outils diagnostics et celle des interventions effectuées. Enfin, nous avons traduit ces différents termes qui figurent dans le tableau ci-dessous pour effectuer la recherche des articles au sein des bases de données. Pour affiner notre recherche et cibler un plus grand nombre d'études scientifiques, nous avons également employé des synonymes et des « mots libres » visant à décrire nos concepts (également traduits en anglais).

	Concepts en français	Concepts en anglais	MeSH terms	CINAHL Headings	Synonymes
Population	Femmes enceintes.	Pregnant woman.	Pregnant women.	Expectant mothers.	Expectant mothers, pregnancy.
Interventions	Dépistage des violences conjugales. Accompagnement. Prise en soin.	Screening. Screening program. Care. Nursing. Support. Treatment.	Diagnosis Spouse abuse. Nursing care.	Intimate partner violence. Diagnosis. Nursing care plans. Support, psychosocial.	Prenatal screening. Prenatal diagnosis. Intimate partner violence. Partner abuse. Domestic violence. Exposure to violence. Diagnosis of spouse abuse. Screening of spouse abuse. Spouse abuse diagnosis. Violence. Health screening.
Comparaison					
Outcomes	Efficacité du moyen diagnostic. Adéquation de la prise en soin.	Efficiency. Diagnosis. Handling of. Management of. Caring for.	Efficiency. Diagnosis. Prenatal care.	Productivity. Prenatal diagnosis. Prenatal care. Multidisciplinary care team.	Diagnostic efficiency. Antenatal care, patient care management, case management.

Tableau 5 : Description des concepts-clés

2. Bases de données utilisées

Nous avons tout d'abord effectué nos recherches dans la base de données PubMed puisqu'elle regroupe un nombre conséquent d'articles scientifiques en sciences biomédicales et les mises à jour sont fréquentes et régulières. Par la suite, nous avons complété notre exploration grâce à d'autres bases de données (Tableau 6) telles que CINAHL et Explore RERO.

Bases de données	Domaines
PubMed	Base de données majeure dans le domaine biomédical (Quiquerez, Schorer & Pugliese, 2017).
CINAHL	Base de données dans le domaine des soins infirmiers et paramédicaux (Quiquerez, Schorer & Pugliese, 2017).
Explore RERO	Réseau de bibliothèques de Suisse occidentale (Rero Explore, s.d.)

Tableau 6 : Description des bases de données

3. Articles sélectionnés

Premièrement, nous avons employé des combinaisons de concepts afin de sélectionner des articles au sujet du dépistage des violences conjugales. Pour cela, nous avons d'abord utilisé les Mesh Terms et les CINAHL headings, puis complété par des synonymes pour affiner notre recherche.

Recherche	Base de données	Mots-clés / opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
1	PubMed	((pregnant women[MeSH Terms]) AND ((diagnosis[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms])) AND prenatal care[MeSH Terms]	10 (Mesh Terms).	0
2	PubMed	(((((prenatal care[MeSH Terms]) OR antenatal care[Title/Abstract]) OR patient care management[Title/Abstract]) OR case management[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND (((((((diagnosis[MeSH Terms]) OR mass screening[MeSH Terms]) OR prenatal screening[MeSH Terms]) OR prenatal diagnosis[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) OR wife abuse[MeSH Terms]) OR partner abuse[MeSH Terms]) OR Intimate partner violence[Title/Abstract]) OR Domestic violence[Title/Abstract]) OR Exposure to violence[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND (((pregnant women[MeSH Terms]) OR Expectant mothers[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])	62 (Mesh Terms et synonymes).	1 article retenu (Rasch & al., 2018).

3	PubMed	(((((((pregnancy[Title/Abstract]) OR diagnosis of spouse abuse[Title/Abstract]) OR screening of spouse abuse[Title/Abstract]) OR spouse abuse diagnosis[Title/Abstract]) OR spouse abuse screening[Title/Abstract]) OR violence[Title/Abstract]) AND full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND ((((((((((prenatal care[MeSH Terms]) OR antenatal care[Title/Abstract]) OR patient care management[Title/Abstract]) OR case management[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND ((((((((((diagnosis[MeSH Terms]) OR mass screening[MeSH Terms]) OR prenatal screening[MeSH Terms]) OR prenatal diagnosis[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) OR wife abuse[MeSH Terms]) OR partner abuse[MeSH Terms]) OR Intimate partner violence[Title/Abstract]) OR Domestic violence[Title/Abstract]) OR Exposure to violence[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND (((pregnant women[MeSH Terms]) OR Expectant mothers[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND Humans[Mesh]))	26 (Mesh Terms, synonymes).	1 article : (Rasch & al., 2018).
4	PubMed	(((((((((((prenatal care[MeSH Terms]) OR antenatal care[Title/Abstract]) OR patient care management[Title/Abstract]) OR case management[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND ((((((((((diagnosis[MeSH Terms]) OR mass screening[MeSH Terms]) OR prenatal screening[MeSH Terms]) OR prenatal diagnosis[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) OR wife abuse[MeSH Terms]) OR partner abuse[MeSH Terms]) OR Intimate partner violence[Title/Abstract]) OR Domestic violence[Title/Abstract]) OR Exposure to violence[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND (((pregnant women[MeSH Terms]) OR Expectant mothers[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND Humans[Mesh]) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	26 (Mesh Terms, synonymes et filtres).	1 article : (Rasch & al., 2018).
5	PubMed	(((((((((((((((pregnancy[Title/Abstract]) OR diagnosis of spouse abuse[Title/Abstract]) OR screening of spouse abuse[Title/Abstract]) OR spouse abuse diagnosis[Title/Abstract]) OR spouse abuse screening[Title/Abstract]) OR violence[Title/Abstract]) AND full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND ((((((((((((((prenatal care[MeSH Terms]) OR antenatal care[Title/Abstract]) OR patient care management[Title/Abstract]) OR case management[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND ((((((((((((((diagnosis[MeSH Terms]) OR mass screening[MeSH Terms]) OR prenatal screening[MeSH Terms]) OR prenatal diagnosis[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) OR wife abuse[MeSH Terms]) OR partner abuse[MeSH Terms]) OR Intimate partner violence[Title/Abstract]) OR Domestic violence[Title/Abstract]) OR Exposure to violence[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND (((pregnant women[MeSH Terms]) OR Expectant mothers[Title/Abstract]) AND Humans[Mesh])) AND Humans[Mesh])))) AND full text[sb])) AND full text[sb] AND "last 5 years"[PDat]) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	26 (Mesh Terms, synonymes, et filtres).	1 article : (Rasch & al., 2018).
6	PubMed	((pregnant women[MeSH Terms]) OR care, prenatal[MeSH Terms]) AND ((intimate partner violence[Title]) AND prenatal screening Filters: Full text; published in the last 10 years	33 (Mesh Terms, synonymes et filtres).	1 article : (Kataoka, Eto, Horiuchi & Yaju, 2010).

Tableau 7 : Description de la recherche autour du dépistage

Deuxièmement, notre recherche s'est portée plus particulièrement sur les interventions effectuées par une professionnelle de la santé auprès des victimes de violences conjugales durant la période prénatale.

Recherche	Bases de données	Mots-clés/ opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
1	PubMed	((pregnant women[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) AND nursing care[MeSH Terms] AND prenatal care[MeSH Terms]	1 (Mesh Terms).	0
2	PubMed	((pregnant woman[MeSH Terms]) AND nursing care plan[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]	3 (Mesh Terms).	0
3	PubMed	((pregnant women[MeSH Terms]) AND intimate partner violence[MeSH Terms]) AND prenatal care[MeSH Terms] Filters: Full text; published in the last 5 years	18 (Mesh Terms et filtres).	1 article retenu (Taghizadeh, Pourbakhtiar, Ghasemzadeh, Azimi & Mehran, 2018)
4	PubMed	((pregnant women[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) AND nursing care plan[MeSH Terms]	2 (Mesh Terms et synonymes).	0
5	PubMed	((pregnant women) AND spouse abuse[MeSH Terms]) AND interventions	64 (Mesh Terms et synonymes).	1 article retenu (Van Parys, Verhamme, Temmerman & Verstraelen, 2014).
6	PubMed	(((((prenatal care[MeSH Terms]) AND pregnant woman[MeSH Terms]) AND spouse abuse[MeSH Terms]) AND nursing) AND interventions) AND care	1 (Mesh Terms et synonymes).	0
7	PubMed	(pregnant women[MeSH Terms]) AND Intimate partner violence[MeSH Terms]	59 (Mesh Terms et synonymes).	1 article retenu (Mejdoubi & al., 2013)
8	CINHAL	(expectant mothers) AND (intimate partner violence) AND (nursing care)	5 (Mesh Terms et synonymes).	0
9	CINHAL	(pregnancy or pregnant women) AND partner violence AND prenatal care during pregnancy AND (interventions or strategies or best practices)	39 (Mesh Terms et synonymes).	0
10	EXPLORE RERO	pregnant woman AND spouse abuse AND prenatal care AND interventions AND partner violence. Filtres : Ressources en ligne AND Articles	61 (Mesh Terms, synonymes et filtres).	0

Tableau 8 : Description de la recherche concernant les interventions

Afin de sélectionner un article, nous avons émis les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes. ▪ Victimes de violences conjugales. ▪ Agression provenant de l'époux/épouse, conjoint(e). ▪ Période prénatale. ▪ Dépistage et suivi effectués par un personnel paramédical (sage-femme, infirmière etc.). ▪ Études qualitatives ou quantitatives. ▪ Parution dès 2010 et dans divers pays du Monde. ▪ Études en anglais et/ou en français. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes non enceintes. ▪ Violences domestiques autres que conjugales. ▪ Période post-partum tardif. ▪ Dépistage et suivi effectué par un autre corps médical. ▪ Parution avant 2010.

Tableau 9 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Après lecture des titres et abstracts des articles, nous avons pu effectuer une première sélection quant à la pertinence de ces derniers vis-à-vis de notre question de recherche. Ensuite, grâce au résumé de l'étude, nous avons vérifié le respect de nos critères de sélection afin de choisir les articles les plus appropriés à notre travail. Enfin, par la lecture intégrale de l'étude, nous les confirmions ou les écartions définitivement.

Nous avons alors conservé ces cinq articles (Tableau 10) qui répondent d'une part à notre problématique autour du dépistage et des interventions au sujet des violences conjugales et qui d'autre part proposent une vision élargie de la thématique par leurs origines et dates de parution.

Nous avons sélectionné ces deux premiers articles car ils répondent à notre questionnement sur le dépistage, à travers l'utilisation de deux outils diagnostics différents (WHO, VAWS) dans trois pays (Japon, Tanzanie, Vietnam).

- « *Intimate partner violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam* » (Rasch & al., 2018).
- « *Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for IPV in the prenatal setting in Japan : A randomised controlled trial* » (Kataoka & al., 2010).

Concernant les interventions effectuées auprès des victimes de violences conjugales, nous avons choisi les trois études suivantes. Tout d'abord, nous avons sélectionné une Cochrane puisqu'elle regroupe différentes formes d'accompagnement. Puis, nous avons opté pour deux autres recherches qui abordent deux types d'interventions précises durant la période prénatale.

- « *Intimate Partner Violence and Pregnancy : A Systematic Review of Interventions* » (Van Parys & al., 2014).

- « *Effect of Nurse Home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial.* » (Medjoubi & al., 2013).
- « *The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence : a randomized control trial* » (Taghizadeh & al., 2018).

Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., Matsumoto, N. & Horiuchi, S. (2010). <i>Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan. A randomized controlled trial.</i>
Medjoubi, J., Van Den Heijckant, S., Van Leerdam, F., Heymans, M., Hirasings, R., & Crijnen, A. (2013). <i>Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women : A randomized Controlled Trial.</i>
Rasch, V., Toan Ngo, V., Hanh Thi Thuy, N., Manongi, R., Declare, M., Dan, W. M., Tine, G., & Chun Sen, W. (2018). <i>Intimate partner violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam.</i>
Taghizadeh, Z., Pourbakhtiar, M., Ghasemzadeh, S., Azimi, K., & Mehran, A. (2018). <i>The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence : a randomised control trial.</i>
Vans Parys, A., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). <i>Intimate Partner Violence and Pregnancy : A Systematic Review of Interventions.</i>

Tableau 10 : Bibliographie des articles sélectionnés

4. Limites et contraintes de la recherche de la littérature

Notre recherche de la littérature fut limitée par le manque d'études menées dans notre pays occidental et par le faible nombre d'articles traitant des interventions en comparaison avec les nombreuses études réalisées sur le dépistage des violences conjugales. Concernant l'accompagnement des victimes, une majorité d'articles touche la période postnatale, ce qui nous a freiné dans notre revue de la littérature de par nos critères d'exclusion. Par ailleurs, de multiples articles abordent le sujet des violences domestiques. Or, une distinction entre ces dernières et les violences conjugales est à effectuer, ce qui a limité notre sélection.

De plus, nous souhaitons sélectionner des recherches dans lesquelles un professionnel du paramédical est l'acteur de la prise en soin. Or, le statut de maïeuticienne peut différer d'un pays à un autre comme par exemple entre la France et la Suisse (médical à paramédical). De nombreuses consultations et entretiens sont menés par des médecins ou autres professionnels (travailleurs sociaux etc.), ceci ne correspond donc pas à nos critères de sélection. Enfin, nous avons rencontré un obstacle pour obtenir certains articles en texte intégral, ce qui a représenté une

difficulté pour nous. Toutefois, nous avons décidé d'étudier uniquement les articles en français ou en anglais : d'autres études appropriées ont ainsi pu être exclues.

5. Recherche de la littérature de référence

Concernant notre cadre de référence, nous l'avons élaboré grâce à de multiples sources. En effet, nous avons tout d'abord effectué des recherches générales autour de notre problématique en consultant internet et plus particulièrement le moteur de recherche Google Scholar. Ceci nous a permis d'orienter nos recherches et d'agréments nos connaissances en la matière. Puis, nous avons utilisé différents livres à la bibliothèque ainsi que diverses revues et brochures dans des centres de soins pour connaître les interventions effectuées actuellement. Enfin, nous avons eu recours à des bases de données comme Explore RERO, CINAHL et PubMed pour affiner nos recherches et ainsi sélectionner nos cinq articles scientifiques.

V. Présentation des articles

Titre : « Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan. A randomized controlled trial. »

Auteurs : Kataoka Y., Yaju Y., Eto H. & Horiuchi S.

Année : 2010

Revue : BMC Pregnancy & Childbirth, Impact Factor : 2.331

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Comparer l'efficacité d'un questionnaire auto-administré versus une interview en face-à-face pour dépister les violences conjugales pendant la grossesse.</p> <p>① Identifier le nombre de victimes par les deux méthodes de dépistage.</p> <p>② Investiguer le vécu du dépistage et le besoin de consulter une infirmière par la suite.</p>	<p>Design :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude randomisée contrôlée. <p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 328 femmes enceintes : 165 dans le groupe interview en face-à-face, 163 dans le groupe questionnaire auto-administré. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22 février au 30 mai 2003. - Entre 14-15 SG avec un cut-off à 25 SG. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de santé. - Partenaires ne quittant pas la pièce durant le dépistage. - Parturientes ne parlant pas le japonais. <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation de couple. - Perception du comportement du partenaire : <ul style="list-style-type: none"> o Difficultés à résoudre les problèmes par la discussion. o Être effrayée. o Se faire crier dessus. o Conjoint frappant le mur ou jetant des objets. o Être forcée à des actes sexuels. o Se faire pousser ou gifler. o Se faire frapper ou recevoir un coup de pied. <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes victimes d'abus de la part de leur partenaire. - Niveau de confort. - Besoin de consulter. <p>Outil quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « VAWS » (Kataoka, 2003). 	<p>1^{ère} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse individuelle à un questionnaire sociodémographique par les participantes. <p>2^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'outil de dépistage « VAWS » (sous forme de questionnaire individuel ou d'interview en face-à-face) à trois reprises : <ul style="list-style-type: none"> o À l'entrée dans l'étude (14-25 SG). o Vers 20-30 SG. o À 35 SG ou plus. <p>Si le dépistage est positif, proposition de le déclarer à la police et de recevoir une carte contenant les numéros d'urgence.</p> <p>3^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation à une entrevue avec une infirmière pour connaître le ressenti des femmes au sujet du dépistage. <p>Période – Lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2003 (temps de l'étude : 4 mois). - Clinique prénatale au Japon, Tokyo (étude unicentrique). 	<p>① Taux d'identification dans le groupe interview en face-à-face (19,4%) plus faible que dans le groupe questionnaire auto-administré (29,4%) (RR : 0,66, 95% CI 0,46 to 0,97).</p> <p>② Dans le groupe interview en face-à-face, 50,0% des femmes ont révélé des violences durant le premier dépistage contre 14,6% dans le groupe questionnaire auto-administré.</p> <p>③ Échelle VAWS : - Sensibilité : 86,7% - Spécificité : 80,2%.</p> <p>④ Pas de différences entre les deux groupes au niveau du confort (68,1% dans le groupe interview vs 60,7% dans le groupe questionnaire) et du besoin de consulter par la suite.</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect de la culture et de la situation sociale. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères d'exclusion et refus de participation. - Manque d'intimité des salles de consultation. - Manque d'investigation au sujet du confort et du besoin de consulter. - Étude unicentrique en milieu urbain. - Avantages du questionnaire auto-administré vis-à-vis de l'interview en face-à-face : <ul style="list-style-type: none"> o Questionnaire écrit dans une forme simple est accessible à tous. o Valeurs des japonais (difficultés d'exprimer des sentiments et/ou des affaires conjugales). o Nécessité de former les soignants à l'interview en face-à-face. o Crainte d'un arrêt de la divulgation de la violence (car difficile de remédier à la virulence). - Influence de la culture japonaise sur l'outil VAWS (sensibilité élevée, spécificité faible).

SG (Semaines de grossesse) – « VAWS » (Violence Against Women Scale)

Tableau 11 : Description de l'article de Kataoka et al. (2010)

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>① Développer et tester la validité d'un outil de dépistage des violences conjugales chez les femmes enceintes.</p> <p>② Déterminer le nombre minimum de questions nécessaires pour identifier une forme de violences conjugales.</p>	<p>Design :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude épidémiologique observationnelle de type transversale descriptive. <p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1'116 Tanzaniennes et 1'309 Vietnamiennes. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitantes de ces pays. - Femmes enceintes attendant des soins prénataux avant 24 SG. <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format du questionnaire. - Niveau de confort. <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposition à au moins un type de violence durant la grossesse. - Fréquence d'exposition à une violence émotionnelle, physique ou sexuelle durant la grossesse. - Valeurs psychométriques (Se, Sp, VPP, VPN, précision) et cut-off des combinaisons de questions. <p>Outil quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « WHO questionnaire » (Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 1996) 	<p>1^{ère} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement des participantes <24 SG. - Réponse individuelle à un questionnaire sociodémographique. - Dépistage de la violence par huit questions durant les 12 derniers mois et pendant la grossesse. - Consentement donné. <p>2^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage effectué à 30-34 SG par le « WHO questionnaire » en intégralité dans un lieu sécurisé. - Outil utilisé de nouveau à la naissance, puis entre 4 et 12 semaines PP. <p>3^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse statistique des résultats. <p>4^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les questions les plus efficaces sont testées au Vietnam pour détecter au moins un type de violences conjugales, puis les différentes formes d'animosité. <p>Période – Lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanzanie (Majengo Health Centre & Pasua Health Centre) puis au Vietnam (Dong Anh Hospital & Bac Thang Long Hospital) (étude multicentrique). - Période non connue. 	<p>① Pratiquement 1/3 des femmes est exposé à au moins un type de violences conjugales durant la grossesse. En Tanzanie, 76 à 90% des femmes ont été victimes deux à cinq fois vs 6 à 10% plus de cinq fois. Au Vietnam, 33 à 72% ont été exposées deux à cinq fois.</p> <p>② Quatre combinaisons de questions se sont révélées efficaces pour détecter au moins un type de violence (Se>0,75, VPN>0,75 et précision >0,79) parmi les 255 combinaisons de départ.</p> <p>③ Une combinaison est la plus efficace (« 1+3+4 ») pour détecter un type de violence en Tanzanie (Se=0,80, Sp=0,86) et au Vietnam (Se=0,74, Sp=0,68), et plus spécifiquement la violence physique (Se=0,93, Sp=0,70 vs Se=0,96, Sp=0,55). Cette combinaison est plus efficace en Tanzanie qu'au Vietnam où la sensibilité était plus faible. Elle est également moins efficace pour détecter la violence émotionnelle (probabilité de 78% en Tanzanie et 76% au Vietnam) et sexuelle (probabilité de 87% en Tanzanie et 71% au Vietnam).</p> <p>④ Plus la femme tanzanienne est soumise à une violence physique ou sexuelle, plus l'outil est sensible (Se=1,00) ; tandis que cette dernière diminue (Se=0,90) pour détecter un type de violence.</p> <p>⑤ En Tanzanie et au Vietnam, plus ce cut-off est augmenté, plus la sensibilité baisse, tandis que la spécificité et la précision augmentent. Le cut-off de un permet alors une meilleure précision pour les huit questions tandis que le cut-off de deux ne démontre pas de différences en Tanzanie. Ainsi, dans la combinaison « 1+3+4 », plus le cut-off est élevé, moins bon est l'instrument ; d'où le cut-off optimal de un.</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Période propice pour le dépistage. - Étude multicentrique. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvais reflet de la réalité : <ul style="list-style-type: none"> o Interviews réalisées par des soignants. o Risque de minimisation des actes et de non-reconnaissance de la violence émotionnelle. o La violence sexuelle est un sujet délicat. o Obstacle par peur de perdre la garde des enfants et de représailles. - L'utilisation d'ordinateurs serait plus efficace dans ce dépistage par rapport aux interviews en face-à-face mais l'accès est inégal. - Manque de disponibilité des professionnels et formation insuffisante.

SG (Semaines de grossesse) - WHO (Questionnaire for assessing Domestic Violence against Women) – Se (Sensibilité) – Sp (Spécificité) – PP (Post-partum).

VPP (Valeur prédictive Positive) – VPN (Valeur Prédictive Négative)

Tableau 12 : Description de l'article de Rasch et al. (2018)

Titre : « *Intimate Partner Violence and Pregnancy : a systematic review of interventions* »

Auteurs : Van Parys A., Verhamme A., Temmerman M. & Verstraelen H.

Année : 2014

Revue : PLOS one, Impact Factor : 2.766

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Établir un aperçu des données sur l'efficacité des interventions autour des IPV durant la période prénatale pour les femmes enceintes.</p> <p>① Mettre en évidence les types d'interventions visant à réduire les IPV pendant la grossesse.</p> <p>② Améliorer la santé physique et/ou mentale, la qualité de vie, les comportements sûrs et le soutien social.</p>	<p>Design :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cochrane. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes enceintes de tout âge et/ou ayant accouché au cours de l'année passée. - Interventions ciblées contre la violence. - RCT publiés uniquement en anglais. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violence non conjugale. - Procréation contrainte. - Maltraitance à l'égard des enfants. - Éducation des enfants. - Grossesse chez les adolescentes. - Abus de substances. - Divulgateur des IPV. <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme de l'intervention (visites à domicile vs counseling) - Intervenant (infirmière vs paraprofessionnel). <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme victime d'abus de la part de son partenaire (fréquence et forme de violence). - Santé physique et psychologique : <ul style="list-style-type: none"> o Conséquences obstétricales et néonatales. o Dépression, anxiété, stress. o Qualité de vie. o Utilisation de substances. - Recherche d'aide. - Comportements de sécurité. - Soutien social. <p>Outils quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « AAS » (McFarlan, Parker, Soeken & Bullock, 1992). - « CAS » (Hegarty, Fracgp, Bush & Sheehan, 2005). - « CTS1 » (Straus, 1979) & CTS2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). - « SVAWS » (Marshall, 1992). 	<p>1^{ère} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection de 412 articles. <p>2^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des articles. <p>3^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection définitive des neuf études. <p>Période – Lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2000 - 2013 (temps de l'étude : 13 ans). - Six études menées aux États-Unis, une au Pérou et une en Chine (étude multicentrique). 	<p>Groupe intervention :</p> <p><i>Programme de visites à domicile (n=3)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> ① Taux de victimisation et de perpétration inférieur après 3 ans (IRR : 0.86, 95% CI, 0.73 – 1.01). ② Réduction du taux de violences conjugales physiques grâce aux visites par les infirmières (P=0.05, OR : 0.47, 95% CI). ③ Meilleur sentiment de maîtrise grâce aux visites par des paraprofessionnels (101.25 vs 99.31, P=0.03) et une meilleure santé mentale (101.21 vs 99.16, P=0.03). ④ Diminution du taux de fausses couches (6.6% vs 12.3%, P = 0.04, OR : 0.5, 95% CI) et des naissances de nouveau-nés de petits poids (2.8% vs 7.7%, P = 0.03, OR : 0.34, 95% CI). <p><i>Conseils de soutien (n=6)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> ① Moins d'épisodes de violences (OR : 0.48, 95% CI, 0.29 – 0.80). ② Réduction significative de la violence chez les femmes victimes de IPV physique durant le 1^{er} trimestre (OR : 0.49, 95%, 0.27-0.91). ③ Moins de violences psychologiques (MD- 1.1, 95% CI, -2.2 to -0,04) et physiques (MD- 1.0, 95% CI, - 1,8 to -0.17). ④ Diminution du nombre de naissances de nouveau-nés prématurés (1.5% vs 6.6%, P=0 ,03). ⑤ Amélioration de la qualité de vie, accroissement de la sécurité et de la recherche d'aide auprès de la police et des églises. ⑥ Diminution statistiquement significative des formes de IPV (OR 0,57- 0.92). 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de preuves d'effets négatifs ou néfastes liées aux interventions. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de comparer les études par manque de données et d'interventions. - L'efficacité de certaines interventions n'a pas été prouvée par ces études. - Peu d'études ont été sélectionnées. - Difficultés de mener des études car elles sont liées à des questions d'éthique et de sécurité. - Échantillons faibles et risque de perte de suivi élevé. - Manque de résultats statistiquement significatifs. - Biais existant dans le groupe témoin par l'anamnèse et la distribution de cartes. - Difficultés d'agir sur le comportement du conjoint. - Critères d'inclusion et système de données ont limité l'étude. - Risques de biais dans l'évaluation et l'interprétation des données.

IPV (Intimate Partner Violence) - RCT (Randomised Controlled Trial = Étude contrôlée randomisée) – AAS (Abuse assessment screen) – CAS (Composite Abuse Scale) - CTS (Conflict Tactics Scale) – SVAWS (Severity of Violence Against Women Scale) – IRR (Incidence Rate Ratio) – MD (Mean Difference).

Tableau 13 : Description de l'article de Van Parys et al. (2014)

Titre : **“Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial”**

Auteurs : Mejdoubi J., Van Den Heijkant S., Van Leerdam F., Heymans M., Hirasing R. & Crijnen A.

Année : 2013

Revue : PLOS ONE, Impact Factor : 2,766

Objetif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Évaluer l'effet de « VoorZorg » sur la victimisation et la perpétration des IPV auto-déclarées.</p> <p>① Mesurer l'auto-déclaration des violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles envers la participante ou son partenaire.</p> <p>② Mesurer les différentes formes de violence et la perpétration de celle-ci.</p>	<p>Design :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude contrôlée randomisée. <p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 460 femmes enceintes : 223 femmes dans le groupe contrôle et 237 dans le groupe intervention. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≤ 25ans et ≤ 28 SG. - Faible niveau d'éducation. - Pas d'antécédent de naissance vivante. - Compréhension de la langue néerlandaise. <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité des soins prénataux standards. - Efficacité des visites à domicile par un(e) infirmie(re) ou un(e) paraprofessionnel(le). <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulgarion d'une forme de violence : <ul style="list-style-type: none"> o Agression psychologique : niveau 1 ou 2. o Agression physique : niveau 1 ou 2. o Contrainte sexuelle : niveau 1 ou 2. o Blessure : niveau 1 ou 2. o Combinaison de plusieurs formes de violence : la moyenne, plus de deux formes. - Cigarette. - Conséquences néonatales. - Allaitement. - Développement de l'enfant. <p>Outils quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « AAS » (McFarlan, Parker, Soeken & Bullock, 1992). - « CTS 2 » (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). <p>Outil qualitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Power and Control Wheel » (Domestic abuse intervention programs, 1984). 	<p>1^{ère} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du NFP en néerlandais (VoorZorg). <p>2^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de 460 femmes au sein de 20 municipalités. <p>3^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interview des femmes pour souligner les facteurs de risque. - 177 femmes sont alors retenues. <p>4^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition des groupes selon leur région et leur ethnicité. - 223 dans le groupe contrôle et 227 dans le groupe intervention. <p>5^{ème} phase :</p> <p><i>Groupe intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visites structurées à domicile par des infirmier(es) expérimenté(e)s du programme VoorZorg. - Inclusion au maximum du partenaire durant ces visites. - Les participantes ont été interviewées trois fois à la maison : à 16 SG (<i>utilisation « AAS »</i>), 28SG (<i>utilisation « AAS »</i>), 32 SG (<i>utilisation « CTS 2 »</i>) et 24 mois PP (<i>utilisation « CTS 2 »</i>) pour collecter des données. <p><i>Groupe contrôle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins prénataux et carte délivrés pour la prévention des IPV. <p>Période – Lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2007 à 2009 (temps de l'étude : 2 ans). - Pays-Bas (étude unicentrique). 	<p>① Participant(e)s en tant que victimes :</p> <p><i>Groupe intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution du niveau 2 d'agression psychologique (OR : 0.55 ; 95% CI 0,32 to 0,94), du niveau 1 (OR : 0.38 ; 95% CI 0,22 to 0,66) et 2 (OR : 0.57 ; 95% CI 0,32 to 0,99) d'agression physique et du niveau 1 d'agression sexuelle (OR : 0.47 ; 95% CI 0,19 to 0,90). - Moins de participant(e)s étaient victimes de deux formes de violence (OR : 0.49 ; 95% CI 0,28 to 0,86). <p>② Participant(e)s en tant qu'auteurs :</p> <p><i>Groupe intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'utilisation du niveau 2 d'agression psychologique (OR : 0.57 ; 95% CI 0,34 to 0,95) et du niveau 1 d'agression physique (OR : 0.57 ; 95% CI 0,34 to 0,95). - Moins de recours à l'utilisation de deux formes de violence (OR : 0.53 ; 95% CI 0,30 to 0,94). <p>③ Participant(e)s en tant que victimes et auteurs :</p> <p><i>Groupe intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'agression psychologique de niveau 2 (OR : 0.48 ; 95% CI 0,29 to 0,80) et du niveau 1 de l'agression physique (OR : 0.44 ; 95% CI 0,27 to 0,72). 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Population à haut risque (bas niveau éducation, population jeune). - Adaptation de l'outil à la culture et à la langue. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non prise en compte du risque de PTSD. - Biais de sélection. - Questionnaires auto-administrés. - Critique de l'utilisation de l'outil « CTS2 ».

IPV (Intimate Partner Violence) - « AAS » (Abuse Assessment Screen) – « CTS2 » (Conflict Tactics Scale 2) – PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) – SG (Semaines de Grossesse) – NFP (Nurse Family Partnership)

Tableau 14 : Description de l'article de Mejdoubi et al. (2013)

Titre : « The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence : a randomized control trial »

Auteurs : Taghizadeh Z., Pourbakhtiar M., Ghasemzadeh S., Azimi K. & Mehran A.

Année : 2018

Revue : PanAfrican Medical Journal, *Impact Factor* : 0,21

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>① Étudier l'impact de l'éducation à la résolution de problèmes sur la prévalence de chaque type de violences conjugales chez les femmes enceintes.</p>	<p>Design :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essai randomisé contrôlé (étude quasi-expérimentale). <p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 284 femmes enceintes : 142 dans le groupe contrôle et 142 dans le groupe intervention. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} moitié de la grossesse. - Savoir lire et écrire. - Absence de participation à des études similaires. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Survenue d'un événement stressant (décès, maladie grave d'un membre de la famille). - Refus de coopérer. - Absence à une des rencontres. <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessions de résolution de problèmes. <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des violences conjugales. - Formes des violences conjugales. <p>Outil quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « CTS2 » (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). 	<p>1^{ère} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact avec de potentielles participantes pour visiter un centre de santé. - Réponse à l'outil « CTS2 » pour dépister les violences. - Recrutement de 284 femmes victimes pour l'étude. <p>2^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Session d'orientation pour expliquer les objectifs de l'étude et leur donner le consentement. <p>3^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomisation des participantes en 2 groupes de 142 femmes. - Questionnaire sociodémographique rempli par les participantes. <p>4^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse au « CTS2 » trois mois plus tard. - Réponse au « CTS2 » deux mois plus tard. <p><i>Groupe contrôle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quatre sessions en groupe de résolution de problème enseignées par des sages-femmes formées. <p><i>Groupe intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse au « CTS2 » deux mois plus tard. <p>5^{ème} phase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposition de soutien à la fin de l'étude. <p>Période – Lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Téhéran, Iran (deux centres de santé : l'un à Shahr-e-Rey, et l'un dans le sud de Téhéran) (étude multicentrique). - Temps de l'étude : 8 mois. 	<p>① Absence de différences significatives avant l'étude concernant les formes de violences conjugales entre les deux groupes.</p> <p>② <i>Groupe intervention</i> : Diminution significative du taux de violences physiques (60% à 51,2%, CI 95%, p = 0,01) et psychologiques (92,8% à 67,4%, CI 95%, p<0,001). Pas de différences significatives concernant la violence sexuelle.</p> <p><i>Groupe contrôle</i> : Légère diminution du taux de violences physiques (68,9% à 65,9%, CI95%, p =0,01) et psychologiques (93,9% à 92,4%, CI 95%, p<0,001).</p>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à divulguer si présence d'antécédents de violence. - Prévalence des violences peut différer selon : <ul style="list-style-type: none"> o La définition de la violence conjugale. o Les instances de la violence. o Les contextes socio-culturels. o L'environnement géographique. o La méthodologie et outils de l'étude. o Les caractéristiques des participants. - Résultats non significatifs à cause : <ul style="list-style-type: none"> o Du design de l'étude. o De l'intervention dans le groupe contrôle. - Violence physique moins divulguée que les autres pour des raisons culturelles et religieuses. - Caractéristiques personnelles peuvent entraver l'expression des émotions et des problèmes. - Crainte des femmes à divulguer leurs secrets.

CTS2 (The revised Conflict Tactics Scale)

Tableau 15 : Description de l'article de Taghizadeh et al. (2018)

VI. Analyse de revue de la littérature

Afin de décrire et d'analyser les articles sélectionnés, le Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques (GFASAS) a été employé.

1. Analyse critique des articles

1.1. La méthodologie

1.1.1. Les auteurs et les revues

Les articles analysés émanent d'un regroupement de chercheurs du monde entier. Ces derniers sont principalement des professeurs assistants et/ou associés, épidémiologistes et sages-femmes (Rasch & al., 2018 ; Kataoka & al., 2010 ; Van Parys & al., 2014 ; Medjoubi & al., 2013 ; Taghizadeh & al., 2018), qui ont pu développer diverses compétences dans le domaine de la recherche médicale. Cette pluridisciplinarité peut probablement diminuer le biais d'interprétation des résultats par la lecture et l'analyse critique de l'ouvrage par chacun des chercheurs. De surcroît, ils exercent dans de multiples pays (Japon, Belgique, Iran, Pays-Bas, Danemark, Vietnam et Tanzanie), ce qui offre des perspectives enrichissantes au niveau international du point de vue de la réalisation des études, des différentes cultures et des accompagnements à disposition. Cependant, ceci peut également restreindre l'applicabilité des résultats par non concordance avec la culture occidentale.

Les auteurs se complètent de par l'exercice de leur activité dans différents départements, comme par exemple : la santé publique et médecine préventive, la gynécologie-obstétrique, la psychologie et éducation des enfants ou encore l'anthropologie. Cette diversité souligne l'importance de cette problématique au niveau mondial et offre une multitude de points de vue. Les différentes critiques et prises de position émises par les scientifiques peuvent probablement affiner la méthodologie des recherches ainsi que l'interprétation et la discussion des résultats grâce à la spécialité et la culture de chacun.

Ces recherches proviennent de plusieurs revues de la littérature telles que « PLOS One », « PanAfrican Medical Journal » et « BMC Pregnancy and Childbirth ». Les *impacts factor* varient entre 0,21 pour l'essai de Taghizadeh et al. (2018) à 2,766 pour les trois autres études (Rasch & al., 2018 ; Van Parys & al., 2014 ; Medjoubi & al.,

2013). Ce paramètre de comparaison indique la fiabilité de la revue mais d'autres éléments sont également à considérer pour s'assurer de la pertinence des articles (Declaration on Research Assessment, 2012). Ces *impacts factor* reflètent ainsi une forme de reconnaissance de la part de la communauté scientifique. De surcroît, deux études ont été publiées en 2018 tandis que les autres sont parues entre 2010 et 2014. Elles soulignent l'étendue des violences conjugales par des portraits réalisés à différentes périodes. La pertinence des recherches de 2018 est ainsi renforcée puisque les études citées sont en adéquation avec notre ère.

1.1.2. Le design des études

Ce Bachelor Thesis se base uniquement sur des recherches quantitatives, ce qui limite l'exploration des sentiments et des représentations des participantes par des essais qualitatifs. Le choix de ce design d'étude a pour objectif de mesurer l'efficacité des outils de dépistage ainsi que celle des interventions. Cette revue de la littérature est composée principalement d'essais randomisés contrôlés (Kataoka & al., 2010 ; Medjoubi & al., 2013 ; Taghizadeh & al., 2018), mais également d'une Cochrane (Van Parys & al., 2014) et d'une étude épidémiologique observationnelle de type transversale descriptive (Rasch & al., 2018). Celle-ci présente un niveau de preuve de grade C (Haute Autorité de Santé, 2013), mais offre au lecteur une vision détaillée d'un outil de dépistage. En outre, cet article est contrebalancé par le niveau de preuve de grade B des essais randomisés contrôlés (Kataoka & al., 2010 ; Medjoubi & al., 2013 ; Taghizadeh & al., 2018) et celui de grade A de la Cochrane (Van Parys & al., 2014) (Haute Autorité de Santé, 2013).

Parmi les études choisies, deux d'entre elles sont multicentriques (Rasch & al., 2018 ; Taghizadeh & al., 2018). Cette caractéristique procure de la fiabilité aux études scientifiques. En effet, d'après le cours de P. Carquillat, elle apporte un large échantillon et rapproche la représentativité de ce dernier à la population du pays, ce qui réduit ainsi les biais de sélection géographiques (Document non publié [Support de cours], 15 Décembre 2016).

1.1.3. L'échantillonnage des recherches

Un grand panel de participantes est présent au sein de ces essais, ainsi les échantillons sélectionnés présentent une certaine disparité concernant leur taille. Par

exemple, dans l'étude de Rasch et al. (2018), les groupes sont composés de 1'309 femmes vietnamiennes et 1'116 tanzaniennes ; tandis que dans l'ouvrage de Taghizadeh et al. (2018), ils contiennent 284 femmes réparties en deux groupes. Afin de calculer la taille adéquate de ces échantillons, deux des études ont établi une puissance de 80% afin d'obtenir des résultats statistiquement significatifs (Medjoubi & al., 2013 ; Kataoka & al., 2010). Seule l'une des deux a souhaité sélectionner davantage de participantes pour anticiper une éventuelle perte de suivi. Cette méthode aurait pu être employée et décrite dans les autres articles.

Toutes ces recherches affichent des critères d'inclusion et d'exclusion parfois restrictifs. Or, la violence conjugale pouvant toucher quiconque, ceci peut probablement impacter la représentativité des échantillons. Par ailleurs, une perte de suivi des participantes est notifiée dans l'ensemble des études : 38 femmes sur 460 sont sorties de l'étude de Medjoubi et al. (2013). Ceci peut engendrer un biais de sélection et avoir une probable influence négative sur les résultats. En effet, le faible nombre de victimes de violences conjugales au sein de l'échantillon peut modifier la représentativité de ce dernier et ainsi avoir un impact sur les issues de l'étude. Il est également à noter que la diversité des populations retrouvées dans cette revue de la littérature n'est pas représentative de la population Suisse.

1.1.4. La procédure

Concernant les données sociodémographiques, celles-ci ont pu être collectées individuellement à l'aide d'un questionnaire écrit dans l'étude de Kataoka et al. (2010), tandis que des interviews en face-à-face ont été employées dans l'essai de Medjoubi et al. (2013). L'ouvrage traitant du « WHO questionnaire » recense ces informations mais le moyen utilisé n'est pas explicité (Rasch & al., 2018). Finalement, les chercheurs de l'étude réalisée en Iran mentionnent brièvement la collecte de ces éléments (Taghizadeh & al., 2018). Les auteurs de la Cochrane ont recensé les informations disponibles (pays, taille de l'échantillon, participants etc.) dans les recherches préalablement sélectionnées et ont contacté si besoin les différents scientifiques pour les données manquantes. Ces informations ne sont pas méthodiquement détaillées dans les paragraphes des différentes études mais sont systématiquement regroupées au sein de tableaux récapitulatifs. Ces caractéristiques présentent une vaste hétérogénéité en termes d'antécédents, d'âge, d'emploi, d'étude

ou encore de mode de vie ; ce qui rapproche probablement la représentativité de l'échantillon à celle de la population générale. Ainsi, de manière générale, les informations sociodémographiques n'ont pas été collectées uniformément au sein de cette revue de la littérature.

Le dépistage des violences conjugales a pu être effectué à l'aide de deux outils : le « Violence Against Women Screen » (VAWS) (Kataoka, 2003) utilisé sous forme de questionnaire ou d'interview en face-à-face, et le « World Health Organisation (WHO) questionnaire » (Annexe 7) (Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 1996) employé en mode interview en face-à-face. Le VAWS est un instrument adopté au Japon dont la sensibilité est de 86.7% et la spécificité est de 80.2% (Kataoka & al., 2010), et le « WHO questionnaire » est un gold standard (Rasch & al., 2018). Ce test de référence est le plus performant pour dépister une certaine forme de maladie. Sa sensibilité et sa spécificité peuvent alors être comparées à d'autres instruments afin de les évaluer (Statistic How To, 2017). Ces moyens sont adaptés à la culture des pays dans lesquels les recherches ont été menées.

Au sujet de l'accompagnement des femmes violentées, des visites à domicile et des entretiens de conseils ont été employés. L'accompagnement à domicile vise le bien-être maternel et infantile en développant les compétences du couple par des stratégies de régulation des émotions ou bien par la prise de décisions adéquates etc. (Medjoubi & al., 2013). Tandis que les entretiens comprennent des jeux de rôle, des activités, des devoirs à réaliser ou encore des échanges avec des sages-femmes (Taghizadeh & al., 2018). L'efficacité de ces interventions a pu être mesurée grâce à des outils de dépistage déjà validés. La plupart des outils utilisés dans les essais sélectionnés sont décrits brièvement dans le tableau ci-dessous (Tableau 16).

Outils	Pays	Utilisation & Fonctionnalité	Normes	Validation
« WHO questionnaire » (Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 1996)	- États-Unis	- Questionnaire composé de cinq questions sur la violence psychologique, six sur la violence physique et quatre sur la violence sexuelle (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2005). - <u>But</u> : dépister les formes de violences conjugales.		✓

« VAWS » (Kataoka, 2003)	- Japon.	- Questionnaire auto-administré comprenant sept items sur la relation de couple et l'existence de violences psychologique, physique et sexuelle (Kataoka & al., 2010). - <u>But</u> : dépister les violences conjugales.	- Score 7-21. - Dépistage positif si >9.	✓
« AAS » (McFarlan, Parker, Soeken & Bullock, 1992)	- États-Unis	- Questionnaire écrit composé de cinq items sur les violences physique, psychologique et sexuelle (Abuse Assessment Screen, 2012, p.1) (Perttu & Kaselitz, s.d.). - <u>But</u> : dépister les formes de violences conjugales.	- Dépistage positif si > 1.	✓
« CTS1 » (Straus, 1979)	- États-Unis	- Questionnaire comportant plusieurs échelles et 80 items : chacun étant noté de zéro (« jamais ») à six (« presque tous les jours »). - <u>But</u> : étudier les conflits et la violence, associés à leurs fréquences, au sein d'une famille (Conflict Tactics Scale, 2010, pp.1-9).		✓
« CTS 2 » (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996)	- États-Unis	- Version revisitée du Conflict Tactic Scale (CTS). - Questionnaire auto-administré de 39 items comprenant cinq échelles : « violence psychologique, et verbale, violence physique, violence sexuelle, blessures, négociation ». - <u>But</u> : mesurer le type, la fréquence et la sévérité de la violence conjugale (Van Parys & al., 2014).		
« SVAWS » (Marshall, 1992)	- États-Unis	- Questionnaire écrit composé de 46 actes violents différents (Perttu & Kaselitz, s.d.). - <u>But</u> : mesurer la fréquence et la gravité de la violence physique, psychologique et sexuelle de la part de partenaires masculins.		✗

Tableau 16 : Répertoire des outils de dépistage

1.1.5. L'analyse des statistiques

Au sein des différentes études, les résultats sont présentés sous forme de paragraphes mais également dans des tableaux structurés. Ces chiffres ont été analysés par les programmes informatiques suivants : « STATA software package » (Rasch & al., 2018) et « SPSS for Windows » (Kataoka & al., 2010 ; Medjoubi & al., 2013 ; Taghizadeh & al., 2018). Au sujet de la Cochrane, deux personnes indépendantes ont été chargées de l'analyse des données grâce au « PRISMA guidelines » (Van Parys & al., 2014). Cette méthode-ci augmente probablement la qualité de l'analyse statistique.

1.2. L'éthique

L'éthique est omniprésente dans cette revue de la littérature (Tableau 17) par la présence de comités d'éthique dans les études (Kataoka & al., 2010 ; Medjoubi & al., 2013 ; Rasch & al., 2018 ; Taghizadeh & al., 2018), le respect du consentement et de la confidentialité. Cependant, l'éthique est discutable puisque le comité n'apparaît pas dans un des articles choisis (Van Parys & al., 2014).

Afin de respecter au mieux l'accompagnement des femmes violentées et par volonté de justice, des chercheurs ont également souhaité intervenir auprès du groupe contrôle. C'est ainsi que les auteurs Taghizadeh et al. (2018) ont proposé du soutien à chacun des deux groupes à la fin de leur étude.

Année publication	Titre de l'article	Comité d'éthique	Consentement	Confidentialité	Formation des soignants
2018	« Intimate partner violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam » (Rasch & al., 2018)	The Ethical Review Committee at Kilimanjaro Christian Medical University and Hanoi Medical University.	✓		✓
2018	« The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence : a randomised control trial » (Taghizadeh & al., 2018)	The Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences and registered in Iranian Registry of Clinical Trial.	✓	✓	✓
2014	« Intimate Partner Violence and Pregnancy : a systematic review of interventions » (Van Parys & al., 2014)				
2013	« Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial » (Mejdoubi & al., 2013)	The Medical Ethical Committee of the VU University Medical Center (VU MC).	✓		✓

2010	« Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan. A randomized controlled trial » (Kataoka & al., 2010)	The Ethics Committee of St.Luke's College of Nursing.	✓	✓	✓
------	--	---	---	---	---

Tableau 17 : Respect de l'éthique au sein des cinq articles sélectionnés

2. L'analyse transversale des résultats selon les réflexions susmentionnées

2.1. Réflexion n°1 - Dépister efficacement les violences conjugales

2.1.1. Format et outils du dépistage

D'après nos recherches autour des violences conjugales, il nous semble évident de souligner les résultats suivants par rapport au dépistage. Dans l'étude réalisée au Japon (Kataoka & al., 2010), il en ressort que l'instrument VAWS est plus efficient par le questionnaire auto-administré que par l'interview en face-à-face de manière statistiquement significative (RR 0.66, 95% IC). En effet, 19.4% de ce groupe ont été identifiés comme victimes de violences contre 29.4% pour le groupe questionnaire. Il apparaît cependant que les femmes révèlent plus rapidement une forme de violence par interview en face-à-face que par écrit (50.0% contre 14.6% lors de la première entrevue). La violence conjugale étant un sujet sensible, il est probable que les femmes s'expriment peu sur le sujet ou orientent leurs réponses selon les normes sociales. Un risque de biais de déclaration est ainsi à envisager d'après le cours de P. Carquillat (Document non publié [Support de cours], 15 Décembre 2016). Ainsi, malgré cette différence, l'utilisation du VAWS par questionnaire auto-administré dépiste mieux les violences conjugales durant la grossesse que par application orale (Kataoka & al., 2010).

Dans l'étude élaborée en Tanzanie et au Vietnam (Rasch & al., 2018), les auteurs se sont penchés sur la pertinence des questions de l'instrument « WHO questionnaire ». Quatre combinaisons de questions se sont révélées efficaces pour détecter au moins un type de violence ($Se > 0.75$, $VPN > 0.75$ et $précision > 0.79$) parmi les 255 combinaisons de départ. Par la suite, ils ont relevé qu'une combinaison de trois questions, nommée « 1+3+4 », est la plus efficiente pour détecter un type de violence

en Tanzanie (Se=0.80, Sp=0.86) et au Vietnam (Se=0.74, Sp=0.68) et plus spécifiquement la violence physique (Se=0.93, Sp=0.70 versus Se=0.96, Sp=0.55). En outre, plus la femme tanzanienne est soumise à une violence physique ou sexuelle, plus l'outil diagnostique est sensible (Se=1.00 à Se=0.90 respectivement). La sensibilité diminue alors si la femme est à risque d'un type de violence ou d'une violence émotionnelle (Se=0.66 à Se=0.68 respectivement). Les auteurs ont également étudié le cut-off de cet instrument de dépistage, soit décelé le meilleur seuil entre zéro et huit qui maximise la sensibilité, la spécificité et la précision. En Tanzanie et au Vietnam, plus ce cut-off est augmenté plus la sensibilité baisse, tandis que la spécificité et la précision augmentent. Ainsi, dans la combinaison de questions « 1+3+4 », plus le cut-off est élevé, moins bon est l'instrument, d'où le cut-off optimal de un (Rasch & al., 2018).

À travers les deux articles sélectionnés, nous en avons conclu l'importance du dépistage des violences conjugales par questionnaire auto-administré au Japon (Kataoka & al., 2010). D'après l'une de nos études, une combinaison de trois questions est adéquate et suffisante pour dépister la violence conjugale en Tanzanie et au Vietnam (Rasch & al., 2018).

2.1.2. Satisfaction des femmes lors du dépistage

Par conséquent, le questionnaire auto-administré s'est révélé plus pertinent dans le dépistage des violences conjugales. Il est cependant intéressant de se questionner quant au bien-être des femmes durant cette prévention secondaire. Cette dernière peut par exemple varier selon le lieu de l'intervention ou encore l'implication du professionnel soignant ; c'est pourquoi les auteurs Rasch et al. (2018) ont veillé à effectuer le dépistage dans des espaces intimes et propices à la confiance. De plus, les auteurs japonais ont évalué le confort des patientes. Ils n'ont pas montré de différences significatives entre le groupe de l'interview en face-à-face (68.1%) et le groupe du questionnaire auto-administré (60.7%). Ainsi, les femmes se sont senties suffisamment en confiance durant ce dépistage pour divulguer d'éventuelles formes de violences conjugales aux soignantes.

Afin de respecter au mieux la satisfaction des participantes, les chercheurs se sont également questionnés sur le besoin de consulter après chaque intervention (Kataoka & al., 2010) : ce dernier était similaire entre les deux groupes. En effet, 68,1% des

femmes ont ressenti le besoin de consulter dans le groupe de l'interview en face-à-face contre 60,7% dans le groupe du questionnaire auto-administré (Kataoka & al., 2010).

Par conséquent, lors de tout dépistage des violences conjugales, un lieu confidentiel s'avère être nécessaire pour faciliter la divulgation. En outre, une proposition ultérieure de soutien améliore la satisfaction des femmes durant cet entretien.

2.2. Réflexion n°2 - Intervenir auprès des victimes réduit les conséquences maternelles et néonatales

Dans les articles choisis, certaines interventions sont mises en évidence telles que les visites à domicile effectuées par des infirmières ou des professionnels peu formés au niveau médical, et des conseils de soutien dont l'utilisation d'une « training problem-solving skills » traduit en français par « technique de résolution de problème » (Taghizadeh & al., 2018).

Le terme de « paraprofessionnels » présent dans un article est traduit par le terme « paraprofessionnels » dans ce Bachelor Thesis, désignant ainsi les professionnels non formés à effectuer des visites à domicile et à délivrer des interventions aux victimes de violences conjugales.

2.2.1. Les constats autour de la violence

La Cochrane souligne que les femmes ayant bénéficié de visites à domicile ont un taux de victimisation et de perpétration aux violences conjugales inférieurs au groupe témoin après trois ans (IRR 0.86, 95% CI, 0.73 – 1.01). Grâce aux visites à domicile, la violence physique diminue également significativement (6.9% versus 13.6%, $p=0.05$, OR 0.47, 95%CI). En outre, les conseils de soutien permettent une réduction des épisodes de violence (OR 0.48, 95% CI, 0.29-0.80) et plus particulièrement durant le premier trimestre de grossesse (OR 0.49, 95%, 0.27-0.91), ainsi que celle des violences psychologiques (MD -1.1, 95% CI, -2.2 to -0.04) et physiques (MD -1, 95% CI, -1.8 to -0.17) (Van Parys & al., 2014). L'étude de Taghizadeh et al. (2018) confirme cette diminution par la technique de résolution de problème : 60% à 51.2% pour la violence physique (CI 95%, $p=0.01$) ; 92.8% à 67.4%

pour la psychologique (CI 95%, $p < 0.001$). Ils n'ont cependant pas noté de différences significatives au sujet de la contrainte sexuelle.

Cette baisse générale de la violence est également rapportée dans l'étude nommée « *Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial* » (Medjoubi & al., 2013). En effet, cette dernière démontre une diminution dans le groupe intervention du niveau d'agression psychologique de niveau 2⁴ (OR 0.55 ; 95% CI 0.32 to 0.66), du niveau 1 (OR 0.38 ; 95% CI 0.22 to 0.66) et 2 (OR 0.47 ; 95% CI 0.32 to 0.99) d'agression physique et enfin du niveau 1 d'agression sexuelle (OR 0.47 ; 95% CI 0.19 to 0.90) (Annexe 9). De plus, de manière générale moins de femmes étaient victimes de deux formes de violences (OR 0.49 ; 95% CI 0.28 to 0.86) (Medjoubi & al., 2013).

Ainsi, ces formes d'accompagnement permettent de réduire le taux de violences conjugales.

2.2.2. La corrélation entre les violences conjugales, la santé et les issues obstétricales

Van Parys et al. (2014) soutiennent que les visites à domicile effectuées par les paraprofessionnels améliorent le sentiment de maîtrise (101.25 versus 99.31, $p=0.03$) et la santé mentale des femmes violentées (101.21 versus 99.16, $p=0.03$). Les conseils de soutien, quant à eux, optimisent leur qualité de vie et accroissent leur sécurité. De plus, ceux-ci diminuent le taux de naissance de nouveau-nés prématurés (1.5% versus 6.6%, $p=0.03$) tandis que l'âge gestationnel augmente (38.2 +/- 3.3 versus 36.9 +/- 5.9, $p=0.016$). Enfin, les visites à domicile par des paraprofessionnels dans cette même étude atténuent les naissances de nouveau-nés de petits poids (2.8% versus 7.7%, $p=0.03$, OR 0.34, 95% CI) et les fausses couches (6.6% versus 12.3%, $p=0.04$, OR 0.5, 95% CI).

Ces deux interventions semblent ainsi efficaces pour diminuer les impacts au niveau obstétrical et plus particulièrement pour les issues néonatales (Van Parys & al., 2014).

⁴ Ces niveaux réfèrent à la gravité des différentes formes de violences conjugales ; ils sont explicités dans un tableau en annexe (Annexe 9).

VII. Discussion

Les résultats relevés dans cette revue de la littérature sont comparés dans la partie suivante à ceux d'autres études scientifiques. Ainsi, de nouveaux concepts sont employés dans l'optique de mettre en avant les concordances et divergences des articles.

1. Résultats de notre recherche scientifique

1.1. Un processus dynamique dans le temps

Les violences conjugales, véritable fléau social, nécessitent une mise en visibilité passant par un dépistage efficient durant la période prénatale. Au début des années 2000, les sages-femmes du Royaume-Uni considéraient la grossesse comme un facteur protecteur vis-à-vis des violences conjugales (Mezey, Bacchus, Haworth & Bewley, 2003). Progressivement, la prise de conscience de ce phénomène par le public, associée notamment à la formation des professionnels de santé, ont renforcé les connaissances à ce sujet. La grossesse est alors définie et présentée comme une période à risque pour cette virulence, le taux de cette dernière étant augmenté durant la période prénatale (Chasweka, Chimwaza & Maluwa, 2018). La femme enceinte est ainsi plus propice à être victime de différentes formes de violences conjugales telles que « psychologique, sexuelle et physique » (Chasweka, Chimwaza & Maluwa, 2018). Ces diverses facettes de la violence nécessitent donc d'être dépistées durant les consultations prénatales exercées par la sage-femme.

Pour cela, une relation de confiance entre soignante et soignée ainsi que du respect et de l'intimité sont essentiels pour faciliter une éventuelle confiance. Ce rapport, basé sur la « réciprocité », est un signe d'engagement « de la part du soignant comme du patient » (Sureau, 2018). En effet, comme le soulignent les sages-femmes dans l'article de Baird, Salmon et White (2013), ce lien de confiance offre un sentiment de sécurité à la femme enceinte et accentue le rôle majeur de ces professionnelles de première ligne dans le dépistage des violences. Cependant, les maïeuticiennes redoutent parfois d'aborder cette thématique sensible par crainte de rompre ce lien de confiance sur le long terme (Torres-Vitolas, Bacchus & Aston, 2010). Ce risque peut alors déstabiliser les soignantes dans leur travail et les faire douter de leurs capacités. Or, comme explicité précédemment, les sages-femmes se sentent vulnérables et pas suffisamment préparées pour faire face à cette responsabilité. Leur confiance en elle

pourrait ainsi être améliorée grâce à l'apport de connaissances supplémentaires par des formations adaptées comme le montre l'étude de Baird, Saito, Eustace et Creedy, (2018). De manière générale, les professeurs en milieu universitaire partagent ce point de vue en mettant à l'honneur l'enseignement autour des violences conjugales (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas & Payà-Sánchez, 2017). Ils souhaiteraient que cette thématique soit systématiquement abordée au sein des écoles, et ce sous différents angles tels que dans les domaines de la « santé, psychologique, social, éthique et juridique » (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas & Payà-Sánchez, 2017). Du temps supplémentaire serait également à consacrer à l'approfondissement de ces connaissances (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas & Payà-Sánchez, 2017). Cet apprentissage consolide ainsi le rôle exercé par la sage-femme et la conforte dans ses compétences pour dépister de manière adéquate les violences conjugales durant la période prénatale.

Par ailleurs, dans l'étude nommée « *Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden* » (Finnbogadóttir & Dykes, 2012), les maïeuticiennes estiment que dépister ces animosités fait partie de leurs devoirs et responsabilités en tant que soignantes. Ceci offre alors la possibilité d'ouvrir le dialogue avec la femme enceinte et d'approfondir l'expression de ses sentiments. Du point de vue de la patiente, la sage-femme est la professionnelle de première ligne la plus apte à l'interroger à propos de ce risque comme le démontre Rousset (2016). Cependant, des patientes ont jugé certaines questions « trop intimes » ou « trop directes » (Rousset, 2016). Une vigilance est donc requise de la part des maïeuticiennes lorsqu'elles questionnent les femmes enceintes à ce sujet. Toutefois, les patientes portent communément un regard positif sur ce dépistage et souhaitent que ce dernier soit perpétué. D'après l'étude de Salmon, Baird et White (2013), « 96,6% des participantes ont également estimé qu'il était approprié que la sage-femme pose la question ». Cette détection est donc primordiale tant du côté des patientes que de celui des professionnels de la santé, et doit être effectuée en systématique durant la période prénatale.

Pour cela, l'étude de Kataoka et al. (2010) a souligné que l'administration d'un questionnaire écrit en autonomie est plus efficace qu'une interview en face-à-face. Ceci est complété par l'étude « *Intimate Partner Violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam* »

(Rasch & al., 2018) qui a démontré l'efficacité d'une combinaison de trois questions pour dépister les violences conjugales. L'ouvrage de Hussain et al. (2015), est en accord avec les auteurs japonais concernant l'efficacité du questionnaire auto-administré par rapport à l'interview en face-à-face. Cependant, il met en évidence que l'efficience est accrue lorsque le questionnaire est employé sur ordinateur. Dado et al. (2012) confirment l'efficacité de ce dépistage par utilisation de l'ordinateur en comparaison à l'interview en face-à-face. En effet, les femmes révèlent ne pas se sentir jugées immédiatement. Cependant, elles reconnaissent que l'interview en face-à-face était plus adaptée pour construire une relation de confiance avec la soignante (Dado & al., 2012). Par ailleurs, Bloom et al. (2014) ont observé que les femmes utilisent majoritairement les téléphones mobiles plutôt qu'un ordinateur. Ainsi il serait intéressant de développer ultérieurement ce format de dépistage dans notre société tout en préservant un lien de confiance entre soignante et soignée.

1.2. Intervenir auprès des victimes de violences conjugales

L'accompagnement des sages-femmes auprès des victimes de violences conjugales est capital. Toutefois, il a été constaté que les victimes faisaient plutôt appel à des soutiens informels (entourage, amis etc.) que formels (police, hôpitaux etc.) (Cripe & al., 2010). Ceci est également confirmé par l'étude de Rousset (2016) qui illustre la « démarche des victimes » de violence : leur premier interlocuteur étant majoritairement une personne proche, suivi par un(e) professionnel(le) de santé. Or, l'article « *Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania* » (Sigalla & al., 2017) indique que plus les victimes communiquent avec leur famille au sujet des violences, moins elles sont susceptibles d'être à nouveau violentées. Ainsi, favoriser les liens entre ces femmes et leur entourage, et sensibiliser le public à ce sujet, diminueraient probablement le taux de victimes de violences conjugales.

Concernant l'accompagnement des victimes, l'étude de Van Parys et al. (2014) et celle de Mejdoubi et al. (2013) sont en accord sur l'utilité et la performance des visites à domicile. En effet, celles-ci permettent de diminuer le taux des violences conjugales au sein du couple et davantage lorsqu'elles sont effectuées par des infirmières que par des paraprofessionnels (Van Parys & al., 2014). De plus, les conseils de soutien ont un impact positif sur l'amélioration de la qualité de vie des femmes, l'accroissement de la sécurité et la recherche d'aide auprès de la police et des églises (Van parys & al.,

2014). Cripe et al. (2010) insistent notamment sur l'importance des « empowerment interventions » qui favorisent l'augmentation des comportements sécurés tels que cacher des bagages et de l'argent, demander de l'aide à son entourage ou encore détenir des comptes bancaires. Ceci est confirmé par l'ouvrage « *Safety Behaviors of Abuse Women After an Intervention During Pregnancy* » (McFarlane, Parker, Soeken, Silva & Reel, 1997) qui souligne également cet accroissement au niveau comportemental suite à trois sessions prénatales informatives. En effet, la majorité des femmes ont rapidement adopté des comportements sécurés dès la première visite tels que cacher de l'argent, créer des clés supplémentaires ou encore informer les voisins de leur situation.

Ce type de comportements fait ainsi partie des *stratégies de coping* qui sont adéquates face aux violences conjugales. Celles-ci désignent « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (Lazarus & Launier, 1978 cités par Paulhan, 1992, p.545). Ces stratégies, permettant de faire face à une nouvelle situation, peuvent prendre différents aspects tels que des « cognitions », des « affects » ou encore des « comportements » (Bruchon-Schweitzer, 2001). Grâce à leur efficacité, elles vont influencer le sentiment d'efficacité personnelle que peut ressentir la patiente soit « la perception qu'a l'individu de ses capacités vis-à-vis d'une tâche déterminée et définie » d'après le cours de C. Razurel (Document non publié [Support de cours], 16 Mai 2017). Ce sentiment d'auto-efficacité permet de mesurer de manière subjective l'*empowerment* éprouvé par la femme (Doumont, Aujoulat & Deccache, 2002). Cette notion, traduisible par le terme d'« autonomisation », est signe de pouvoir et de maîtrise sur ses propres faits et gestes (Bacqué & Biewener, 2013). Ainsi, plus ce sentiment d'efficacité personnelle sera considérable, plus la femme développera son *empowerment* et sa confiance en elle. Dans ce cas de figure, la victime possède alors les ressources nécessaires et est capable de les solliciter pour s'adapter aux situations conflictuelles.

Cependant, il peut être difficile chez certaines femmes de faire usage de stratégies de coping adaptées pour faire face à d'éventuels changements. En effet, certaines peuvent être en état de « pré-contemplation », rendant ainsi difficile toute adaptation à certaines situations (Python, 2018). Selon le cours de S. Racine, ce stade se réfère aux « *étapes du changement de comportements ou d'habitudes* » (Annexe 12)

élaborées par les psychologues Prochaska et DiClemente en 1982 (Document non publié [Support de cours], 17 Octobre 2018). Durant cette phase nommée « pré-contemplation », la femme n'a « pas conscience du problème » [...] ou en possède une « conscience très partielle » (Devaugermé, 2017). Elle peut donc émettre des réticences à aborder le sujet traité. S'ensuit la phase de « contemplation », durant laquelle la femme prend conscience de ce qui lui arrive mais reste ambivalente face à un éventuel changement. Par la suite, la victime se prépare au changement et commence à planifier ses actions en recherchant de l'aide : il s'agit du stade de « détermination ». C'est alors que les interventions peuvent débiter avec des objectifs précis et atteignables. Enfin, un risque de « rechute » est possible à chaque étape de ce parcours, d'où l'importance de respecter le rythme de tout un chacun et d'apporter un soutien continu à la personne (Devaugermé, 2017).

Ainsi, la sage-femme tient un rôle transversal à travers le dépistage des violences conjugales et l'accompagnement des victimes. Son soutien auprès des femmes est essentiel durant ce cycle afin d'encourager tout changement et d'accroître leur motivation. Les femmes enceintes, gagnant en *empowerment* et adoptant des *stratégies de coping* efficaces, pourront ainsi s'adapter et faire face aux conflits.

2. Points forts et limites de notre recherche

Points forts :

- Problématique actuelle de santé publique dont les sages-femmes sont les professionnelles de première ligne pour dépister les violences conjugales et intervenir auprès des victimes. Ce sujet permet ainsi de mettre en évidence le rôle de la maïeuticienne et son implication au niveau de la collaboration interprofessionnelle.
- Présence de différents auteurs, revues et pays (Japon, Tanzanie, Vietnam, Pays-Bas, Iran etc.), ce qui apporte une multiplicité dans les points de vue, les outils utilisés et les interventions employées.
- Les auteurs portent un intérêt croissant au dépistage des violences conjugales : ce qui offre une diversité intéressante au niveau des études.
- L'accompagnement des femmes enceintes victimes de violences conjugales est un sujet encore peu étudié, ce qui encourage nos recherches à ce sujet pour le développer.

- Cette thématique soulève de notre part de multiples pistes de recherches et d'innovations pour le futur.
- Nos échanges et notre rigueur ont porté notre Bachelor Thesis en enrichissant ainsi notre réflexion. Nos discussions nous ont alors poussées à nous remettre continuellement en question sur ce sujet et à rester factuelles.

Limites :

- Les études ayant été effectuées sur des populations précises dont les cultures diffèrent, une adaptation transculturelle s'avère être nécessaire. Or, en Suisse, la généralisation des données peut se révéler compliquée par la présence d'hétérogénéité au sein du pays (quatre langues nationales, diverses cultures etc.).
- Malgré notre vaste recherche d'articles scientifiques, nous n'avons pas sélectionné d'études qualitatives qui nous auraient permis d'avancer dans notre problématique.
- Difficultés à sélectionner des articles traitant d'interventions détaillées auprès des victimes. De plus, la majorité des recherches possède des critères d'inclusion et d'exclusion stricts tandis que la violence conjugale touche tout un chacun.
- Beaucoup d'études abordent le rôle des médecins et des travailleurs sociaux dans ce domaine. Ceci a donc limité notre choix dans les recherches.
- L'absence de normes autour des outils de dépistage engendre la présence de nombreux moyens et d'une importante diversité au niveau des résultats. Il est donc délicat d'interpréter de manière adéquate les issues et d'émettre des conclusions précises.
- Les violences économiques et administratives sont peu représentées au sein des études scientifiques alors qu'elles mériteraient tout autant d'être analysées que les autres formes de violence.
- Certains résultats ne sont pas statistiquement significatifs dans notre Bachelor Thesis. Cela peut notamment s'expliquer par la difficulté à aborder la violence, par le risque de minimisation des faits ou encore par sa non-reconnaissance.
- Notre manque d'expérience dans le domaine de la recherche et le nombre limité d'études (cinq) ont également pu influencer l'analyse des articles et des résultats.

De par les avantages et les inconvénients de notre Bachelor Thesis, il en ressort une très grande diversité de résultats et de points de vue dans le monde. C'est pourquoi une analyse approfondie et une généralisation des données se révèlent délicates. À travers ce nombre limité d'articles et la difficulté de les transposer à notre culture, nous ne pouvons pas nous positionner de manière catégorique sur cette problématique. En effet, davantage de recherches sont primordiales sur :

- Le développement d'outils adéquats et d'interventions en Suisse.
- La place et l'accompagnement du partenaire.
- Le lien entre l'anxiété, les stratégies de coping et les violences conjugales.
- La formation des professionnels de la santé sur cette thématique en suisse.

Malgré le manque de conclusions convaincantes, nous pouvons nous conforter dans le dépistage des violences conjugales. En effet, le simple fait de questionner les femmes enceintes serait l'intervention la plus efficace (McFarlane, 2000 cité par Cripe, 2010, p.7).

VIII. Retour dans la pratique

1. Vision actuelle des services à disposition

Comme constaté dans notre revue de la littérature, différents outils de dépistage des violences conjugales et services d'accompagnement des victimes sont à la disposition des professionnels de la santé de par le monde. Les moyens susmentionnés dans notre Bachelor Thesis provenant de multiples pays et cultures, ils nécessitent une adaptation transculturelle afin de les transposer à notre société. Ils ne seront donc pas développés dans cette partie. Cependant, d'autres méthodes sont d'ores et déjà disponibles en Suisse, comme sous-mentionnées.

1.1. Protocole de dépistage et d'accompagnement – DOTIP

À Lausanne, un protocole de détection et d'intervention nommé *DOTIP* (Annexe 8) (Renteria, Hofner, Adjaho, Burquier & Hohlfeld, 2008, pp.7-12) a fait ses preuves au CHUV. Il permet de dépister de manière systématique la violence conjugale en observant cliniquement la patiente (expressions corporelles et verbales) et en encourageant le professionnel de santé à la questionner. En toute confidentialité et en

l'absence du partenaire, la soignante interroge la femme notamment sur ses émotions, son vécu de grossesse, sa relation de couple et au sujet d'éventuelles violences conjugales. La professionnelle reçoit avec bienveillance et empathie les possibles confidences, valide les sentiments de la soignée et lui accorde de son temps. Par la suite elle apporte des informations sur les formes d'infractions, la responsabilité de l'auteur des faits, la législation actuelle et ses droits en tant que victime. De plus, elle la renseigne sur les possibilités de prise en soin de l'auteur des faits. Enfin, la soignante accompagne, en collaboration avec des services et des professionnels adaptés, les femmes au niveau médical, social et juridique. Ainsi, le *DOTIP* procure une aide précieuse aux professionnels de la santé en ouvrant le dialogue avec les patientes et en facilitant la collaboration pluridisciplinaire. Ce moyen pourrait ainsi voir le jour dans le canton de Genève sous la forme d'un protocole de dépistage utilisé de manière systématique en milieu hospitalier. Une fois son efficacité avérée, il pourrait éventuellement être employé par les sages-femmes libérales.

Malgré les bénéfices de cette méthode, des limites sont toutefois à prendre en considération. En effet, comme vu précédemment, la femme peut parfois minimiser et/ou nier des faits de violence. Ainsi, à ce moment, l'outil *DOTIP* peut alors se révéler moins efficace.

1.2. Soutien des victimes de violences conjugales

Accompagner les femmes victimes de violence se base sur l'apport de soutien. Ce terme provient du nom latin « *auxilium* » soit « le secours, l'aide, l'assistance » (Gaffiot, 2001). Ce soutien social, véritable filet de sécurité, se décline sous les aspects suivants d'après le cours de C. Razurel : informatif, matériel, estime et émotionnel ((Document non publié [Support de cours], 5 mai 2017).

1.2.1. Soutien informatif

Le soutien informatif apporte de nouveaux savoirs à la femme par « des conseils, des suggestions » (Ruiller, s.d.) de la part de son entourage ou de professionnels. Afin d'accompagner les victimes, cette forme de soutien peut notamment se manifester par des consultations spécialisées et des fascicules donnés par des soignants. Ainsi, un entretien peut être proposé aux patientes dans l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV) dans le but de prévenir et/ou d'accompagner les potentielles victimes. Cette consultation offre de multiples évaluations autour des risques et conséquences de la violence, des «

conseils médico-légaux » et des « suivis thérapeutiques à court et moyen terme » (HUG, 2015). De surcroît, une brochure nommée « Violence conjugale, le choix des possibles » a été rédigée en 2015 par le centre LAVI et Solidarité Femme (Solidarité femme & Centre LAVI, 2015). Celle-ci est disponible dans le canton de Genève et peut donc être transmise aux femmes enceintes. Elle leur explique les mécanismes de la violence conjugale, leur propose divers questionnaires à remplir individuellement et des actions concrètes à instaurer. Elles peuvent alors consulter si besoin auprès de professionnels appropriés qui sont répertoriés dans le fascicule. Enfin, des sites internet sont à leur disposition tels que « Violencequefaire.ch » (Violence que faire, 2019) qui leur soumettent des questionnaires de dépistage et leur procurent des réponses partielles pour les guider. En proposant différentes formes d'accompagnement, la maïeuticienne favorise *l'empowerment* de la femme et lui permet d'agir sur ses propres expériences. La sage-femme doit cependant veiller à la bonne compréhension des informations données à la patiente et à son éventuel besoin de données supplémentaires.

1.1.1. Soutien matériel

Le soutien matériel se caractérise par « une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel » (Ruiller, s.d.). Sur le plan de l'intendance, les foyers⁵ *Arabelle* (Arabelle, 2017) et celui *Au cœur des grottes* (Au cœur des grottes, 2019) œuvrent activement pour héberger les victimes. Ils accueillent quotidiennement les femmes ainsi que leurs enfants dans des chambres équipées en toute sécurité, et ce durant plusieurs mois.

Un support supplémentaire a été créé en France par N'Diaye en 2015 afin de venir en aide aux femmes et filles victimes de violences. Il s'agit de l'application *App-Elles*® (Apps-Elles, 2019) qui permet d'aviser et de contacter des personnes sélectionnées après avoir lancé l'alerte sur leur téléphone et/ou sur leur bracelet. Les données GPS de la victime peuvent alors être enregistrées et transmises si besoin. La police a également été introduite au sein de ce dispositif afin d'être en relation avec ces femmes par le biais d'une plateforme numérique.

⁵ Il est à considérer que cette liste d'hébergements n'est pas exhaustive et que d'autres foyers sont disponibles sur le canton de Genève.

1.1.2. Soutien émotionnel et d'estime

Ces deux formes de soutien permettent à la femme d'exprimer ses émotions et ses sentiments, d'être confortée et rassurée quant à ses capacités. Elles peuvent être procurées autant par l'entourage de la personne que par des soignants. Par exemple, la sage-femme, à travers son soutien social, offre à la femme la possibilité de développer son *caregiving* envers son bébé. Cette capacité, d'après le cours de A. Gendre, « représente l'ensemble des comportements parentaux comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donné à l'enfant » (Document non publié [Support de cours], 26 septembre 2016). Celui-ci a pour but de favoriser la « proximité physique et psychique » entre le parent et le nouveau-né lorsqu'il est « en situation d'alarme ou de détresse » (A. Gendre, Document non publié [Support de cours], 26 septembre 2016). À l'inverse, le *caregiving* représente le *système d'attachement* pour le bébé, lui procurant ainsi sécurité et protection. Grâce à ce soutien, la femme pourra ainsi développer sa confiance en elle et sa disponibilité émotionnelle, renforçant alors son « sentiment de compétence » et sa « sécurité psychique » (A. Gendre, Document non publié [Support de cours], 26 septembre 2016). Néanmoins, la qualité de ce soutien dépendra essentiellement de la satisfaction perçue par la femme, et non pas seulement de sa présence, d'après le cours de C. Razurel (Document non publié [Support de cours], 5 mai 2017). Ainsi, l'évaluation de ce soutien devrait être réalisée de manière systématique chez les femmes violentées afin de réduire de potentielles conséquences néfastes que la violence peut engendrer (Fortin, 2010).

En outre, nous avons pu observer un lien de causalité entre la dépression et le risque d'être victime de violences conjugales (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor, & Cantin, 2000). C'est pourquoi nous nous sommes penchées sur l'importance du dépistage de la dépression périnatale auprès de la femme enceinte à l'aide de deux outils : l'Échelle de Dépression du Post-partum d'Edimbourg (EPDS) (Annexe 10) et le Dépistage Anténatal du futur risque de Dépression du Post partum (DAD-P), questionnaire employé dans le canton de Genève (Annexe 11). En s'appuyant sur ce risque de vulnérabilité psychique, les sages-femmes peuvent alors interroger la femme sur sa relation de couple et ainsi aborder les éventuelles violences conjugales.

Il serait donc intéressant d'utiliser de manière concomitante et systématique ces échelles en parallèle aux moyens de dépistage des violences conjugales afin de

prévenir la survenue d'actes violents. Une prévention auprès des partenaires serait également à mettre en place pour soulever d'éventuelles vulnérabilités.

1.2. Soutien des professionnels au sujet des violences

1.2.1. Carte adressée aux soignants

Les professionnels de la santé peuvent bénéficier d'une forme de soutien informatif. Celui-ci peut se présenter sous la forme d'une fiche récapitulative intitulée « Face à la violence : que faire ? », disponible au sein des HUG (HUG, 2011). Elle appuie les soignants en regroupant des informations sur les évaluations à effectuer auprès d'une victime, ainsi que sur son orientation dans des services adéquats.

1.2.2. Élaboration d'un partenariat sage-femme - psychologue

À Genève, une collaboration est établie entre les sages-femmes indépendantes et les psychologues du réseau *AVVEC* (Aide aux Victimes de Violence En Couple). Ces dernières proposent une permanence téléphonique accessible à chaque sage-femme libérale ou victime dans le besoin. Elles permettent de donner des pistes concrètes aux sages-femmes pour faciliter l'accompagnement des victimes et préserver leur sécurité émotionnelle et physique (Python, 2018). De nombreuses collaborations autour de la violence conjugale sont disponibles dans le canton de Genève au niveau logistique, informatif et juridique. L'association *AVVEC* a pour mission de sensibiliser le public à l'aide de vidéos et de brochures ainsi que de soutenir les victimes (*AVVEC*, 2018). De plus, le centre *LAVI* accompagne les femmes au regard de la loi, les informe et les oriente vers des services appropriés (social, médical, psychologique, juridique etc.) (Centre *LAVI*, 2009).

L'écoute active des professionnels et leur ouverture à une collaboration interdisciplinaire sont notamment primordiales en périnatalité afin de favoriser leur « sentiment de sécurité émotionnelle » (Python, 2018). Celui-ci se réfère au « sentiment de ne pas se sentir débordé ou dépassé par certaines situations, ou alors le fait d'évoluer dans une zone de confort » (Python, 2018). Ainsi, selon la solidité de ce dernier, la sage-femme sera plus ou moins disponible à long terme pour accompagner les familles.

Les maïeuticiennes ont donc un rôle fondamental dans l'accompagnement des victimes durant la période périnatale. Elles sont les professionnelles de première ligne pour dépister les vulnérabilités et le risque potentiel de violences conjugales au sein des couples ; et peuvent alors constituer un réseau pluridisciplinaire adéquat (pédopsychiatre, psychologues, aides à domicile etc.). Ce dernier peut préserver la santé psychique et émotionnelle de la sage-femme. En conséquence, notre rôle en qualité de maïeuticienne serait de sensibiliser le public aux violences conjugales, de dépister en confiance les femmes enceintes, de les informer et les accompagner correctement au cours de ce processus ; tout en intervenant auprès des pères.

2. Perspectives professionnelles

À travers notre Bachelor Thesis, nous avons pu souligner cette problématique universelle que représentent les violences conjugales. Ces dernières ont en effet des conséquences irréversibles sur la santé maternelle et le développement du fœtus. Ceci impacte alors l'économie de tout pays tant au niveau du système de santé qu'au niveau judiciaire et sociétal par la perte de productivité au travail. Les violences conjugales coûteraient 35 millions de francs suisses par an au niveau médical d'après la Radio Télévision Suisse (RTS) (RTS, 2013) et ont nécessité 41'540 consultations en 2018 (Office fédérale de la statistique, 2019). Or, la grossesse est à la fois une étape charnière pour initier et maintenir les violences conjugales, mais également une période opportune pour les dépister puisque les femmes bénéficient régulièrement de consultations prénatales exercées par des sages-femmes. Cependant, comme explicité précédemment, les maïeuticiennes se sentent démunies, peu formées et craignent d'accueillir une réponse positive à cette détection, notamment par méconnaissance du réseau d'accompagnement. C'est la raison pour laquelle nous avons réfléchi à la constitution d'interventions qui respectent au mieux les principes fondamentaux de l'éthique médicale.

2.1. Ébauche d'un service de soutien

Premièrement, une recherche scientifique, basée sur l'étude de Rasch et al. (2018), serait nécessaire pour établir la combinaison de questions la plus efficace pour dépister les violences conjugales dans notre société. Ces dernières seraient alors détectées à l'aide d'une tablette électronique, mise à disposition dans la salle d'attente des consultations. Un coin intime serait alors réservé aux femmes pour favoriser leur

confort et leur bien-être. Nous avons conscience que le dépistage devrait idéalement s'effectuer lors de la première rencontre avec une maïeuticienne, si possible aux alentours de 12 semaines d'aménorrhées, afin d'établir un suivi adéquat et adapté à chaque victime. Concernant le rôle sage-femme, il sera d'accueillir les patientes, de leur présenter le dispositif et de vérifier auprès d'elles leur compréhension afin de favoriser un lien de confiance. Il s'agit d'une étape essentielle pour favoriser l'adhésion thérapeutique des femmes. Elles seraient informées que ce dépistage est présenté à toutes patientes et qu'elles sont en droit de le refuser à tout moment. Il serait notifié que cette procédure est confidentielle et que les informations sont protégées par le secret médical. La sage-femme les informe également que les résultats seront directement retranscrits dans la base de données du professionnel de santé, ceci dans le but d'éviter qu'elles ne se retrouvent seules face à un éventuel dépistage positif. Pour favoriser la discussion entre soignante et soignée, une relation de confiance entre ces deux partenaires est primordiale. Une fois ces informations transmises, un consentement éclairé sera proposé à la femme sur la tablette. La signature de ce dernier sera indispensable pour débiter le dépistage.

En cas de dépistage positif, la tablette rappellerait à la sage-femme d'énumérer la loi et les droits autour des violences, et proposerait des services adéquats pour orienter la victime. La patiente pourrait alors bénéficier d'une consultation spécialisée d'une heure au sein de l'UIMPV où elle obtiendrait des informations médicales et légales, ainsi qu'une écoute active et du soutien. La soignante adopterait alors une attitude bienveillante et non jugeante envers la femme. Par ailleurs, elle pourrait également discuter avec la soignée des autres services à disposition : une liste écrite d'adresses sélectionnées serait ainsi communiquée à la femme pour répondre au mieux à ses besoins.

Deuxièmement, le suivi de la grossesse pourrait alors s'effectuer au sein de l'UIMPV où seraient employées des sages-femmes afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle, réduire les déplacements des patientes et favoriser une alliance thérapeutique. Deux sages-femmes salariées des HUG et préparées à la gestion des violences conjugales par la formation intitulée « Violences domestiques et agressions sexuelles : détection et prise en charge » (HUG, 2019), seraient chacune sorties des soins un jour par semaine pour être présentes au sein de l'unité. Cette proposition permettrait aux femmes d'être suivies par une sage-femme déjà rencontrée et avec

qui elles auront pu établir une relation de confiance. En fonction de la demande et des possibilités financières du centre hospitalier, ces soignantes seraient par la suite davantage sollicitées au sein de l'UIMPV. Ainsi, la femme se présente à son examen prénatal de 30 minutes effectué par une maïeuticienne, suivi par une consultation de 30 minutes avec les collaborateurs de l'unité pour l'accompagner. Ceux-ci regroupent systématiquement un psychologue et un travailleur social afin d'écouter activement la femme et la soutenir, en la secondant notamment au niveau financier et matériel. La sage-femme pourrait être en contact permanent avec ces différents collaborateurs. En outre, selon les intentions de la victime, un psychiatre et un thérapeute de couple seraient disponibles sur place, ainsi qu'un juriste par téléphone.

En parallèle à ce suivi, nous pourrions adapter l'application *App-Elles*® en Suisse afin de la proposer aux victimes. Ces dispositifs permettraient un meilleur suivi et soutien des femmes victimes de violences conjugales.

Ainsi, l'association de la tablette et de l'ordinateur permettrait de dépister les violences conjugales, renforcerait et soutiendrait les maïeuticiennes dans leur positionnement professionnel. Enfin, le suivi apporterait un accompagnement pluridisciplinaire et adapté aux besoins de la victime.

Troisièmement, nous souhaiterions élaborer une hotline permanente ouverte pour les soignants avec un tournus continu de psychologues pour couvrir une plage horaire de 7j/7 et 24h/24. Son rôle serait d'écouter les professionnels de la santé dans leurs situations, de les soutenir et de les guider si besoin dans leurs propositions de prise en soin.

Ainsi, les sages-femmes pourraient se sentir entendues et gagneraient probablement en confiance dans l'accompagnement des victimes. Ceci permettrait de faire preuve de disponibilité envers la femme et de lui offrir un cadre de sécurité satisfaisant afin de lui permettre de se sentir en confiance (Python, 2018).

Finalement, nous nous sommes intéressées aux interventions prenant en soin les auteurs des violences. Nous envisageons d'accroître l'inclusion des pères durant la grossesse pour diminuer leur stress perçu et leurs vulnérabilités. Pour ce, les impliquer dans les consultations prénatales, l'entretien du quatrième mois et l'élaboration du projet de naissance peuvent les aider à se projeter dans ce changement de vie. Leur consacrer un cours de préparation à la naissance et du temps lors d'une consultation

en individuel permettrait également de les intégrer et de les écouter activement. L'objectif de la sage-femme sera de mettre l'accent sur leur place durant la grossesse et de faciliter leur inclusion dans la dyade mère-enfant. L'Arcade sage-femme propose d'ores et déjà sur Genève une séance gratuite entre pères et maïeuticiennes pour promouvoir leur bien-être et les accompagner dans ce projet (Arcade Sage-femme, s.d.).

2.2. Atteinte de la population cible

Notre projet cible les femmes enceintes et plus particulièrement celles victimes de violences conjugales lors de la période prénatale. Pour les atteindre, le procédé employé serait du bouche-à-oreille de la part des différents professionnels de santé envers la population ciblée. La prévention pourrait alors être effectuée lors des visites chez le gynécologue-obstétricien en ville, des contrôles chez le pédiatre ou encore lors des examens à domicile par des sages-femmes libérales. Ces derniers avertiraient les femmes du risque de violences conjugales au cours de la grossesse puis donneraient des informations succinctes à ce sujet. Enfin, ils transmettraient les coordonnées de l'Unité Interdisciplinaire de la Médecine et de la Prévention de la Violence (UIMPV), afin de faciliter le suivi de l'éventuelle victime.

2.3. Langues et utilisation sur le terrain

Notre intention serait tout d'abord d'employer ce dispositif aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en français et en anglais afin de toucher un large panel de femmes. Il serait alors intéressant d'effectuer diverses recherches scientifiques pour évaluer l'efficacité de ce moyen de dépistage et d'accompagnement envers les victimes. Si celui-ci s'avère être efficace, une traduction en italien et en allemand serait envisageable pour représenter les quatre principales langues nationales parlées en Suisse. Enfin, selon les flux migratoires, il serait bénéfique de transcrire cette méthode dans d'autres langues pour représenter les populations étrangères telles que l'espagnol, le portugais, l'arabe, l'albanais, le chinois, le russe etc. Enfin, si ce moyen s'avère être efficace, il pourrait être élargi aux hôpitaux périphériques, aux cliniques et aux sages-femmes indépendantes.

Par conséquent, notre souhait serait de rendre possible ce projet au sein des HUG, puis de l'étendre dans l'ensemble de la Suisse en respectant les diverses cultures. Le coût de ce développement serait donc contrebalancé par celui engendré par les violences conjugales dans notre société.

IX. Conclusion

Les violences conjugales sont un phénomène multiséculaire et universel qui ne cessent d'engendrer des victimes. Les femmes enceintes sont d'autant plus touchées par cet événement que la grossesse est une période propice à ces animosités au sein du couple. En effet, une femme sur cinq sera victime de violences conjugales durant sa vie en Suisse et ce sans facteurs de risque particuliers. Or, les conséquences peuvent être néfastes autant pour la femme enceinte que pour son futur enfant : avortements spontanés, morts in utero, accouchements prématurés, faible poids de naissance, perturbation du lien d'attachement etc. Au vu de ces impacts, la communauté scientifique s'est penchée sur cette thématique et a ainsi publié diverses recherches. Celles-ci ont entre autres démontré le manque de formation et de confiance des soignants envers le dépistage des violences conjugales, et l'insuffisance d'interventions adaptées pour accompagner les victimes.

Ainsi, cette revue de la littérature vise à identifier un moyen de dépistage efficient et un modèle d'accompagnement adéquat pour les femmes enceintes victimes de violences conjugales. Les résultats poussent les sages-femmes à dépister celles-ci par un questionnaire auto-administré et plus particulièrement grâce à une combinaison de questions. Un lieu intime, propice à la confiance, où une relation de confiance entre soignante-soignée peut s'établir serait ainsi approprié au dépistage. Elles pourront par la suite proposer des conseils de soutien et des interventions au domicile des victimes. Par une écoute active, des activités ou bien par la suggestion de stratégies d'adaptation, les sages-femmes pourront encourager les femmes en favorisant notamment leur *empowerment*.

Cependant, il est difficile de généraliser ces résultats au niveau mondial de par le faible nombre d'études sélectionnées et la nécessité d'effectuer une adaptation transculturelle. Un intérêt croissant doit être maintenu dans ce domaine pour préciser et garantir de futures conclusions détaillées.

Ce Bachelor Thesis souligne les ajustements à apporter sur le terrain dont, en amont, une formation appropriée pour les sages-femmes. En pratique, un dispositif de dépistage numérique et une collaboration interprofessionnelle au sein de l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV) entre maïeuticiennes, psychologues, psychiatres, juristes et travailleurs sociaux seraient également élaborés afin d'améliorer le suivi des victimes. De surcroît, une hotline serait créée dans le but de soutenir les soignants dans leurs prises en soin. Les sages-

femmes étant les professionnelles de première ligne, elles nécessitent un soutien continu et durable de la part de leurs collaborateurs. La maïeuticienne, garante du bien-être physique et psychique de la femme enceinte tient donc un rôle primordial auprès de ses patientes, tant pour dépister que pour les accompagner. Ainsi, ces hypothétiques projets requièrent davantage d'essais scientifiques afin de les accommoder aux besoins des soignantes et des personnes soignées.

En espérant que ce Bachelor Thesis portera ses fruits et participera à la démocratisation de la non-violence en Suisse, pour que les femmes deviennent actrices de leur avenir.

X. Bibliographie

- Abuse Assessment Screen. (2012). Accès http://www.navaa.org/members/states/IA_Reorg/Handouts/1-3abuseassessmentscreen-120208134205-phpapp02.pdf
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2004). *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?* Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
- Amnesty International. (2006). *Qu'est-ce que la violence conjugale ?* Accès <https://www.amnesty.be/camp/droits-des-femmes/violence-conjugale/article/qu-est-ce-que-la-violence-conjugale>
- App-Elles®. (2019). *Fonctions*. Accès <https://www.app-elles.fr>
- Arabelle. (2017). *Arabelle foyer d'hébergement avec crèche*. Accès <http://www.foyerarabelle.ch>
- Arcade sages-femmes. (s.d.). *Info séances gratuites et sans inscription*. Accès <http://www.arcade-sages-femmes.ch/fr/Infos-s-ances.htm>
- Art. 1 & 2 de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions du 23 mars 2007 (LAVI ; RS 312.5). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20041159/index.html>
- Art. 29 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAmal ; RS 832.10). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/201801010000/832.10.pdf>.
- Au Coeur des Grottes. (2019). *Le foyer « Au Coeur des Grottes »*. Accès <http://www.coeur.ch/v4/fr/le-foyer.html>

- AVVEC. (2018). *Mission et vision*. Accès <http://www.avvec.ch/fr/organisation/mission-vision>
- Bacqué, M. & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ?* Accès <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>
- Baird, K., Saito, A., Eustace, J., & Creedy, D. (2018). *Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses : a pre-post evaluation study*. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921730330X?via%3Dihub>
- Baird, K., Salmon, D., & White, P. (2013). *A five-year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry*. Accès [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00033-8/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00033-8/fulltext)
- Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2011). *Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective*. Accès [http://hy.health.gov.il/Uploads/dbsAttachedFiles/2\(29\).pdf](http://hy.health.gov.il/Uploads/dbsAttachedFiles/2(29).pdf)
- Bernard, M. & Eymard, E. (2014). *L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises*. Accès <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-591.htm>
- Bertsch, I. & Cano, J. (2015). *Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques*. Accès <https://www.researchgate.net/publication/275836590> Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles état de la littérature et aspects cliniques

- Bloom, T., Glass, N., Case, J., Wright, C., Nolte, K., & Parsons, L. (2014). *Feasibility of an online safety planning intervention for rural and urban pregnant abused women*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24977721>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Accès <http://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>
- Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques. (2019). *Campagne dans les TPG « Stop violences à la maison »*. Accès <https://www.ge.ch/actualite/campagne-tpg-stop-violences-maison-24-06-2019>
- Bureau de l'égalité entre femmes et hommes BFEG. (2013). *Coûts de la violence dans les relations de couple - version abrégée*. [Brochure]. Berne : Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG.
- Bureau de l'égalité et de la famille BEF. (2018). *Violence au sein du couple et ses impacts sur la famille - Concept d'action du Conseil d'Etat pour le canton de Fribourg*. Accès https://www.fr.ch/sites/default/files/2018-09/concept_violence_au_sein_du_couple_conseil_detat_juin_18.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings*. Accès <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/ipvandsvscreening.pdf>
- Centre LAVI. (2009). *Missions du centre*. Accès <http://www.centrelavi-ge.ch/index.php?q=le-centre-lavi/missions-du-centre>
- Centre LAVI. (2006). *Violence conjugale : Protocole d'intervention à l'usage des professionnels*. Accès <http://www.centrelavi-ge.ch/pdf/protocole-070413-violence.pdf>

- Champenoux, C. (2011). *Violence conjugale et grossesse*. Lausanne : Edition universitaires européennes.
- Chasweka, R., Chimwaza, A., & Maluwa, A. (2018). *Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30627355>
- Cillart, L. (2017). *Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne* (Travail de Mémoire. Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand). Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535762/document>
- Combis, H. (2016). *Violences faites aux femmes : une chronologie en dix dates avec Benoîte Groult*. Accès <https://www.franceculture.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult>
- Confédération Suisse. (s.d.). *Droit de vote des femmes en Suisse*. Accès <https://www.ch.ch/fr/elections2019/elections-federales-suissees-un-peu-dhistoire/droit-de-vote-des-femmes-en-suisse/>
- CHIPTS. (2010). Conflict Tactics Scale Accès <http://rzukausk.home.mruni.eu/wp-content/uploads/Conflict-Tactics-Scale.pdf>
- Cripe, S., Sanchez, S., Sanchez, E., Quintanilla, B., Alarcon, C., Gelaye, B., & Williams, M. (2010). *Intimate Partner Violence During Pregnancy: A Pilot Intervention Program in Lima, Peru*. (2010). Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145196>
- Dado, D., Schussler, S., Hawker, L., Holland, C., Burke, J., & Cluss, P. (2012). *In person versus computer screening for intimate partner violence among pregnant patients*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413751/>

De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième sexe, II*. Paris : Gallimard

Declaration on Research Assessment. (2012). *Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche*. Accès <https://sfdora.org/read/fr/>

Delespine, M. (2011). *Violences faites aux femmes et maternité - Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quels parcours de prise en charge ?* (Travail de Master). Accès www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m1_delespine_.pdf

Depaux, B. (2016). *Dépression post-natale : Évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394921/document?fbclid=IwAR11iuxR-2Txfe8UinN74z7aF3OvZagE4UYHrFYQStsiKCztjp1dk3glNo>

Devaugermé, F. (2017). *Les 5 étapes du changement de comportements ou d'habitudes (Prochaska et DiClemente)*. Accès <https://www.centrepleineconscience.fr/psychologie-bien-etre/les-5-etapes-du-changement-de-comportements-ou-dhabitudes-prochaska-et-diclemente>

Domestic abuse intervention programs. (2017). *FAQs About the Wheels*. Accès <https://www.theduluthmodel.org/wheels/faqs-about-the-wheels/>

Doumont, D., Aujoulat, I., & Deccache, A. (2002). *L'empowerment, un enjeu important en éducation du patient*. Accès <http://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/2-150316040150.pdf>

Dufour, R., Beudet, N., & Lecavalier, M. (2014). *L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique*. Accès <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-317.htm>

Encyclopédie de l'Agora. (2012). *Éthique*. Accès <http://agora.qc.ca/dossiers/Ethique>

Espace Éthique Languedoc-Roussillon. (2015). *Petit guide d'éthique clinique à l'usage des professionnels du soin*. Accès <http://espace-ethique-lr.org/wp-content/uploads/2016/01/petit-guide-d'éthique-clinique-Espace-éthique-LR.pdf>

Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). *Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy*. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921630021X?via%3Dihub>

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. (2012). *Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden*. Accès [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(10\)00189-0/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(10)00189-0/fulltext)

Flury, M. & Nyberg, E. (2010). *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences*. *Swiss Med Wkly*, 140 (1309), pp. 1-6. doi : 10.4414/smw.2010.13099

Fortin, I. (2010). *Violence conjugale et détresse psychologique chez les jeunes couples : analyse de l'effet modérateur du soutien social* (Travail de mémoire. Faculté des arts et des sciences en criminologie de l'université de Montréal). Accès https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9771/Fortin_Isabel_2010_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Gaffiot. (2001). *Dictionnaire Latin Français*. Paris : Hachette.

Garcia-Moreno, C., Jansen, Henrica A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Accès https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf

- Gómez-Fernández, M., Goberna-Tricas, J., & Payà-Sánchez, M. (2017). Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain) : a qualitative study. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317301130?via%3Dihub#!>
- Guessous, I., Gaspoz J., Paccaud F., & Cornuz, J. (2010). *Dépistage : principes et méthodes*. *Revue Médicale Suisse*, 6, pp.1390-1394. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes>
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Etat des lieux - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hegarty, K., Fracgp, Bush, R., & Sheehan, M. (2005). *The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16248489>
- Hofner, M. & Mihoubi-Culand, S. (2008). *Le rôle des professionnel·le·s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale*. Accès https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_DEB505299695.P001/REF.pdf
- Hofner, M. & Viens Python, N. (2014). *Violences domestiques prise en charge et prévention*. Lausanne : PPUR Presses Polytechniques.
- Hofner, M. & Viens Python, N. (2004). « C'est assez » *Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origines et développements 2000-2004*. Lausanne : Raisons de Santé.
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *La formation continue du réseau santé et social 2019*. Accès : <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/gr-formation-continue/catalogue2019.pdf>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2015). Médecine de Prévention de la Violence [Brochure]. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/uimpv_0.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2011). *Face à la violence : Que faire ?* [Brochure]. Genève : HUG.

Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain, FN., Pindiprolu, B., & Bhandari, M. (2015). *A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24343478>

Institut National De Santé Publique du Québec. (2010). *Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale*. Accès https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf

International Confederation of Midwives. (2014). *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. Accès <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf>

Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., Matsumto, N., & Horiuchi, S. (2010). *Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan. A randomized controlled trial*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017017/>

Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., Matsumto, N., & Horiuchi, S. (2004). *Screening of domestic violence against women in the perinatal setting: A systematic review*. Accès <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-7924.2004.00017.x#b28>

Larousse. (s.d.). Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

Lebas, J., Morvant, C., & Chauvin, P. (2006). *Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care*. Accès <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00089334/document>

Le Parisien. (2018). *#Balancetonporc : quel bilan pour le hashtag, un an après le début du mouvement*. Accès <http://www.leparisien.fr/societe/balancetonporc-quel-bilan-pour-le-hashtag-un-apres-le-debut-du-mouvement-12-10-2018-7917510.php>

Maison Halte Secours. (2013). *Le cycle de la violence*. Accès http://www.maisonhaltesecours.com/index/le_cycle_de_la_violence

Marshall, L. (1992). *Development of the severity of violence against women scales*. Accès <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00978700>

McFarlane, J., Bullock, L., Parker, B., & Soeken, K. (1992). *Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593739?dopt=Abstract>

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1997). *Safety Behaviors of Abuse Women After an Intervention During Pregnancy*. Accès [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33515-2/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33515-2/fulltext)

Medjoubi, J., Van Den Heijkant, S., Van Leerdam, F., Heymans, M., Hirasings, R., & Crijnen, A. (2013). *Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A randomized Controlled Trial*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804627/>

Metoo. (2017). *History & Vision*. Accès <https://metoomvmt.org/about/#history>

Meyran, R. (2006). *Les mécanismes de la violence*. Auxerre : Edition Sciences humaines.

Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., & Bewley, S. (2003). *Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892686>

Ministère de la santé. (2001). *Rapport Henrion*. Accès http://penselibre.org/IMG/pdf/Rapport_Henrion.pdf

Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. (2018). *Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017*. Accès https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf

Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. (2014). *Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes*. Accès https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf

Moreau, G. (2018). *Violences envers les femmes dans le monde : l'état de la situation*. Accès <https://atlasocio.com/revue/societe/2015/violences-envers-les-femmes-dans-le-monde-l-etat-de-la-situation.php>

Nanzer, N. & Righetti-Veltima, M. (2009). *Le DADP-P : Un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum*. Accès <https://www.revmed.ch/contentrevmed/download/87386/821458>

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., Feder, G., & Taft, A. (2015). *Le dépistage des femmes dans des établissements de soins quant aux violences exercées par un partenaire intime*. Accès <https://www.cochrane.org/fr/CD007007/le-depistage-des-femmes-dans-des-etablissements-de-soins-quant-aux-violences-exercees-par-un>

Office cantonal de la statistique. (2018). *La violence domestique en chiffres, année 2017*. Accès <https://www.ge.ch/document/violence-domestique-chiffres-annee-2017/telecharger>

Office cantonal de la statistique. (2017). *La violence domestique en chiffres, année 2016*. Accès https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2017/hors_collection/autres_partenariats/hc-ap-2017-02.pdf

Office cantonal de la statistique. (2012). *Violence domestique - Feuille d'information*. Accès https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privee/ViolenceDomestique/pdf/01_Definition.pdf

Office fédéral de la statistique. (2019). *Aide aux victimes*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/aide-victimes.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. Accès https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *La violence à l'encontre des femmes*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Accès <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Accès https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisations des Nations Unis. (2013). *Points programmatiques essentiels pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes*. Accès <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349275.pdf>
- Ouharzoune, Y. (Dir.). (2014). Femmes victimes de violences et santé [Dossier]. *La revue de l'infirmière*, 205, p.21.
- Paulhan, I. (1992). *Le concept de coping*. Accès https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539
- Perttu, S., & Kaselitz, V. (s.d.). Addressing Intimate Partner Violence - Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health Care. Accès https://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/guidelines_for_health_professionals_maternity_child_health_care_en.pdf
- Python, C. (2018). *Le rôle de la sage-femme indépendante dans le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes de violence conjugale en période périnatale : focus sur le prénatal* (Travail de mémoire). Université de Lausanne et de Genève.
- Radio Télévision Suisse. (2013). *Les violences domestiques coûteraient entre 164 et 287 millions par an*. Accès <https://www.rts.ch/info/suisse/5388260-les-violences-domestiques-couteraient-entre-164-et-287-millions-par-an.html>
- Rasch, V., Toan Ngo, V., Hanh Thi Thuy, N., Manongi, R., Declare, M., Dan, W. M., Tine, G., & Chun Sen, W. (2018). *Intimate partner violence (IPV) : The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam*. *PLoS ONE*, 13 (2), pp.1-14. Accès <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190856>

Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). *Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?* Accès https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-47.htm#anchor_abstract

Renteria, S.-C., Hofner, M.-Cl., Adjaho, M.-T., Burquier, R., & Hohlfeld, P. (2008). *Violence envers les femmes - Protocole de dépistage et d'intervention*. Accès https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_8A856D88AE67.P001/REF

Rero Explore. (s.d.). *Qu'est-ce qu'Explore ?* Accès https://explore.rero.ch/fr_CH/rero#

Rousset, M. (2016). *Violences conjugales : état des lieux des connaissances des femmes et perception du rôle de la sage-femme dans le dépistage*. (Travail de Mémoire. Ecole de Maïeutique Marseille Méditerranée). Accès <https://pdfs.semanticscholar.org/395e/c9937c3cfed06d9eef374adb1600c68413b4.pdf>

Rubetti, M. (2018, 08 Octobre). *Violences conjugales : les images d'une femme battue choquent le Brésil*. *Le Figaro.fr*. Accès <http://www.lefigaro.fr/international/2018/08/10/01003-20180810ARTFIG00088-violences-conjugales-les-images-d-une-femme-battue-choquent-le-bresil.php>

Ruiller, C. (s.d.). *Construction d'une échelle de la perception du soutien social : Premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier*. Accès <https://www.agrh.fr/assets/actes/2007ruiller107.pdf>

Salmon, D., Baird, K. & White, P. (2013). *Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy*. Accès <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12060>

- Salmona, M. (s.d.). *La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique*. Accès [https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse et violences conjugales.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse%20et%20violences%20conjugales.pdf)
- Sampson, X. (2017). *Où la violence conjugale fait-elle le plus de victimes ?* Accès <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1069150/femmes-violence-conjugale-monde-etat-des-lieux>
- Santé Gouvernement. (2008). *Rapport Flajolet*. Accès <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Séguin, L., Pimont, M., Rinfret-Raynor, M., & Cantin, S. (2000). Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, 25 (1), 288. Accès <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2000-v25-n1-smq1234/013035ar.pdf>
- Sigalla, G., Rasch, V., Gammeltoft, T., Meyrowitsch, D., Rogathi, J., Manongi, R., & Mushi, D. (2017). *Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343555/>
- Simon, S. (2014). *La violence faites aux femmes : une implication de tous. La revue de l'infirmière*, 205, p.17.
- Solidarité femme, & Centre LAVI. (2015). *Violence conjugale : le choix des possibles* [Brochure]. Accès [http://www.centrelavi-ge.ch/sites/default/files/pdf/violence conjugale le choix des possibles 2015.pdf](http://www.centrelavi-ge.ch/sites/default/files/pdf/violence%20conjugale%20le%20choix%20des%20possibles%202015.pdf)
- Spiwak, R., Logsetty, S., Afifi, TO., & Sareen, J. (2015). *Severe partner perpetrated burn: Examining a nationally representative sample of women in India*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26445017>

- Statistics How To. (2017). *Gold Standart Test or Procedure*. Accès <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/gold-standard-test/>
- Straus, M. (1979). *Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales*. *Journal of Marriage and the Family*. Accès [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1576442](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1576442)
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). *The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data*. Accès https://www.researchgate.net/publication/240329416_The_Revised_Conflict_Tactics_Scales_CTS2_Development_and_Preliminary_Psychometric_Data
- Sureau, P. (2018). *De la confiance dans la relation de soin*. Accès <https://www.em-consulte.com/en/article/1209476>
- Systemia Lieu Ressource Violences Conjugales. (2011). *L'histoire des violences conjugales et des approches pour prévenir et lutter contre celles-ci*. Accès <http://systemia-consultation.fr/infos/index.php?post/2011/05/06/L-histoire-des-violences-conjugales-et-des-approches-pour-prevenir-et-lutter-contre-elles-ci%3A>
- SWISSAID. (2017). *Campagne de SWISSAID contre la violence conjugale en Inde*. Accès <https://www.swissaid.ch/fr/contre-la-violence-conjugale>
- Taghizadeh, Z., Pourbakhtiar, M., Ghasemzadeh, S., Azimi, K., & Mehran, A. (2018). *The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence : a randomised control trial*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6191243/>

Torres-Vitolas, C., Bacchus, L., & Aston, G. (2010). *A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse*. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350610001204?via%3Dihub>

Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial. (2015). *Unité de santé sexuelle et planning familial des HUG : Quelques points de repères historiques*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/historique_planning_familial.pdf

Vans Parys, A., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). *Intimate Partner Violence and Pregnancy : A Systematic Review of Interventions*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482679>

Violence que faire. (2019). *La violence, c'est quoi ?* Accès <https://www.violencequefaire.ch/fr/informations/violence>

Violence que faire. (2019). *Que dit la loi ?* Accès <https://www.violencequefaire.ch/fr/informations/loi>

Zbinden, C. & Bernet, M. (2018). *Quand l'ami devient l'ennemi*. Accès <http://forensicnursing.ch/wp-content/uploads/2018/01/Quand-lami...pdf>

Zola, E. (1877). *L'Assommoir*. Paris : G. Charpentier.