

h e d s

Haute école de santé
Genève

**Le dépistage systématique des violences
conjugales :
quelles compétences à développer
dans la pratique sage-femme?**

**Mémoire de Fin d'Etudes
Travail Bachelor**

Eicher Caroline, n° matricule 10643690

Rozès Virginie, n° matricule 9431730

Directrice : Chantal Razurel, PhD, Professeure HES, filière sage-femme

Genève, septembre 2014

« La violence, c'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal »

Richard Leclerc - Slogan publicitaire contre La violence faite aux femmes

Déclaration sur l'honneur

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures 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.

Le 21 juillet 2014

Caroline Eicher et Virginie Rozès

Remerciements

A Mme Chantal Razurel, notre Directrice de Bachelor Thesis.

A nos conjoints et enfants pour leur compréhension et leur soutien.

A notre binôme en toutes circonstances...

Résumé

Objectif : Identifier quelles sont les compétences sages-femmes à développer dans la pratique du dépistage systématique des violences conjugales.

Méthode : Revue de la littérature basée sur une analyse critique et descriptive de sept articles sélectionnés.

Résultats : Les sages-femmes estiment avoir un rôle clé dans le dépistage systématique des violences conjugales mais se jugent incompetentes pour l'intégrer dans leur pratique et identifient de nombreuses barrières à sa mise en œuvre.

Conclusion : L'absence de dépistage systématique dans la pratique sage-femme est attribuée à un manque de sensibilisation et de connaissance relatifs aux violences conjugales ainsi qu'à un manque de formation pratique sur le dépistage. Les compétences des sages-femmes dans le dépistage systématique des violences conjugales peuvent être développées au travers de trois axes : formation théorique sur les violences conjugales, formation pratique sur le dépistage et soutien institutionnel dans leur environnement de travail.

Mots-clefs : dépistage systématique, violence conjugale, perceptions, sage-femme, grossesse, formation

Table des matières

Résumé.....	5
I. Question en lien avec un intérêt professionnel : problématique professionnelle ...	10
II. Cadre théorique	13
A. Définition de la violence conjugale.....	13
1. Violence	13
2. Violence conjugale	14
3. Facteurs d'influence	15
a) Facteurs sociaux et culturels	15
b) Facteurs familiaux	15
c) Facteurs individuels.....	15
4. Les visages de la violence	16
a) Violence économique	16
b) Violence psychologique/verbale	16
c) Violence sexuelle.....	16
d) Violence physique	16
5. Les cycles de la violence.....	17
B. Un problème de santé publique majeur	19
1. Prévalence : un phénomène endémique	19
a) Problème de statistique	19
b) Statistique mondiale et européenne.....	20
c) Statistique suisse.....	22
2. Conséquences physiques et psychiques sur la santé des femmes et des familles.....	23
a) Conséquences de la violence conjugale sur la santé physique et mentale des femmes.....	23
b) Les conséquences obstétricales	26
c) Violence conjugale et stress périnatal.....	27
d) Les conséquences familiales et sociales	28

e)	Le coût des violences conjugales	30
C.	Le dépistage des violences conjugales en périnatalité : pertinence, acceptabilité et compétence sage-femme	31
1.	Compétence et responsabilité sage-femme	31
2.	La grossesse : un moment favorable pour dépister ?	33
3.	Dépistage sur signes d'appel vs. Dépistage systématique	36
D.	Cadre juridico-institutionnel	39
1.	Droit européen	39
2.	Législation suisse	40
3.	Devoirs et responsabilité des professionnel.le.s de santé	41
4.	La prévention primaire, secondaire et tertiaire	43
5.	Les moyens à disposition d'aide aux victimes et auteurs de violence conjugale	43
III.	Problématique et Question de recherche	45
IV.	Questionnement éthique	46
V.	Méthodologie	48
A.	Détermination des mots clés	48
B.	Critères de sélection	48
1.	Critères d'inclusion	48
2.	Critères d'exclusion	48
C.	Recherche d'articles	49
D.	Articles sélectionnés	52
VI.	Description et analyse critique des articles : forces, biais et limites	53
A.	Structure des études	53
B.	Analyse critique des études	60
1.	Echantillons de population/ sélection d'articles	60
2.	Méthodologie	63
3.	Critères éthiques	65
4.	Résultats	67
C.	Les différentes thématiques abordées dans les études	71

1.	Représentations et perceptions des sages-femmes autour des violences conjugales et du dépistage systématique, et conséquences de la pratique du dépistage sur les sages-femmes	71
	a) Connaissances et sensibilisation des sages-femmes autour de la thématique des violences conjugales	71
	b) Perceptions par les sages-femmes des buts du dépistage, de leur rôle clé dans le dépistage et de leur compétence à dépister	75
	c) L'impact du dépistage des violences conjugales sur les sages-femmes	77
2.	Les barrières au dépistage.....	80
	a) La crainte d'entamer la relation de confiance avec les femmes	80
	b) Présence du conjoint	81
	c) Le manque de temps	84
	d) La barrière de la langue.....	85
	e) Le manque de soutien	86
3.	La formation au dépistage systématique des violences conjugales.....	88
	a) Quels sont les besoins et les bénéfiques ?	88
	b) Former est-il suffisant ?	91
VII.	Discussion	93
	A. Les connaissances des sages-femmes concernant la violence conjugale	93
	B. La position clé des sages-femmes dans le dépistage systématique des violences conjugales.....	94
	C. Les compétences nécessaires à ce dépistage	95
	D. Le dépistage systématique des violences conjugales : une question de formation pratique?.....	96
	E. L'engagement institutionnel : quelle nécessité ?	97
	F. Efficacité des programmes de dépistage	99
	G. Les buts des programmes de dépistage de la violence	100
	H. Un obstacle majeur au dépistage : la présence du père.....	102
	I. Dépister la violence chez les femmes non francophones.....	104
	J. Pour conclure.....	105

VIII.	Retour sur la pratique	106
IX.	Faiblesses et forces de la revue de littérature : vers de nouvelles ouvertures.	111
A.	Limites et faiblesses	111
1.	Difficulté à généraliser les résultats	111
2.	Dépistage systématique vs dépistage sur signe d'appel.....	111
3.	La périnatalité limitée au prénatal.....	112
4.	Devoir de documentation vs devoir de confidentialité	112
5.	Les outils de dépistage.....	112
6.	La question du coût de la formation au dépistage	112
B.	Forces	113
1.	Une revue de littérature ciblée.....	113
2.	Mise en lien avec les compétences sage-femme et la recherche en matière de santé des femmes.....	113
3.	Retour sur la pratique : applicabilité immédiate	113
X.	Conclusion	114
XI.	Bibliographie.....	116
A.	Liste de références bibliographique	116
B.	Liste bibliographique.....	127

I. Question en lien avec un intérêt professionnel : problématique professionnelle

L'histoire de la violence date de la nuit des temps. ... Si ancrée dans l'histoire – à force d'en avoir fait intégralement partie – qu'elle s'est déplorablement banalisée. Il a fallu attendre la fin du XXe siècle pour qu'émerge enfin l'idée que la lutte contre la violence pouvait faire partie intégrante de l'arsenal de la santé publique et être bénéfique sur les plans physique, mental, social et économique (Darmesteter, 2007, p.13).

Au sein de cette problématique large de violence et santé, la violence contre les femmes et notamment les violences conjugales – sont depuis peu reconnues comme un véritable problème de santé publique. Considérée jusqu'à la moitié du XXème siècle comme un problème intime, personnel, relevant de la sphère privée, la problématique de la violence conjugale est aujourd'hui sortie de l'ombre du foyer et de nombreuses études de par le monde s'attèlent à en explorer les formes et causes afin de mieux pouvoir la prévenir et la prendre en charge. Au sein de ces études, la question du rôle des professionnel.le.s¹ de santé dans le dépistage des violences conjugales est une thématique d'importance.

Les sages-femmes sont directement concernées par la question de la violence conjugale pour plusieurs raisons : d'une part, les études attestent d'une prévalence de la violence conjugale telle que l'on peut parler de phénomène endémique, d'autre part la quasi-totalité des enquêtes reconnaissent que les chiffres ne reflètent pas l'ampleur réelle du phénomène encore largement sous-estimée du fait de la honte pour les victimes à en parler et du tabou autour de cette thématique. En Suisse, une femme sur cinq subit des violences physiques ou sexuelles de la part de son conjoint au cours de sa vie et deux femmes sur cinq sont victimes d'atteintes psychologiques (Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud, 2006). Entre 2000 et 2004, pour 57% des femmes victimes d'homicide en Suisse, l'auteur était l'ancien ou l'actuel partenaire (Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence

¹ Nous avons pris le parti d'écrire ce texte dans un langage dit « épïcène » c'est-à-dire rédigé de manière à respecter le principe d'égalité entre hommes et femmes. Pour plus d'informations sur le langage épïcène, voir la brochure réalisée par le Bureau de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes citée en bibliographie. Nous avons par ailleurs décidé d'orienter notre travail exclusivement sur les violences perpétrées sur des femmes par les hommes, raison pour laquelle les mentions liées aux auteurs de violence ne suivront pas le langage épïcène.

conjugale, 2007). Selon la Commission Européenne, la violence conjugale est la première cause de mortalité chez les femmes de 16 à 44 ans, avant le cancer et les accidents (Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence conjugale, 2007). Cette tranche d'âge féconde est particulièrement significative en maternité.

D'autre part, il est aujourd'hui reconnu qu'un vécu de violence prédit une grossesse compliquée, et les conséquences obstétricales (morbidité/mortalité maternelles et néonatales accrues), psychologiques (syndrome de stress post-traumatique, dépression, suicide) et familiales (perturbation du lien mère/enfant, carences dans les soins à l'enfant, troubles du développement psychomoteur de l'enfant, violence envers l'enfant) de la violence conjugale sont aujourd'hui bien documentées, y compris en terme de coût pour les sociétés au sein desquelles cette forme de violence s'exerce de manière universelle et sans discrimination de classe sociale, économique, religieuse et culturelle.

De plus, les auteur.e.s semblent s'accorder sur l'idée que la grossesse correspond à un moment particulièrement critique dans la mesure où elle représente un facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales (Egger & Schär Moer, 2008, p. 6). Dans le même temps, la grossesse représente également un moment dans la vie des femmes où elles entrent de manière régulière et répétée en contact avec des professionnel.le.s de santé, rendant potentiellement propice pour les victimes de violence conjugale l'occasion de sortir du silence. A ce titre, il est démontré aujourd'hui que si les femmes parlent difficilement des violences qu'elles subissent, elles le font prioritairement auprès de personnel de santé, en particulier médecins et sages-femmes, de préférence de sexe féminin (Henrion, 2001, p.14 et 39). Elles seraient même selon certaines études dans l'attente d'une opportunité de pouvoir parler lorsqu'elles consultent (Renker & Tonkin P., 2006). En miroir de l'adhésion des femmes au dépistage systématique de la violence conjugale par les professionnel.le.s de santé, la littérature atteste également de l'adhésion des sages-femmes en faveur du dépistage des violences conjugales dans la période prénatale et de leur conviction d'avoir un rôle à jouer dans ce cadre (Mezey, Haworth & Bewley, 2003, p. 744). En pratique, nous avons pu nous-même constater lors de nos stages que de nombreuses institutions ont intégré dans leur trame d'anamnèse d'entretien prénatal, une question relative au dépistage de la violence conjugale.

Toutefois, en pratique, nous avons également pu constater que peu de sages-femmes s'aventurent à poser la question, pour des raisons diverses que nous développerons

ultérieurement. L'application effective d'un dépistage systématique reste en pratique limitée, et seule une minorité de sages-femmes s'attèle effectivement à dépister en dépit du fait que la plupart d'entre elles adhèrent à l'idée que le dépistage des violences conjugales entre à la fois dans leur champ de compétence et de responsabilité. Cette contradiction est à l'origine de notre questionnement professionnel : quelle réalité pour les sages-femmes vis-à-vis du dépistage des violences conjugales, quels sont les obstacles au dépistage, et comment développer leur compétence à dépister ?

II. Cadre théorique

A. Définition de la violence conjugale

1. Violence

Le dictionnaire Larousse donne plusieurs définitions de la violence parmi lesquelles nous retiendrons qu'il s'agit d'une « contrainte physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte ». Dans la notion de violence se trouve l'idée d'enfreindre les limites et pour déterminer s'il y a eu infraction, la frontière est parfois délicate, notamment lorsqu'il ne s'agit pas de violence physique. Il faut dès lors entendre l'auteur des violences et la personne qui subit les violences. Leurs « deux dimensions ne concordent pas toujours et il arrive que quelqu'un soit violenté sans que l'auteur n'ait fait preuve de violence » (Larivey, s.d).

Selon Larivey (s.d.), l'auteur de violence vise un but à atteindre en employant la contrainte avec intention d'aller au-delà des limites. La victime quant à elle subit une atteinte dans son intégrité physique ou psychique. La violence n'est pas « une perte de contrôle mais une prise de contrôle » comme le précise le site internet de l'association Vivre sans violence².

² L'association Vivre sans violence a été créée en 2006 par trois institutions vaudoises œuvrant à la prévention de la violence dans le couple: le Centre d'accueil MalleyPrairie, le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du Canton de Vaud et le Service ViFa.

La mission de l'Association est la prévention de la violence dans les relations de couple. Par violence dans les relations de couple, on entend toute forme de violence (psychologique, physique, sexuelle ou économique) qui s'exerce entre partenaires hétérosexuels ou homosexuels.

L'Association constitue un organisme complémentaire aux différentes institutions romandes actives dans ce domaine et un lieu d'échange entre celles-ci. Dans ce but, elle gère un site internet offrant des informations et des conseils destinés à toutes les personnes concernées par la violence dans les relations de couple. Le site comprend également un service interactif pionnier sur le plan francophone, qui permet aux internautes de poser des questions anonymement et de recevoir des réponses personnalisées de la part de professionnel-le-s.

L'Association travaille en partenariat avec des organisations publiques et privées. (Association Vivre sans violence, 2013).

2. Violence conjugale

Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG), sur mandat du Conseil fédéral depuis 2003, est chargé « de renforcer et compléter les mesures de lutte contre la violence, plus particulièrement la violence envers les femmes » (Confédération suisse, DFI, BFEG, s.d.). Le BFEG poursuit son action de manière coordonnée avec différents services cantonaux de coordination et d'intervention contre la violence domestique en Suisse et autres services cantonaux désignés pour la violence domestique. Dans les cantons de Vaud et Fribourg, un « protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s » en matière de dépistage, soutien, orientation des personnes victimes de violence conjugale a été développé (connu sous le nom du DOTIP). En préambule à la définition de la notion de violence conjugale, la violence y est différenciée de l'agressivité :

L'agressivité sert à définir le territoire de chacun, à faire valoir son droit. Elle est une force de construction et de définition de l'individu. La violence, elle, fait éclater le territoire de l'autre et le sien propre, elle envahit et rend confuses les limites. Elle est une force de destruction de soi et de l'autre.

On définit l'acte de violence comme toute atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'individu qui s'accompagne d'un sentiment de contrainte et de danger (Perrone & Nannini, 1996, cités par Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 2).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence conjugale dans son aide-mémoire mis à jour en octobre 2013 en se basant sur la définition de la violence à l'égard des femmes donnée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1993 comme suit :

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

et précise que :

Par **violence d'un partenaire intime**, on entend tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination.

Dans le cadre de cette étude la violence conjugale s'entend et se limite à la violence des hommes envers les femmes.

3. Facteurs d'influence

L'Association Vivre sans violence impute plusieurs origines à la violence conjugale émanant tant de la société, de la famille que de l'individu. La violence domestique serait donc le résultat de la combinaison de différents facteurs de risque.

a) Facteurs sociaux et culturels

L'égalité homme-femme de manière générale reste défavorable aux femmes. De nombreux pays et de nombreuses cultures bafouent les droits de la femme, imposant parfois une exploitation économique, sociale et sexuelle. Par ailleurs, la violence conjugale n'est pas toujours reconnue en tant que problème de santé publique mais en tant que domaine appartenant à la sphère privée avec pour conséquence, une non-ingérence étatique qui laisse les auteurs perpétrer des violences en toute impunité. L'isolement social, la pauvreté, les coutumes et traditions contribuent également à favoriser un climat violent (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 6 ; Association Vivre sans violence, 2011).

b) Facteurs familiaux

Il semble que les individus ayant subi des violences ou vécu dans un environnement violent soient plus sujets à devenir auteurs de violences. On remarque également des caractéristiques communes à la plupart des auteurs de violence, à savoir « une dépendance affective pouvant aboutir à une volonté de possession », « une faible capacité de communication » et un « refus de la négociation » (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 6 ; Association Vivre sans violence, 2011).

c) Facteurs individuels

Les facteurs individuels découlent directement des facteurs familiaux et notamment de l'exposition régulière à la violence. Les auteurs, souvent anciennes victimes ou témoins, présentent des troubles psycho-affectifs et/ou des troubles de la personnalité (moi fragile) et il n'est pas rare de noter un abus de toxiques voire une toxicodépendance associés (alcool, médicaments, drogues) qui, sans pour autant générer de violence en tant que conséquence, en facilitent l'expression (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 6 ; Association Vivre sans violence, 2011).

4. Les visages de la violence

a) *Violence économique*

Elle a pour but de limiter l'autonomie financière de la partenaire, qu'elle soit professionnellement active ou non. L'auteur de violence économique rationne, contrôle le budget, jusqu'à priver de ressources la victime. En corollaire, plus la victime est dépendante financièrement, plus elle devient vulnérable aux autres formes de violence (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 4 ; Association Vivre sans violence, 2011).

b) *Violence psychologique/verbale*

C'est la forme la plus méconnue et difficile à identifier et c'est également la forme la plus répandue. La Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile-de-France publie en 2010 dans un support de formation sur les mécanismes de la violence conjugale, le chiffre de 37% de victimes. Cette forme de violence vise l'atteinte de la confiance de la victime en elle-même et peut par exemple prendre la forme de propos dénigrants, insultes, injures, humiliations, interdictions, surveillance, harcèlement, menaces, intimidation (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 4 ; Association Vivre sans violence, 2011).

c) *Violence sexuelle*

Il s'agit du viol conjugal, mais on parle également de violence sexuelle dès lors qu'il y a une contrainte imposée à la partenaire lors de relations sexuelles. Fréquente, cette forme de violence est souvent cachée car elle touche à l'intime et la honte prédomine particulièrement chez les victimes qui souvent préfèrent se taire (Gigandet & Mosczytz, 2006, p. 4 ; Association Vivre sans violence, 2011).

d) *Violence physique*

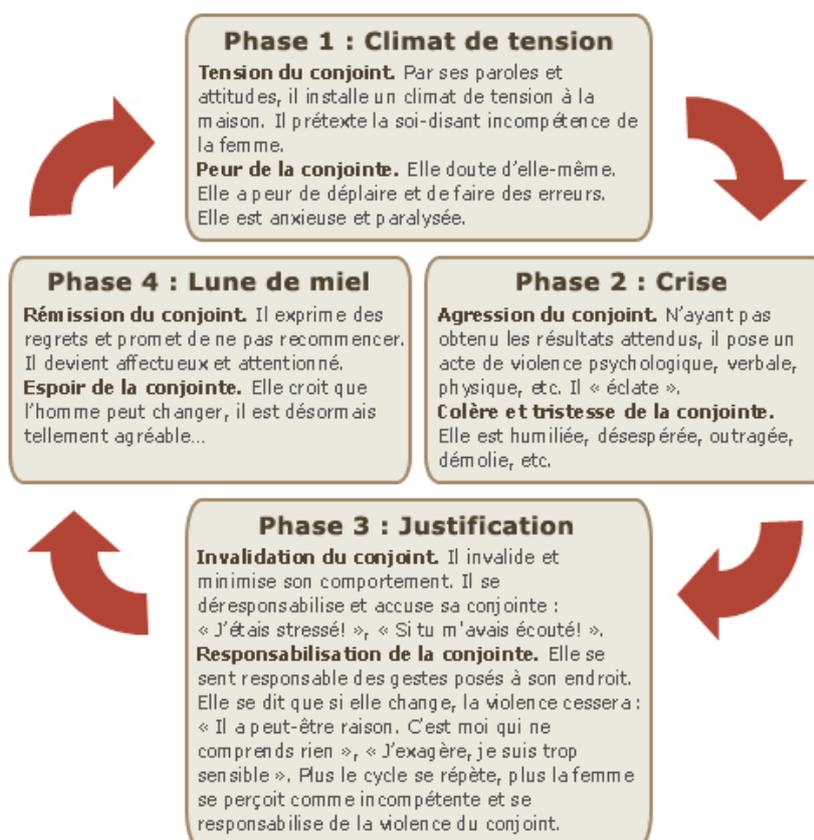
La violence physique n'est pas toujours présente mais il existe une forte propension à ce qu'elle apparaisse avec le temps. Elle apparaît sous la forme de coups (gifles, coups de poing, coups de pied), brûlures, morsures, fractures, étranglements, séquestration, (tentative d') homicide.

Les violences économiques, psychologique et verbale précèdent et accompagnent pratiquement toujours les violences physique et sexuelle. Ces différentes formes de violence se conjuguent au fil du temps en une escalade de plus en plus dangereuse : plus les violences sont graves et répétées, plus le risque d'homicide augmente. Il arrive parfois que la violence conjugale ne se déclare pas avant le moment de la séparation, mais dans tous les cas, elle

persiste souvent après la fin de la vie commune (Gigandet & Mosczytz, 2006, p.4).

5. Les cycles de la violence

Il est incontournable d'aborder la violence sans mentionner Leonore E. Walker. Psychologue américaine, spécialisée dans les violences faites aux femmes, elle se distingue depuis 1979 avec la parution d'un ouvrage, le premier du genre, intitulé « Battered Woman ». Poursuivant ses recherches en matière de violence, elle identifie un schéma récurrent, connu sous le nom de spirale ou cycle de la violence qui ne s'intéresse pas fondamentalement aux causes de la violence mais qui explique comment le processus de violence se déroule. Ce cycle, décrit ci-dessous bien que décrié par certains notamment en raison de sa validité scientifique (Paciocco, 1999, p. 297), est largement « utilisé en travail social, car l'expression des victimes ou les constats empiriques des professionnels tendent à (le) corroborer » (Les violences conjugales, 2011).



Tiré de : Institut National de Santé Publique du Québec

Lacroix & Offermans (2004, p. 21) ont bien mis en valeur les spécificités liées au processus de violence conjugale devant rendre le praticien attentif :

- visibilité faible : ces violences entre adultes sont cachées et l'intervention de tiers est réduite
- évolutivité : généralement, elles s'établissent insidieusement en un processus de longue durée et de caractère répétitif
- intensité relationnelle : un lien psychoaffectif fort soude les partenaires
- asymétrie : au fil de la construction, par les deux partenaires, de la relation de couple, une prise de pouvoir asymétrique s'installe progressivement. Cette situation est le plus souvent rigidifiée bien qu'il existe des couples où les violences émergent de façon symétrique
- méconnaissance et sous-estimation : la personne victime sous-estime généralement la gravité ou n'identifie pas nécessairement la situation de violence comme telle. L'entourage ne la voit pas ou n'y croit pas
- déni : l'auteur nie fréquemment les violences commises ou sa responsabilité en regard de ces dernières.

Un processus de violence conjugale s'instaure avec la participation active de l'auteur et de la victime. Tous deux se sont construits sur la base d'éléments socio-culturels et environnementaux et ont forgé leur propre structure de personnalité afin de s'adapter précisément à cet environnement socio-culturel. C'est ainsi parfois « légitimée » par ces acquis qu'une relation dominant-dominée s'instaure. Cette relation peut prendre forme d'une dyade à double dominants, ou être chaotique et osciller entre processus de domination et échec de ce processus, le tout dépendant des stratégies de domination et de protection/subordination mis en place par les individus concernés. La relation dite « symétrique », où la violence n'est acceptée par aucun des deux partenaires et où chacun d'entre eux réagit en symétrie à leurs agressions respectives, se retrouve de plus en plus souvent dans nos sociétés où l'égalité entre hommes et femmes tend à s'accroître et où « les jeunes générations ont une tolérance plus faible aux comportements autoritaires masculins » (Delespine, 2011, p.5). Toutefois, la relation asymétrique demeure la plus répandue, avec une majorité d'auteurs de violence de sexe masculin et une majorité de victimes de sexe féminin.

Le dominant, outre les stratégies de domination mises en place (violences psychologique, économique, sexuelle ou physique), justifie ses actes selon les prérogatives que lui accorde le système (l'homme a plus de pouvoir que la femme par nature, l'Etat ou la religion lui reconnaissent ce fait), en accusant la victime d'être la

cause de ses comportements violents, faisant de lui une victime à son tour. Ces éléments complexes s'entremêlent et jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge tant des auteurs que des victimes (Collectif contre les violences familiales et l'exclusion, 2011).

B. Un problème de santé publique majeur

1. Prévalence : un phénomène endémique

a) *Problème de statistique*

Différents facteurs influent sur la qualité et la comparabilité des données relatives à la violence envers les femmes en général et familiale en particulier. Dans son rapport sur la violence, l'OMS classe ces limitations en quatre catégories (OMS, 2002, p. 102) :

- des contradictions dans les définitions de la violence et des mauvais traitements : toutes les études ne séparent pas les différents types de violence, rendant impossible la distinction entre les actes de violence physique, sexuelle et psychologique. Certaines études n'examinent que les actes violents survenus dans les douze mois ou cinq ans précédant, tandis que d'autres évaluent ce qu'il se passe au cours de toute une vie.
- des variations dans les critères de sélection des participant.e.s aux études : certaines études comprennent toutes les femmes d'une tranche d'âge donné, tandis que d'autres interrogent seulement les femmes mariées ou qui l'ont été.
- des différences résultant des sources de données, selon qu'il s'agisse de statistiques officielles, fondées sur l'enregistrement des cas de violence parvenus à la connaissance des autorités ou d'autres organisations dans l'exercice de leur activité (par exemple, statistique de la criminalité, de l'aide aux victimes d'infractions, des accidents...), ou d'enquêtes, recensant tous les cas où des violences ont été subies, qu'ils aient ou non été signalés à la police, à un médecin ou à une autre institution.
- la volonté des personnes interrogées de parler franchement et honnêtement d'un vécu par rapport à la violence :

Étant donné que les actes de violence représentent des actes socialement non autorisés et non tolérés qui sont liés à de forts sentiments de honte, de peur et de souffrance, les études de prévalence et les études portant sur les délits non enregistrés ne couvrent pas toujours toute l'étendue de la violence (Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2013, p. 12).

En Suisse, le Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes juge que « pour diverses raisons liées à des questions de méthodologie, réunir des données univoques et complètes représente un réel défi » (2013, p. 11). Les raisons données sont les mêmes que celles identifiées par l'OMS : définitions différentes de la violence, disparités majeures liées aux formes de violence étudiées (physique, sexuelle, psychique, etc.), au profil des auteur.e.s de violence pris en considération (partenaire actuel et ex-partenaire, parenté ou famille, personnes étrangères, uniquement les hommes, hommes et femmes, etc.), à l'échantillon (âge, sexe des personnes interrogées ou incluses dans l'enquête, taille de l'échantillon) et à la période d'étude des expériences de violence (prévalence sur une année, sur cinq ans et au cours de la vie).

b) Statistique mondiale et européenne

Selon l'OMS, « la violence exercée contre les femmes par un époux ou un partenaire intime de sexe masculin est une des formes les plus courantes de violence » (OMS, 2002, p. 99).

Toujours selon le même rapport de l'OMS, il ressort de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde que de 10 % à 69 % des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie. La violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de violence psychologique et, dans un tiers à plus de la moitié des cas, de violence sexuelle (OMS, 2002, p. 99).

Le tableau ci-dessous tirés du rapport de recherche du Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes, présente une synthèse des taux de prévalence des violences conjugales envers les femmes à l'étranger (2013, p. 16)

TAUX DE PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS DE COUPLE À L'ÉTRANGER						
Formes de violence	Taux de prévalence moyens dans les études menées à l'étranger (USA, AUS, DEN, FRA, GER, ITA, POL, CAN, FIN, NED, NOR, UK, NZL, SRB)		Dont taux de prévalence moyens uniquement dans les études IVAWS (USA, AUS, DEN, FRA, GER, ITA, POL)		Dont taux de prévalence moyens uniquement les autres études (CAN, FIN, NED, NOR, UK, NZL, SRB)	
	Prévalence sur 1 année Femmes	Prévalence au cours de la vie Femmes	Prévalence sur 1 année Femmes	Prévalence au cours de la vie Femmes	Prévalence sur 1 année	Prévalence au cours de la vie
Violence physique	3 %	20 %	2 %	20 %	4 %	21 %
Violence sexuelle	1 %	7 %	1 %	7 %	1 %	8 %
Violence physique et sexuelle	4 %	23 %	2 %	22 %	5 %	24 %

Tableau 2 Source : United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2011. Les calculs effectués aux fins de la présente étude se basent sur les taux de prévalence marqués en couleur.

Une enquête récente de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne révèle qu'un peu plus d'une femme sur cinq a subi une forme de violence physique et/ou sexuelle perpétrée par un.e partenaire actuel.le ou ancien.ne³ (Agence des droits fondamentaux de l'union européenne, 2014, p. 3). Parmi les femmes victimes de violences perpétrées par un ancien partenaire et tombées enceintes pendant cette relation, 42 % ont subi des violences de la part de ce partenaire pendant leur grossesse (Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2014, p. 11). Les résultats de l'enquête montrent également que deux femmes sur cinq (43 %) ont déjà subi une forme de violence psychologique perpétrée par un.e partenaire actuel.le ou ancien.ne (Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2014, p. 12).

³ Il est ici à déplorer que cette étude qui prend en compte la violence conjugale contre les femmes dans les couples homosexuels ne présente pas ses statistiques de façon différenciée selon que l'auteur.e des agressions soit un homme ou une femme.

En France, d'après le ministère de l'Intérieur en 2001, trois femmes meurent du fait de violences conjugales tous les quinze jours (Henrion, 2001, p. 25). L'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences faites aux femmes) a pour la première fois mesuré et qualifié ces violences commises dans le cercle privé du couple, de la famille. Réalisée auprès d'un échantillon de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, cette enquête datant de 2000, révèle que c'est dans l'intimité de l'espace conjugal que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures, avec 10% femmes interrogées concernées par des faits de violence conjugale lors des douze derniers mois précédant l'enquête (Maryse Jaspard et l'équipe ENVEFF, 2001, p. 3).

c) Statistique suisse

La violence dans les relations de couple est très répandue en Suisse. 39 % des infractions significatives en matière de violence domestique enregistrées par la police sont commises dans le contexte domestique. Elles sont pour les trois quarts d'entre elles (75 %) à mettre sur le compte de la violence dans le couple⁴ (Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2013, p. 7).

Pour la Suisse, trois études majeures renseignent sur le taux de prévalence de la violence conjugale contre les femmes dans le pays. Une première étude de 1997 (Gillioz, De Puy & Ducret, 1997) portant sur 1500 femmes de 20 à 60 ans résidant en Suisse alémanique ou romande, vivant une relation de couple ou ayant été engagées au cours des douze derniers mois dans une telle relation, indique qu'une femme sur cinq (20,7%) a subi de la violence physique et/ou sexuelle par son partenaire au cours de sa vie. En tenant compte de la violence psychique, le pourcentage de femmes ayant subi de la violence s'élève à 40,3%. L'étude constate que la violence physique s'accompagne dans presque neuf cas sur dix de violence psychique. Inversement, la violence psychique n'entraîne que dans environ deux cas sur dix la violence physique.

Une deuxième étude de 2005 (Killias, Simonin & De Puy) portant sur un échantillon de 1975 femmes de 18 à 70 ans vivant en Suisse alémanique et romande, indique qu'une femme adulte sur dix (10,5%) subit de la violence physique dans une relation de couple au cours de sa vie.

Enfin, une étude de 2012 (Killias, Staubli, Biberstein & Bänziger) indique que la violence dans les relations de couple s'élève à environ 1 % pour les femmes mais n'est pas

⁴ Les autres formes de violences domestiques comprennent la violence des parents envers leurs enfants, celle exercée par les enfants à l'encontre de leurs parents, la violence entre frères et sœurs, et celle commise envers des membres de la famille dépendant de soins ou envers d'autres membres de la famille.

représentative car les personnes d'âge mûr (plus de 39 ans) sont surreprésentées dans l'échantillon.

Dans son rapport de recherche sur la violence dans les relations de couples, le Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes cite des enquêtes de prévalence effectuées par plusieurs hôpitaux suisses (2008, p. 8).

- Enquête représentative à la Maternité Inselhof de l'hôpital Triemli à Zurich : 43,6% des 1772 patientes de 18 à 63 ans ayant participé à un sondage écrit indiquent avoir déjà été victimes de violence physique et menacées de violence. 15,7% d'entre elles l'ont été par leur partenaire actuel et 29,9% par leur ex-partenaire.
- Dépistage systématique (screening) au département de Médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) 2004/2005 : 19,5% des 5 354 personnes interrogées ont indiqué avoir déjà été directement confrontées à la violence domestique (victimes, témoins ou auteur-e-s). Dans 61,9% des cas, la victime était de sexe féminin et dans 38% de sexe masculin.

En Suisse, la statistique policière de la criminalité (SPC), révèle qu'en 2011, 8597 personnes au total ont été enregistrées par la police en tant que « lésées ». Parmi elles, 76 % étaient des femmes et 24 % des hommes. Dans 85 % des cas, les femmes étaient victimes de la violence de leur partenaire actuel ou de leur ex-partenaire (Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2012, p. 3).

2. Conséquences physiques et psychiques sur la santé des femmes et des familles

a) *Conséquences de la violence conjugale sur la santé physique et mentale des femmes*

D'une manière générale, « l'état de santé des femmes victimes de violences conjugales semble être moins bon que celui des femmes ne subissant pas de violences » (Champenoux, 2011, p. 34). Selon un rapport de l'OMS, ces femmes perdent entre une et quatre années de vie (1995). Une étude de 1988 a mis en valeur le fait que « la violence conjugale est probablement la cause la plus importante des blessures graves subies par les femmes, dépassant les accidents d'automobiles, les agressions pour vol et les viols réunis » (Stark & Flitcraft, 1988, cités par Lachapelle & Forest, 2000, p. 42).

Dans son mémoire de fin d'année en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme⁵, Noémie Rousseau a pu dresser la typologie des principales lésions retrouvées chez les femmes victimes de violence conjugale

Les principales lésions retrouvées sont les lésions ophtalmiques (hémorragie conjonctivale, décollement de rétine...), otologiques (perforation tympanique) et les fractures ne sont pas rares (dents, os propres du nez, clavicule...). La localisation de ces lésions siège le plus souvent au visage, au crâne, au cou, aux extrémités et au dos. L'abdomen est plus particulièrement à étudier chez les femmes enceintes. Toutes ces lésions peuvent être dissimulées par des vêtements et la victime est parfois réticente à être examinée (2008, p. 14).

On retrouve des dépressions chez plus de 50% des victimes de violences conjugales, ainsi que cinq fois plus de tentatives de suicide que dans la population générale (Lebas, Morvant, Chauvin, 2002, pp. 21-22).

Le tableau ci-dessous, issu d'une synthèse de divers travaux cités par Lachapelle et Forest (2000, p. 42) présente les problèmes de santé qui affectent généralement les femmes hébergées dans des maisons pour femmes victimes de violence conjugale.

⁵ Dans ce travail, le terme « sage-femme » sera accordé au féminin et comprend les hommes sages-femmes

Santé physique	Santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> • Blessures⁶ • Problèmes chroniques de santé physique⁷ • Douleurs variées : maux de dos, engourdissement des membres et des épaules • Affections ostéo-articulaires • Troubles de la vision et de l'ouïe • Allergies et affections cutanées • Asthme et bronchite • Hypertension • Anémie • Insomnie : difficultés à s'endormir et interruptions fréquentes du sommeil • Fatigue • Maux de tête • Troubles digestifs, ulcères 	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse psychologique élevée : <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'estime de soi - Diminution des habilités d'affirmation - Sentiment de peur - Insécurité • Symptômes de dépression : <ul style="list-style-type: none"> - Pleurs faciles - Sentiment de tristesse - Solitude - Impression de bouger au ralenti • Nervosité et anxiété, sensation d'être prise au piège • Alcoolisme et toxicomanie • Pulsions suicidaires • Consommation de médicaments <ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseurs - Analgésiques - Anxiolytiques • Consultation en santé mentale et hospitalisation en psychiatrie

A ajouter à ce tableau les conséquences sur la santé génésique des femmes : douleurs pelviennes chroniques inexplicables, infections génitales et urinaires à répétition ainsi que lésions périnéales, troubles de la sexualité (dyspareunies, vaginisme, anorgasmie), troubles des cycles menstruels (dysménorrhées...).

Tous ces effets, aigus et chroniques, fatals ou non, représentent des causes majeures d'atteintes à la santé et d'invalidité chez les femmes et leurs enfants.

⁶ Erosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulations

⁷ Troubles chroniques comme une fatigue intense, des douleurs musculaires limitant l'activité, des troubles du sommeil et des impotences fonctionnelles plus ou moins importantes, pathologies chroniques comme l'asthme, des bronchites chroniques, une insuffisance respiratoire, des angines de poitrine, l'insuffisance cardiaque, le diabète

b) *Les conséquences obstétricales*

Dans le contexte d'une grossesse, des conséquences obstétricales s'ajoutent à celles mentionnées ci-dessus. Des études ont démontré qu'une histoire de violence prédit une grossesse compliquée, et les conséquences obstétricales de la violence conjugale (morbidité/mortalité maternelles et néonatales accrues) sont aujourd'hui bien documentées.

Le rapport Henrion de 2001 fait état d'un nombre important de conséquences des violences conjugales sur la grossesse : grossesse non désirée issue de viol conjugal ou de l'impossibilité à accéder à une contraception et ses conséquences, interruption volontaire de grossesse (IVG), déclaration tardive de grossesse, grossesse mal surveillée et ses conséquences (accouchements prématurés, retards de croissance *in utero*), toxicomanie et alcoolisme, anémie maternelle, infections urinaires plus fréquentes, épisodes de dépression et tentatives de suicide accrues, avortements spontanés, rupture prématurée des membranes et accouchements prématurés, décollement prématuré du placenta suivis de souffrance et de mort fœtales, hémorragies, rupture utérine, mort maternelle succédant à un homicide ou à des complications au cours de la grossesse, perturbation du lien mère/enfant avec carence ou absence de soins immédiats à l'enfant, allaitement déficient ou absent, douleurs abdominales et pelviennes chroniques persistantes (Henrion, 2001, p. 28).

Dans son ouvrage, Céline Champenoux apporte d'autres précisions en classifiant les conséquences obstétricales de la violence conjugale en fonction du moment périnatal concerné et par ordre de fréquence. Ainsi pendant la grossesse, les fausses couches et avortements spontanés ainsi que les ruptures prématurées des membranes, menaces d'accouchement prématuré et accouchements prématurés arrivent respectivement en première et deuxième positions. Le risque de pré-éclampsie et de cholestase gravidique serait également augmenté, avec une prévalence de 1.5 fois plus élevée lors de violences conjugales. Plus rares, des complications telles que décollements placentaires, hémorragies fœto-maternelles et ruptures utérines surviennent principalement lors de traumatismes très violents ou répétés à l'abdomen (Champenoux, 2011, pp. 44-45). Des abus de tabac, alcool, drogues et autres médicaments à visée antalgique ou psychique sont également fréquents, sources de complications pour le fœtus et le nouveau-né, donnant lieu à des accouchements prématurés, des retard de croissance *in utero*, des syndromes polymalformatifs et syndrome de sevrage néonatal.

Ainsi, en cours de grossesse, les violences conjugales « entraînent plus de complications [...] que les accidents de la circulation ou les chutes qui sont les deux autres causes importantes de traumatismes au cours de la grossesse » (Goodwin, 1990, cité par Champenoux, 2011, p. 44). Une étude au Chili de 1998 a également montré que le risque d'avortement spontané est 1.44 fois plus élevé en cas de violences conjugales que dans la population générale (Arcos, Uarac, Molina, Reposi & Ulloa, 2001).

Le tableau suivant récapitule les conséquences de la violence conjugale dans un contexte de grossesse (Cherniak, Grant, Mason, Moore & Pellizzari, 2005, cités par Dr. Vanhalewyn, Offermans & Pas, 2008, p. 18).

Maternité (reproduction)	Grossesse	Fœtus
Retard dans les soins prénataux	Fausse couche	Petit poids à la naissance
Insuffisance de gain de poids	Hémorragie avant terme	Lésions fœtales
Infections maternelles (vaginales, cervicales, rénales, utérines)	Rupture prématurée des membranes	Décès du fœtus
Aggravation d'une maladie chronique stress de la mère	Travail et naissance prématurés rupture du placenta	
Dépression de la mère	Complications durant le travail	
Lésions abdominales		

c) Violence conjugale et stress périnatal

Diverses études se sont penchées sur l'impact du stress perçu des mères sur leur santé psychique, et ont pu mesurer son effet négatif en termes de dépression, d'anxiété et de faible sentiment d'auto-efficacité parentale (Razurel, Kaiser, Sellenet & Epiney, 2013; Razurel, Desmet, Sellenet, 2011). Ces études ont d'ailleurs pu attribuer une des causes de stress perçu par les mères à la qualité de leur relation avec leur partenaire.

Dans son ouvrage, Céline Champenoux décrit comment durant l'accouchement, le stress engendré par un contexte de violence conjugale est source de prolongation du

travail, stagnation de la dilatation, non progression de la présentation à dilatation complète. Le traumatisme psychologique découlant d'un contexte de violence conjugale donne ainsi naissance pour les mères victimes à la peur panique d'une douleur incontrôlable, de la naissance par voie basse, du passage vaginal, de la déchirure périnéale, de pousser. Un syndrome de stress post traumatique peut également être déclenché par le travail et l'accouchement, et les victimes sont souvent dans un état de fragilité psychique extrême, avec angoisse de l'accouchement, peur de la réaction du père, du devenir de l'enfant, de l'évolution de la situation lors du retour à domicile (2011, pp. 47-48). De nombreuses femmes victimes de violences conjugales présentent tous les signes d'un syndrome post-traumatique, syndrome commun à toutes les personnes qui ont subi un traumatisme grave (Henrion, 2001, p. 26).

Une étude américaine de 2001 a également démontré que le stress psychologique chronique augmente le risque d'accouchement prématuré, essentiellement par le biais de l'augmentation des niveaux de corticotropin releasing hormone (CRH) qui sont associés au niveau de stress (Champenoux, 2011, p. 45).

En neurosciences, des études ont montré que l'augmentation des niveaux de sérotonine maternelle – associée au stress - durant la grossesse, entraîne pour le fœtus des altérations dans la formation des circuits neuronaux, générant plus tard des vulnérabilités aux troubles psychiatriques (Riccio *et al.*, 2009). L'étude montre ainsi que la grossesse constitue une période de vulnérabilité importante par rapport au stress faisant de la période périnatale un moment important pour la prévention primaire des effets du stress sur le développement du cerveau humain.

d) Les conséquences familiales et sociales

Le lien d'attachement se crée et évolue durant la grossesse, parallèlement la future mère développe sa capacité à prendre soin de son fœtus et donc de son futur enfant (Hart & McHahon, 2006 ; Laxton-Kane, 2002, Huth-Bocks *et al.*, 2004 cités par Pires de Almeida, 2013). Dans une récente étude portugaise, les mères victimes de violences conjugales manifestent déjà une altération dans la relation mère-enfant durant la grossesse, tant au niveau de l'attachement qu'au niveau de leur attitude vis-à-vis de leur fœtus (Pires de Almeida, 2013).

Dans la période du post-partum, un contexte de violence conjugale influe directement sur l'instauration d'une relation mère-enfant de qualité, avec privation de soins immédiats au nouveau-né ou surinvestissement pathologique de l'enfant (Champenoux, 2011, p. 52).

A plus long terme, les études montrent que dans un contexte de violence conjugale, les enfants sont témoins dans 70 à 80% des cas, et qu'un grand nombre d'enfants sont eux-mêmes victimes de sévices, d'abus ou de négligence (Lachapelle & Forest, 2000, p. 43). Une étude a ainsi montré que les femmes ayant été victimes de violence conjugale enceintes sont trois fois plus susceptibles d'agresser leurs enfants que les femmes n'ayant pas vécu une telle violence (Casanueva & Martin, 2007).

Les enfants témoins de violence conjugale sont sérieusement affectés au niveau émotionnel et comportemental. Le tableau ci-dessous présente une synthèse des répercussions physiques, psychologiques et comportementales observées chez des enfants exposés à la violence conjugale (Lachapelle & Forest, 2000, p. 45).

Répercussions physiques et psychologiques		Répercussions comportementales	
<ul style="list-style-type: none"> • Blessures • Troubles psychosomatiques divers : <ul style="list-style-type: none"> - Maux de tête et de ventre - Problèmes respiratoires - Affections cutanées • Troubles du sommeil • Problèmes d'alimentation : boulimie ou anorexie • Retard de croissance et de développement • Difficulté d'élocution • Problèmes visuels et auditifs • Répression des sentiments et des émotions • Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> • Peurs de toutes sortes • Agressivité, particulièrement chez les garçons • Dépression • Insécurité, impuissance, faible estime de soi, manque de confiance en soi • Méfiance envers les autres • Sentiment d'abandon • Ambivalence à l'égard du parent violent • Pensées suicidaires • Pensées homicides 	A la maison <ul style="list-style-type: none"> • Rôle protecteur vis-à-vis de la mère ou comportement de fuite afin d'éviter les scènes de violence conjugale • Isolement à cause de la domination et du contrôle du père • Période de fugues • Grossesse, mariage ou union de fait précoces • Consommation ou trafic d'alcool ou de drogues 	A l'école <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés dans les relations avec les pairs et les adultes • Retards dans les apprentissages • Difficulté à perdre au jeu • Manque d'intérêt pour des activités de groupe • Absences fréquentes et retards non motivés

Ainsi, la violence conjugale en général et lors d'un contexte de grossesse en particulier représente un véritable problème de santé publique dans la mesure où les conséquences de la violence sont dramatiques : elles compliquent le déroulement de la grossesse en causant des pathologies et des complications elles-mêmes responsables

de troubles foetaux ; elles compromettent l'issue favorable de la grossesse et l'avenir de la relation mère/enfant. L'utilité de connaître les conséquences de la violence conjugale réside dans le fait que cela permet d'être attentif à certains signes permettant de dépister la violence, mais aussi lorsque le contexte de violence est connu, d'en prévenir (ou du moins réduire) les effets durant la grossesse et la période post-natale ainsi que de les prendre en charge correctement.

e) Le coût des violences conjugales

La violence conjugale engendre des coûts considérables qui se répercutent sur toute la collectivité : coûts de l'intervention policière, de la justice, des services de santé, de consultations et d'appui, des maisons de transition, des arrêts de travail, du retard scolaire et de l'absentéisme chez les enfants, des démarches juridiques, sociales et de santé que les femmes effectuent pour elles-mêmes et leurs enfants (Lachapelle & Forest, 2000, p. 27).

L'altération de l'état de santé des femmes dans un contexte de violence conjugale a un retentissement important sur le coût de leur prise en charge ambulatoire qui, selon l'OMS, coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes (Henrion, 2001, p. 23).

Le coût de la violence par un partenaire intime aux États-Unis dépasse 5,8 milliards de dollars américains par an : 4,1 milliards de dollars américains pour frais médicaux et soins directs tandis que les pertes de productivité se chiffrent à près de 1,8 milliard de dollars (Département de l'information des Nations Unies, 2008).

D'après le rapport Marissal, pour l'année 2004 en France, le coût global direct pour la violence conjugale seule est estimé à plus d'un milliard d'euros, réparti de la façon suivante : un cinquième pour les soins de santé, un tiers pour le coût lié au handicap, aux décès évitables et aux traumatismes divers, et le reste aux conséquences sociales de la violence (Marissal & Chevalley, 2006, p. 3).

Pour ce qui est de la Suisse, « les coûts tangibles de la violence dans les relations de couple s'élèvent au total à environ 164 millions de francs par an. Ce montant correspond à la limite inférieure des coûts estimés, fondés sur les taux de prévalence relativement bas obtenus par les études suisses (Killias *et al.* 2005 et 2012). Si l'on base le calcul sur les taux plus élevés d'études étrangères, le total des coûts tangibles est d'environ 287

millions de francs par année » (Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2013, p. 5).

Le travail de recherche du Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes sur les coûts de la violence conjugale en Suisse réparti ainsi les 164 millions de francs (2013, p.6):

- Coûts tangibles directs :
 - o Coûts de la police et de la justice 49 millions de francs (30 %)
 - o Coûts des offres de soutien 37 millions de francs (23 %)
 - o Coûts sur le plan de la santé 35 millions de francs (21 %)
 - o Coûts des services spécialisés et de coordination 3 millions de francs (2%)
- Coûts tangibles indirects :
 - o Pertes de productivité 40 millions de francs (24 %)

Ainsi, les violences conjugales engendrent des coûts de santé publique importants, à court, moyen et long termes, qui se répercutent tant sur les individus que les femmes, les familles et le système de santé tout entier.

C. Le dépistage des violences conjugales en périnatalité : pertinence, acceptabilité et compétence sage-femme

1. Compétence et responsabilité sage-femme

La sage-femme est compétente pour assurer le suivi et le maintien du bien-être obstétrical et somatique des patientes. Toutefois, si l'on suit la définition de la santé comme formulée par l'OMS (1946, p. 100) – « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » - la responsabilité des sages-femmes vis-à-vis de la santé des femmes s'étend à leur sécurité émotionnelle et psychique. Or, ces dernières sont largement dépendantes des aspects socio-familiaux qui constituent leur histoire.

Le Code International de Déontologie des sages-femmes atteste de cette large interprétation de la santé dans son article II.D : « Les sages-femmes répondent aux besoins psychologiques, physiques, émotionnels et spirituels des femmes nécessitant des soins quelles que soient les circonstances ». D'autres articles, dans une interprétation large, octroient à la pratique sage-femme la responsabilité de prendre en

compte la violence conjugale en périnatalité, notamment au travers de l'article II.A qui statue que « les sages-femmes prodiguent des soins aux femmes et aux familles qui s'agrandissent en respectant leur diversité culturelle, tout en s'efforçant d'éliminer les pratiques dommageables de ces cultures», l'article II.B qui statue que « les sages-femmes dressent une image réaliste de la grossesse et de la naissance, avec comme condition minimale que chaque femme soit protégée contre tout ce qui peut lui porter préjudice, lors de la conception, de la grossesse et de l'accouchement », l'article II.D. qui statue que « les sages-femmes assistent en toutes circonstances les femmes nécessitant des soins au niveau psychique, physique, émotionnel et mental », l'article III.D qui statue que « les sages-femmes participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé visant la promotion de la santé des femmes et des familles qui s'agrandissent. » ou encore l'article IV.A qui statue que « dans le cadre de la progression de la connaissance obstétricale, les sages-femmes garantissent les droits de la femme en tant que personne à part entière » (1994).

Le référentiel de compétence sage-femme de la formation des sages-femmes de Suisse Occidentale inclut lui aussi dans une interprétation large le dépistage et la prise en compte des violences conjugales dans le champ d'action des sages-femmes. La compétence 2 « Ajuster ses prestations dans une démarche éthique » comporte ainsi des items pouvant être directement corrélés à la responsabilité des sages-femmes à adresser les situations de violence conjugale en leur recommandant de s'appuyer « sur des cadres de référence déontologiques et légaux » et « en soutenant les droits de la femme, de l'enfant, de la famille ». La compétence 3 « Accompagner la femme, le couple et leur famille dans le vécu de l'événement en cours quel que soit le contexte » permet également de faire rentrer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales dans le champ de responsabilité des sages-femmes qui se doivent d'instaurer et maintenir « une relation de confiance » avec les patientes, évaluer « avec discernement leur position personnelle, familiale et environnementale » et intervenir « comme représentant et/ou médiateur de la femme et/ou de sa famille » (Haute école de Santé, s.d).

La consultation à haut risque psychosocial proposée par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et destinée à des patientes qui présentent des vulnérabilités psychosociales atteste de l'importance accordée en périnatalité aux situations socio-familiales des femmes enceintes et reconnaît la responsabilité de la sage-femme en charge, à situer la femme dans son contexte familial et social. Dans le cadre de ces consultations spécifiques, la patiente rencontre toujours la même sage-femme, ce qui permet d'établir une relation de confiance dans la continuité, évitant le désagrément pour

la patiente d'avoir à répéter son histoire à chaque nouvel.le intervenant.e. Le temps alloué est également plus long qu'une consultation de base – soit 40 minutes au lieu de 30. Enfin, cette consultation s'effectue dans un cadre pluridisciplinaire, composé d'obstétricien.ne.s, sages-femmes de la consultation, du planning familial, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, assistant.e.s social.e.s, médecins de la médecine communautaire et de premier recours issus notamment de l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG. A noter ici que « la violence conjugale représente sensiblement plus de la moitié des situations traitées à [l'UIMPV] » (Darmsteter, 2007, p. 57).

Dans la pratique, les sages-femmes sont concernées par le dépistage des violences conjugales dans la mesure où, « parce qu'elles rencontrent toutes les femmes enceintes et les nouvelles mères, elles sont en première ligne pour repérer des situations de violence » (Morel C., 2002, p. 18). Elles sont également responsables dans ce dépistage parce qu'« interroger le patient est un témoignage d'intérêt et participe à la prise de conscience des situations, particulièrement chez les personnes victimes de violences. L'absence de dépistage présente une série d'effets secondaires...» (Lacroix & Offermans, 2004, p. 23). D'une part, l'absence de dépistage est dommageable pour la relation de confiance : une patiente victime de violence conjugale et non dépistée peut perdre toute confiance envers le personnel soignant, notamment dans la période du post-partum où la mère et l'enfant sont à risque de violence. D'autre part, ne pas dépister peut également être dommageable pour la prise en charge : les sages-femmes peuvent « se sentir dépassée, voire excédée par le comportement et plainte multiples des personnes victimes de violence » (Lacroix & Offermans, 2004, p. 23), et la prise en charge s'avérer inadaptée aux besoins réels.

2. La grossesse : un moment favorable pour dépister ?

Les violences conjugales pendant la grossesse sont très peu étudiées en France et en Europe, beaucoup plus en Amérique du Nord particulièrement au Canada. Toutefois, nombre d'auteur.e.s s'accordent pour dire que la grossesse représente un facteur déclenchant ou aggravant de la violence conjugale (Egger & Schär Moer, 2008, p. 6). « Chez la femme, le facteur de risque le mieux identifié est la grossesse, au cours de laquelle seraient observées des maltraitances dans 5 à 20 % des cas. La première grossesse est la période où débute le plus souvent la maltraitance de la part du conjoint » (Société Francophone de Médecine d'Urgence, 2004, p. 5). En France, le rapport Henrion (2001) estime que 3 à 8% des femmes enceintes subissent des violences. Price

rapporte également que le premier épisode de violence par un partenaire intime intervient durant la grossesse pour 30% des femmes subissant de la violence conjugale au cours de leur vie (Women and Equality Unit, 2004, cité par Price *et al.*, 2007, p. 101). L'Office fédéral de la statistique (2012) note dans sa synthèse sur les violences domestiques enregistrées par la police, une forte prévalence des personnes lésées par violence domestique sur les femmes parmi la tranche d'âge 20-49 ans (femmes d'origine suisse et étrangère). L'âge moyen de la maternité en Suisse est stable depuis plusieurs années, situé entre 31 ans en 2008 et 31,5 ans en 2012.

Les chiffres donnés par l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie montrent également que la grossesse représente un facteur de risque important dans le déclenchement ou l'aggravation des violences conjugales, 40% d'entre elles ayant commencé lors de la première grossesse (2009). Cette association rapporte d'autres chiffres démontrant que la grossesse correspond à une grande période de vulnérabilité pour les victimes de violences conjugales :

- Une étude canadienne de 1999 a dévoilé que les femmes de 15 à 45 ans (période qui correspond aux années de procréation) ont déclaré des taux de violences plus élevés que celles de plus de 45 ans, (enquête canadienne, Ottawa, 1999).
- Dans leur ouvrage, Stewart & Cecutti indiquent que les deux tiers des femmes interrogées victimes de violence conjugale ont rapporté que la violence s'était aggravée pendant la grossesse (1993).
- L'étude de Muhajarine (1999) a montré que chez les femmes qui ont déclaré des violences pendant leur grossesse, les violences ont augmenté après la naissance, dans les 3 mois suivant l'accouchement.
- Une enquête canadienne de 1993 portant sur 12.300 femmes a démontré que les femmes victimes enceintes étaient 4 fois plus nombreuses que les autres femmes victimes à dire qu'elles avaient subi des violences «extrêmement graves» - coups, strangulation, menaces de mort par armes, agressions sexuelles (Stewart & Cecutti, 1993).
- Une étude britannique révèle également que les femmes enceintes ont un risque 2 fois plus élevé que les autres de subir ces violences (Richardson *et al.*, 2002).

En même temps, la grossesse est un moment dans la vie des femmes où elles ont un accès régulier aux soins et où elles interagissent avec des professionnel.le.s de la santé. Dans son ouvrage, Céline Champenoux relève que la question du suivi de grossesse

parmi les femmes victimes de violence conjugale fait débat : Certaines études ont en effet démontré que les femmes victimes de violences conjugales ne sont pas « sous-médicalisées » mais au contraire, présentent souvent des troubles psychosomatiques qui entraînent des consultations. Le véritable problème réside plutôt dans le fait que ces femmes victimes ne dévoilent pas la cause réelle de leur consultation (2010, p. 44). Lachapelle et Forest mentionnent dans leur ouvrage une étude de Larouche & Gagné (1990) selon laquelle 65% des femmes violentées font appel ou sont référées à la psychiatrie. « Elles y reçoivent des ordonnances de médicaments psychotropes susceptibles de les aider à mieux supporter le stress familial ou d'éliminer certains symptômes (...). Malheureusement, la violence ne fait l'objet d'aucune intervention » (2000, p. 43).

Or, la littérature démontre que les femmes, si interrogées par une personne compétente, sont en faveur d'un dépistage systématique de la violence conjugale par les professionnel.le.s de santé durant la grossesse (Bacchus, Mezey & Bewley, 2002 ; Ramsay, Richardson, Carter, Davidson & Feder, 2002 ; Renker & Tonkin, 2006). L'article de Burquier consécutif à la mise en œuvre en 2008 d'un vaste programme de dépistage et de prise en charge de la violence envers les femmes dans le Département de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) révèle que « les patientes sont favorables au fait d'être interrogées activement et directement sur le sujet de la violence lors des consultations et qu'elles font confiance au milieu médical pour leur venir en aide » (Burquier & Hofner, 2010, p. 526). A la question de la pertinence d'un dépistage des violences conjugales dans les maternités, « l'ensemble des patientes y est favorable en raison de la confiance accordée au milieu médical, de la sensibilisation supposée du personnel à la problématique », parce que c'est un lieu où la plupart des femmes passent, et où le motif de consultation officiel du suivi de grossesse est peu susceptible d'attiser la suspicion du conjoint violent si ce dernier venait à apprendre les démarches entreprises. Enfin, les femmes interrogées affirment que la grossesse est une bonne opportunité pour effectuer un dépistage et qu'une prise en charge adéquate est primordiale pendant cette période et au post-partum (Burquier & Hofner, 2010, p.527). Dans ce même article, à la question « qui est, selon vous, au sein de la maternité, le meilleur interlocuteur pour aborder la problématique de la violence vécue ? », les femmes ont majoritairement évoqué les sages-femmes, décrites comme « humaines », mettant « en confiance », disposant de « plus de temps », « plus proches des patientes que les médecins » et avec lesquelles il y a « plus de possibilités de parler » (Burquier & Hofner, 2010, p. 527).

3. Dépistage sur signes d'appel vs. Dépistage systématique

Le dépistage des violences conjugales sur signe d'appel se heurte à plusieurs difficultés majeures pouvant justifier de préconiser le dépistage systématique : la non spécificité des signes et symptômes de la violence conjugale, l'absence de profil type des victimes de violence conjugale, le déni et la non-reconnaissance par la victime et son entourage d'une situation de violence conjugale.

De nombreux travaux ont pu mettre en relief certains signes et symptômes récurrents chez les victimes de violence conjugale, et tous relèvent leur non spécificité. Nous avons choisi de présenter ici une liste remarquablement exhaustive tirée du guide « violence intrafamiliale » du ministère de la santé belge. Non spécifiques, ces signes doivent toutefois alerter sur un possible contexte de violence conjugale lorsque rencontrés de manière cumulée chez une femme. Ils sont décrits ci-dessous :

- Lésions traumatiques : localisation axiale fréquente (tête, cou, (nuque et gorge), thorax, poitrine, abdomen et organes génitaux); présence simultanée de lésions sur différentes parties du corps; lésions multiples à différents stades de guérison, évoquant des traumatismes survenus à différents moments; lésion discordante avec le récit fourni (trop vague, ou trop détaillé) ou avec refus d'en expliquer l'origine. En cas de suspicion de violence, il y a des lésions traumatiques graves et moins évidentes à rechercher systématiquement à savoir hématome sous-dural, lésions intra-abdominales, fractures dentaires, du massif facial ou de la mandibule, traumatisme tympanique (baisse de l'acuité auditive) ou ophtalmique (baisse de l'acuité visuelle)
- Plaintes gynécologiques et obstétriques : Lésions à la poitrine, à l'abdomen et au niveau génital (anal et vaginal), infections sexuellement transmissibles, infections récurrentes de l'appareil génito-urinaire, troubles du cycle menstruel, dyspareunie, anorgasmie, hémorragie avant l'accouchement, fausse couche, grossesse non désirée. Une demande d'interruption de grossesse, des retards ou présences sporadiques aux visites prénatales doivent aussi attirer l'attention.
- Plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques : La douleur est un symptôme fréquent : céphalées persistantes, douleur thoracique, douleurs dorsales, douleurs pelvienne ou abdominale, douleur et tension musculaire, dyspareunie,... Un usage régulier d'antalgiques peut être un signe. Symptômes pour lesquels toute cause organique s'avère exclue : asthénie, troubles gastro-intestinaux, vertiges, palpitations, paresthésies, dyspnée,...

Aggravations d'une pathologie chronique préexistante (diabète, hypertension, asthme, angor,...). Elles peuvent découler d'une interdiction de consulter ou de suivre la thérapie prescrite.

- Manifestations psychologiques et psychiatriques : Dépression, anxiété, état de panique, troubles du sommeil, troubles alimentaires (anorexie ou boulimie), difficulté de concentration, idéation suicidaire, tentative de suicide, troubles post-traumatiques liés au stress, abus de drogues licites (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, analgésiques, alcool, tabac) ou illicites, troubles émotionnels (colère, honte, tristesse, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance, perte d'estime de soi)
- Comportements particuliers observés chez la femme victime de violences : Consultations anormalement fréquentes, retard au rendez-vous, rendez-vous manqués, délai important entre le moment où les lésions sont apparues et la consultation (lésions en voie de cicatrisation par exemple), plaintes multiples ou encore elle regarde son partenaire avant de parler, elle demande de ne pas être jointe à la maison, elle refuse de se dévêtir pour un examen médical, ses attitudes traduisent un sentiment d'insécurité.
- Comportements particuliers observés chez l'homme auteur de violences : Certains des comportements de l'homme auteur de violences par rapport sa compagne sont indicatifs s'ils se répètent ou si d'autres indices sont également présents : il répond à la place de sa compagne; il insiste pour toujours être présent; il critique ses actes et utilise des phrases disqualifiantes à son propos; il lui dicte sa conduite ou suggère celle du médecin; il minimise ou nie ses problèmes de santé ainsi que la gravité de ses blessures; ayant des comportements violents dans l'intimité, il peut être hyper-prévenant et excessivement attentionné en public, et très aimable avec le médecin (Lacroix & Offermans, 2004, p. 25-26).

Dans son ouvrage, Céline Champenoux évoque des « comportements inhabituels » présents chez les victimes de violence conjugale et repérables par les sages-femmes : passivité, inexpressivité, pleurs subits, cris, manifestation d'une terreur incontrôlable, hyper exigences, sollicitations importantes des soignant.e.s, difficultés à supporter les examens notamment vaginaux (Champenoux, 2010, p. 48).

Il n'y a pas non plus de profil type de femmes victimes de violence conjugale : toutes les catégories sociales et professionnelles sont ainsi concernées. L'enquête ENVEFF a

néanmoins pu montrer que les femmes les plus jeunes sont deux fois plus concernées que leurs aînées (2001). L'enquête a aussi démontré que « les violences physiques sont perpétrées dans tous les milieux sociaux mais parmi les femmes de plus de 25 ans, les cadres rapportent nettement plus d'agressions physiques, répétées ou non : 4 % en déclarent au moins une, contre 2 % des employées ou professions intermédiaires. La pression psychologique occasionnelle est plus fréquemment dénoncée par les étudiantes et les femmes les plus diplômées. Si les femmes sans qualification, emploi ni formation sont plus concernées par la violence physique, celles qui ont fait des études supérieures sont plus touchées par la violence psychologique » (ENVEFF, 2001).

Enfin, plusieurs études démontrent que les femmes ne parlent pas spontanément de leur condition de victime de violence conjugale. Selon une étude canadienne, seulement 2,8 % des femmes ayant été victimes de violence pendant leur grossesse en ont parlé à leurs soignant.e.s (Stewart & Cecutti, 1993). En France, il a été mis à jours qu'une femme sur quatre parle spontanément de ce qu'elle subit et lorsqu'elle le fait, c'est prioritairement auprès d'un médecin ou d'un.e autre professionnel.le de santé (Henrion, 2002, p. 7). L'enquête ENVEFF a quant à elle révélé que les deux tiers des femmes contraintes par leur conjoint à des pratiques ou rapports sexuels forcés en ont parlé pour la première fois en répondant au questionnaire (ENVEFF, 2001).

La honte, la culpabilité, la peur de se voir retirer la garde des enfants, la peur de représailles sont autant d'éléments permettant de comprendre pourquoi les femmes victimes de violences conjugales restent muettes. Toutefois, si les signes sont à rechercher plutôt que les paroles, ils restent parfois, voire le plus souvent invisibles ou comme vu précédemment difficiles à interpréter comme résultant d'un contexte de violence conjugale (Edin, 2002, p. 274), d'où un plaidoyer de la part de certaines institutions socio-sanitaires en faveur du dépistage systématique.

Des études ont montré que le dépistage systématique permettait d'augmenter la divulgation de contexte de violence conjugale par les victimes (Bacchus *et al.*, 2004). D'autres ont démontré que le dépistage systématique avait une bonne valeur prédictive quant à la continuité de l'exposition à la violence physique, verbale et sexuelle de leur conjoint : dans l'étude de Koziol-McLain Coates & Lowenstein (2001), les femmes dépistées positivement à la violence conjugale avaient au cours des 4 prochains mois 46.6 fois plus de risque de subir des faits de violence physique grave, 11.7 fois plus de risque d'être victime de violence physique, 3.6 fois plus de risque d'être la cible d'agressions verbales et 2.5 fois plus de risque d'être victime de violence sexuelle.

Le dépistage systématique, peu pratiqué en France et en Suisse malgré une rhétorique favorable, est considéré comme essentiel par les américains et les canadiens. Cependant, au sein de nombreuses maternités, la question des violences conjugales fait partie intégrante de la trame d'entretien des entretiens prénataux. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par exemple, une rubrique spécifique est à remplir dans le dossier patient informatisé (DPI) et fait partie intégrante de l'anamnèse des patientes lors des consultations prénatales de routine. Toutefois, la question reste facultative, à l'appréciation de la sage-femme en charge, et entre en concurrence avec de nombreuses autres questions devant être abordées de façon jugée plus prioritaire dans un laps de temps imparti (généralement 30 min).

Depuis plus de dix ans, l'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande de réaliser un dépistage systématique de la violence chez toutes les patientes. Il préconise de faire ce dépistage lors de la première consultation, une fois par trimestre et à la visite post-natale. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) depuis 2014 appuie par la signature d'une initiative, l'engagement des professionnel.le.s « à soutenir les actions de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences... » et à « se mobiliser, s'informer, se former et à se rapprocher des réseaux de lutte contre les violences au sein du couple » (CNGOF, 2014).

D. Cadre juridico-institutionnel

1. Droit européen

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) énonce un certain nombre de recommandations destinées aux Etats membres et permettant de prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes dont : ratification de la Convention d'Istanbul (Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et de la violence domestique), invitation à considérer la violence domestique comme une affaire publique et non d'ordre privé, formation et mise à disposition de ressources destinés aux professionnel.le.s de la santé, à la police et aux services d'aide aux victimes, développement de campagnes de prévention. A ce jour l'Union Européenne (UE) aborde peu la violence domestique de manière explicite. Un communiqué de presse de 2011 réclame l'élaboration d'une directive pour combattre les violences contre les femmes. (Parlement européen, 2011).

2. Législation suisse

Fait du fédéralisme, la violence domestique est abordée selon des axes et des structures différentes selon les cantons, mais suivant une base légale fédérale commune qui se décline ensuite sous forme d'ordonnances, lois cantonales et jurisprudence.

Historiquement, la Suisse s'est en premier lieu intéressée aux violences à l'encontre des enfants entre les années 80 et 95 (Hofner & Viens Python, 2004). C'est en 1993 qu'entre en vigueur la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infraction (LAVI), révisée depuis puisque la version en vigueur actuellement date de 2007. Elle prévoit que « Toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité physique, psychique ou sexuelle (victime) a droit au soutien prévu par la présente loi (aide aux victimes) » (Art. 1 Principes. Loi fédérale sur l'aide aux victimes, LAVI du 23 mars 2007, RO 2008 1607).

L'aide aux victimes comprend :

- a. les conseils et l'aide immédiate ;
- b. l'aide à plus long terme fournie par les centres de consultations ;
- c. la contribution aux frais pour l'aide à plus long terme fournie par un tiers;
- d. l'indemnisation
- e. la réparation morale ;
- f. l'exemption des frais de procédures ; (Art. 2 Formes de l'aide aux victimes. Loi fédérale sur l'aide aux victimes, LAVI du 23 mars 2007, RO 2008 1607).

Hofner et Viens Python précisent que

La violence envers les femmes quant à elle, est devenue une question préoccupant les institutions dans le courant des années 1990. Un Programme National de Recherche (PNR 35 – 1993) a permis de récolter des informations précieuses sur la réalité suisse. En juin 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport sur la violence envers les femmes, la qualifie pour la première fois de problème de santé publique.

Enfin la violence interpersonnelle est nommée en tant que problème global de santé publique en Suisse en 2002 (2004, p. 8).

Ce n'est qu'en 2003 que le Conseil fédéral a mandaté le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) afin « de renforcer et compléter les mesures de lutte contre

la violence, plus particulièrement la violence envers les femmes » (Confédération suisse, DFI, BFEG, s.d.).

A ce jour, Le BFEG poursuit son action de manière coordonnée avec différents services cantonaux de coordination et d'intervention contre la violence domestique en Suisse et autres services cantonaux désignés pour la violence domestique. Par ailleurs, le site du BFEG offre l'accès à une « Toolbox Violence domestique » qui permet aux professionnel.le.s confronté.e.s aux victimes et auteurs de violences, d'accéder à divers documents tels que brochures, matériel de cours, mémentos.

Outre les actes poursuivis d'office, pour lesquelles la procédure suit systématiquement son cours, il existe également la possibilité pour la victime de déposer une plainte pénale. Tout retrait de plainte met fin à la poursuite pénale et la plainte ne peut être réitérée ; toutefois, il est possible pour la victime de demander une suspension de la plainte qui pourra être réactivée sur demande du/de la plaignant.e dans les six mois au maximum sous peine de classement par l'autorité pénale (LAVI, s.d.). Cette mesure est motivée par le fait que les victimes retirent souvent leur plainte pendant la phase dite de la « lune de miel » ou quelques jours après avoir porté plainte. Le procureur peut également refuser la demande de suspension s'il juge que la situation est grave. S'il existe un faisceau de preuves suffisamment conséquent, une ordonnance de condamnation immédiate est prononcée sans passer par un jugement. Toutefois, en l'absence de preuve (ni témoin, ni preuve médicale), ce qui est fréquent dans des cas de violence autre que physique, le cas est classé sans suite. Enfin, pour les peines de moins de deux ans, le sursis reste la règle (LAVI, s.d.).

3. Devoirs et responsabilité des professionnel.le.s de santé

Les sages-femmes, sont soumises au secret professionnel de par leur code de déontologie (Code International de Déontologie des sages-femmes, 1994). Un code de déontologie n'a cependant pas force de loi. La profession de sage-femme est mentionnée dans l'avant-projet de Loi fédérale sur les professions de santé (LPSan) qui vise à remplacer la Loi sur les Hautes écoles spécialisées (LHES, RS 414.71). Actuellement, la notion de secret professionnel est mise en œuvre de manière non-unifiée d'un canton à l'autre (Recordon, 2013).

Dans le canton de Vaud par exemple, l'activité de la sage-femme est décrite dans la Loi sur la Santé Publique (LSP, 1985). L'article 80 de la LSP qui réfère au secret professionnel précise que « toute personne qui pratique une profession de la santé...

est astreinte au secret professionnel ». « Il interdit aux personnes qui y sont tenues de se transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans la pratique de leur profession » et « s'applique...entre professionnels de la santé ». « Lorsque les intérêts d'un patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant ».

L'article 80a concerne la Déclaration et spécifie à l'alinéa 3 que « lorsque la maltraitance n'émane pas d'un professionnel de la santé, la personne astreinte au secret professionnel peut s'adresser au médecin cantonal et aux autorités compétentes » (LSP, article 80 et 80a. 29 mai 1985). Une levée du secret peut-être demandée auprès du Conseil de Santé (Canton de Vaud, s.d.).

La violation du secret professionnel est punissable au nom du Code pénal suisse (article 321) avec une peine allant de l'amende à l'emprisonnement. Ne sera pas punissable une révélation faite avec consentement de l'intéressé.e et au cas par cas (selon les cantons et les circonstances), les obligations de renseigner une autorité compétente ou de témoigner en justice.

Parallèlement le Code pénal suisse dans son article 128 alinéa 1 prévoit des poursuites à l'encontre de « celui qui n'aura pas prêté secours à une personne...en danger de mort imminent, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui ».

Bien que l'approche législative diffère d'un canton à l'autre, il n'en reste pas moins que les sages-femmes sont soumises au secret de fonction et que dès lors, il leur est impossible de transgresser ce secret en dehors des cas prévus par la loi et notamment dans le cadre des violences conjugales, après consentement de la personne qui divulgue être victime de violence. Tenant compte de questionnements d'ordre éthique mais également du droit pénal et de la notion de non-assistance, la position de la sage-femme confrontée à la divulgation d'une violence reste complexe. Le protocole de dépistage et d'intervention (DOTIP) rédigé par Hofner et Viens Python, repris dans les cantons de Vaud et Fribourg, ainsi que les recommandations de prise en charge genevoises recommandent toutes le travail en réseau or ceci n'est possible qu'avec l'accord de la victime majeure (le cas des victimes mineures est régi par d'autres lois).

4. La prévention primaire, secondaire et tertiaire

Les mesures de prévention se divisent classiquement en trois catégories:

- la prévention primaire (campagnes de sensibilisation, brochures d'information...)
- la prévention secondaire (dépistage et intervention précoce)
- et la prévention tertiaire (prise en charge des victimes, prophylaxie des rechutes et des récidives et limitation des conséquences).

Les sages-femmes interviennent principalement dans le cadre de la prévention primaire et secondaire. A ce titre le BFEG (Egger & Schär Moer, 2008, p. 9), recommande la mise sur pied de mesures de formation initiale et de perfectionnement destinées aux différentes catégories professionnelles confrontées à la violence domestique :

Des connaissances spécialisées et une sensibilisation accrue leur sont indispensables pour assurer une prévention efficace. Les cantons examinés font des efforts pour améliorer la formation initiale et le perfectionnement des professionnel·le·s concerné·e·s dont la portée varie d'un canton à l'autre. La majorité des cantons a intégré le thème de la violence domestique dans leurs cours de perfectionnement et certains cantons l'ont fait dans le cadre de la formation initiale de certaines professions ou bien encore, ils réalisent des projets pilotes.... L'avis des expert·e·s concernant le personnel qualifié du secteur de la santé (médecins, personnel soignant), qui serait spécifiquement apte à faire de la détection précoce de cas de violence, est sceptique car on constate que les efforts d'information et de sensibilisation entrepris n'ont jusqu'ici eu que peu d'influence.

5. Les moyens à disposition d'aide aux victimes et auteurs de violence conjugale

Sur la base des dispositions légales en vigueur en Suisse, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales présente sur son site internet, les dispositions prises en matière d'aide aux victimes (s.d.). Elle met par ailleurs à disposition sur son site Internet, l'adresse de 60 centres de consultation répartis sur l'ensemble du territoire suisse et auxquels peuvent s'adresser les victimes d'infractions. Ces centres dispensent des conseils gratuits, une aide immédiate à court et moyen

termes sur les plans médical, psychologique, matériel et juridique. Une contribution financière peut être envisagée selon la situation financière de la victime (s.d.).

D'autre part et comme mentionné plus haut dans ce document, le Code de procédure pénale suisse ainsi que le Code civil suisse permettent à la justice d'intervenir en termes de mesures de protection immédiate ou à plus long termes (expulsion immédiate de l'auteur de violences du domicile, mesures d'éloignement, etc.), de protection (actes poursuivis d'office, dépôt de plainte pénale), et de dédommagement. La victime peut également si elle le souhaite, bénéficier d'un accompagnement dans le cadre du « Droit à la protection (p. ex. accompagnement par une personne de confiance dans tous les actes de la procédure, dans la mesure où la victime le souhaite) » (Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales, s.d.).

III. Problématique et Question de recherche

Les violences conjugales représentent un véritable problème de santé publique en périnatalité : d'une part, le taux de prévalence des violences conjugales à l'encontre des femmes est tel que l'on peut parler de phénomène endémique et touche une tranche d'âge significative en maternité. D'autre part, la grossesse est une période de vulnérabilité importante pour les femmes dans la mesure où elle représente un facteur déclenchant ou aggravant des violences. Enfin, les conséquences obstétricales des violences conjugales sont graves, à court, moyen et long termes, engendrant un coût non négligeable à la fois pour les individus touchés et pour la société.

Alors que, comme nous venons de le voir précédemment, le dépistage systématique est préconisé et fait partie des compétences sages-femmes, on constate qu'une minorité de sages-femmes pratiquent ce dépistage.

Pourquoi cette absence dans les pratiques ? Notre hypothèse serait que les sages-femmes ne se sentent pas compétentes dans ce domaine et qu'elles ne sont pas suffisamment outillées pour dépister et prendre en charge les victimes de violence conjugale.

Notre question de recherche se pose donc comme suit : quelles compétences sont à développer pour les sages-femmes dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugale en périnatalité pour dépasser les barrières supposées au dépistage et apporter un bénéfice dans leur pratique ?

IV. Questionnement éthique

La problématique énoncée dans le cadre de ce travail est adressée au travers d'une revue non exhaustive de la littérature. C'est dans une démarche éthique que nous inscrivons notre travail de Bachelor en nous appuyant sur le Code d'éthique de la recherche de la Haute école de travail social de Genève (2012).

Le respect de l'éthique en matière de recherche sur l'être humain et sur lequel reposent les études sélectionnées sera validé et les limites éventuelles relevées et traitées dans les chapitres y relatifs en nous référant au Mémoire de la HES-SO (2005) et aux recommandations énoncées par Swissethics (2014). Il est à noter que les règles éthiques qui certes reposent sur des bases communes internationales telles que le Code de Nuremberg (1947), la Déclaration des droits de l'Homme (1948), la Déclaration d'Helsinki (1964), les Bonnes Pratiques d'Etudes cliniques (1996), font l'objet d'une mise en œuvre légale spécifique propre à chaque pays et évolutive au fil des années (à titre d'exemple, une étude académique non interventionnelle requiert à l'heure actuelle des exigences dont on faisait fi il y a encore une vingtaine d'années).

Afin de nous imprégner des conditions idéales dans lesquelles les études que nous retenons doivent être conduites, nous avons parcouru les recommandations de l'OMS relatives aux principes éthiques et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes (1997).

Par ailleurs, aborder la thématique des violences conjugales est un sujet émotionnellement délicat qui peut biaiser l'approche de la recherche. Il est pertinent, afin de se prémunir de ce type de biais, de suivre un processus analytique basé sur des écrits scientifiques solides, permettant un positionnement objectif et la possible élaboration d'un retour dans la pratique efficient.

Les violences faites aux femmes sont condamnées par la plupart des politiques au niveau international avec toutefois un bémol culturel parfois. La prévalence des violences conjugales à elle seule justifie que l'on s'intéresse à la problématique. Si une femme sur cinq est victime de violence conjugale au cours de sa vie (si l'on tient compte des violences physiques uniquement), si le taux de mortalité consécutif à des violences conjugales concerne essentiellement les 16-44 ans, tranche d'âge importante et féconde, et si l'on sait que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant, nous devrions rencontrer couramment des victimes dans notre pratique.

Les risques materno-foetaux étant clairement identifiés tant par la littérature que par les professionnel.le.s en général, nous pourrions penser que la question des violences conjugales est naturellement adressée durant la grossesse. En pratique cependant, bien que la volonté politique soit présente en Suisse, nous n'avons rencontré que très peu de sages-femmes pratiquant le dépistage des violences conjugales. Aussi rencontrons-nous quotidiennement des femmes victimes sans le savoir. Il n'est éthiquement pas acceptable de les ignorer. Ne bafouons-nous pas les grands principes éthiques que sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non malfeasance et la justice (Conseil d'éthique clinique. HUG, 2014) ?

S'il s'agit de respecter la vie privée de nos patientes, il est de notre devoir de prévenir et éviter le mal et promouvoir le bien, sans outrepasser le consentement des victimes en leur venant en aide. Respect, lâcher prise et humilité sont ainsi nos garde-fous éthiques.

Il nous incombe également en tant que sages-femmes et dans la mesure de nos compétences personnelles et professionnelles, de contribuer à soutenir les femmes durant leur grossesse (Conseil d'éthique clinique. HUG, 2014). Aussi est-il de notre devoir de nous interroger sur les raisons qui poussent les sages-femmes à ne pas (vouloir) dépister les violences conjugales et d'essayer de trouver comment il serait possible de les aider à s'armer d'outils efficaces pour ce faire.

Ainsi, il sera important de pouvoir comprendre la situation dans sa globalité, d'identifier les points de vue des sages-femmes et des victimes, d'évaluer les perceptions et les besoins, de comprendre où se situent les limites et dans quelles mesures elles sont éthiquement acceptables afin de pouvoir émettre un certain nombre de recommandations réalistes et pratiques.

Nous prendrons soin d'énoncer les faiblesses et les limites de notre travail, de sorte à éviter les généralisations abusives et resterons nuancées, attentives et objectives dans l'analyse de nos résultats, en citant les auteur.e.s et respectant leur positionnement. Nous restons conscientes du fait que ce travail de Bachelor constitue une revue non exhaustive de la littérature et par conséquent, n'offre qu'une photographie de la problématique qui nous intéresse, limitée à un cadre spécifique.

V. Méthodologie

Pour ce travail, il nous est demandé de formuler une question de recherche et de fonder une base de discussion étayée par une revue de la littérature non-exhaustive basée sur cinq articles au minimum. Il s'agit donc d'obtenir efficacement des articles pertinents.

A. Détermination des mots clés

Les mots clés utilisés ont été :

pregnancy, perinatal, domestic violence, intimate partner violence, abuse, screening, systematic, routine, midwife, disclosure, impression, perception, experience, barrier, limit, attitude, knowledge, clinical practice, best practice, good practice, training

B. Critères de sélection

Les critères de sélection et d'exclusion ont été les suivants :

1. Critères d'inclusion

- Journal revu par les pairs (peer-review)
- Publication en langue anglaise
- Articles disponibles au travers de bases de données reconnues par la communauté scientifique et validés par des indices bibliométriques et en lien au travers du site du centre de documentation de la HEDS Genève
- Articles issus de revues spécialisées ou médicales générales
- Littérature secondaire issue de la Cochrane Library
- Facteur d'impact (IF) médian élevé
- Les livres et la littérature grise (inclusion en tant que références bibliographiques)

2. Critères d'exclusion

- Articles dont le texte intégral n'était pas disponible
- Articles dont la population concerne les pays non-industrialisés
- Articles portant sur des pays non-industrialisés exclusivement
- Articles ne portant pas sur le dépistage des violences conjugales

C. Recherche d'articles

Il était d'abord pertinent de regarder sur la Cochrane Library si la question de recherche était couverte. Des mots clés basiques ont été testés afin d'interroger cette base de données : « domestic violence pregnancy ». Il existe effectivement une revue Cochrane associée à ces termes mais elle ne porte pas sur la thématique, s'intéressant à l'impact des interventions des professionnel.le.s auprès des femmes déjà connues pour être victimes de violences. Cette revue récente (2013), est intéressante en tant que telle et montre l'importance liée à la mesure d'impact des interventions dans le domaine des violences conjugales mais sort des critères de sélection retenus.

Dans un deuxième temps, la base de données PubMed a été étudiée. Elle présente l'avantage d'être accessible quel que soit le lieu de travail, les recherches d'articles n'étant pas soumises à une connexion enregistrée au travers d'une Université ou Haute école, bien que la plupart des articles dans le détail ne puissent être obtenus hors connexion. Par ailleurs, la thématique étant relativement vaste, couvrant à la fois la sage-femmerie mais également l'ensemble des milieux de soins confrontés au dépistage systématique des violences conjugales, et l'approche socio-éducative, il semblait plus optimal pour commencer de se concentrer sur cette seule et unique base de données.

PubMed permet du reste une recherche simple par listage de mots-clés associés à des opérateurs booléens, l'utilisation est relativement instinctive.

Pour la récolte de données bibliométriques, le Web of Science a été utilisé.

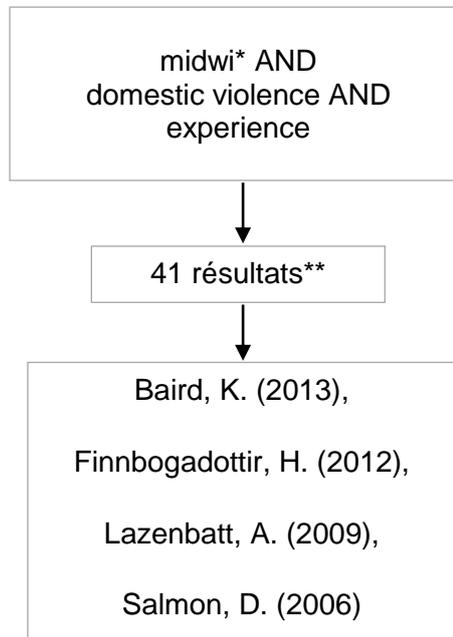
La liste de mots-clés étant trop exhaustive, les termes « pregnancy » et « midwife » ont été tronqués comme suit « pregnan* » et « midwi* » de sorte à pouvoir couvrir les termes suivants : pregnancy, pregnancies, pregnant, midwife, midwife, midwifery.

Le terme « abuse » a été délibérément exclu des recherches, car il fait référence à la violence dans un contexte plus vaste comme par exemple le viol ce qui d'emblée allait nécessiter une éviction plus importante d'articles hors sujet.

Enfin, un choix plus sélectif de mots-clés portant précisément sur la question de recherche a été fait en vue de vérifier si cette stratégie seule de recherche pouvait conduire vers des articles pertinents.

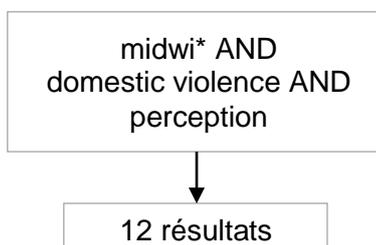
La recherche s'est déroulée comme suit :

Base de données PubMed 1^{ère} recherche



** 35 articles ont été exclus en fonction des critères de sélection, 6 articles ont été retenus parmi lesquels 2 articles ont été utilisés comme apport bibliographique. L'article de Baird fait suite à l'article de Salmon (étude de suivi à 5 ans).

Base de données PubMed 2^{ème} recherche



Un mot clé supplémentaire a ensuite été ajouté pour relancer la recherche:



**4 articles ne correspondant pas aux critères de sélection ont été éliminés à la lecture des titres, 1 article en lien avec le sujet a été retenu comme apport bibliographique

Plusieurs des articles sont publiés chez Elsevier. En accédant à la version intégrale en ligne des textes, une sélection d'articles pertinents de par leur titre a été proposée. Les 2 derniers articles émanent de ces propositions (O'Campo, 2011; Torres-Vitolas, 2010), l'étude de O'Campo étant du reste une revue systématique de la littérature récente ciblant particulièrement le sujet.

Plusieurs autres articles semblaient pertinents, notamment ceux repérés au travers de bibliographie. Après lecture, ils ont été conservés pour référence bibliographique. Par ailleurs, parcourir les bibliographies a permis de repérer les auteur.e.s spécialisé.e.s dans la thématique et dont l'impact des recherches semble influencer sur l'ensemble de la communauté intéressée aux violences conjugales, à leur prévention et/ou prise en charge.

D. Articles sélectionnés

Etude n°1

Baird, K., Salmon, D. & White, P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery* 29, 1003-1010

Etude n°2

Finnbogadotir, H. & Dykes, A-K. (2012). Midwives awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 181-189.

Etude n°3

Lazenbatt, A., Taylor, J & Cree, L. (2009). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*, 25, 622-636.

Etude n°4

Mezey G., Bacchus, L., Haworth, A. & Bewley S. (2003). Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG*, 110, 744-752

Etude n°5

O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Midwifery*, 20(1), 94-103

Etude n°6

Salmon, D., Murphy, S., Baird, K. & Price, S. (2006). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*, 22, 6-14

Etude n°7

Torres-Vitolas, C., Bacchus, L.J. & 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. *Public Health*, 124, 472-478

VI. Description et analyse critique des articles : forces, biais et limites

A. Structure des études

Etude n°1	
Auteurs	Baird, K., Salmon, D. & White, P.
Titre	A five-year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry
Source	Midwifery
Année	2013
Pages	1003-1010
IF 2012	1,116
IF 5 ans	1,479
rang catégorie	36/102 Q2 NURSING
IF médian	0,881
TC	0 (étude récente)
citation Google Scholar	1
Objectif primaire	Etude de suivi à 5 ans qui cherche à identifier si les outils mis en place dans le cadre du programme de dépistage systématique des violences conjugales en maternité (Bristol Pregnancy Domestic Violence Programme), soutiennent toujours au même titre les professionnel.le.s que lorsqu'ils ont été mis en place.
Type d'étude	Etude monocentrique, quantitative et qualitative.
Méthodologie	Les participantes ont rempli un questionnaire semi-structuré de 54 items cotés par des échelles de valeurs ou échelles de Likert permettant une analyse quantitative des données démographiques et professionnelles incluant l'âge, le nombre d'années d'expérience, le parcours professionnel, la connaissance de la thématique, la perception de l'efficacité du dépistage, le degré de confiance personnel en matière de dépistage, la perception des barrières potentielles et du soutien existant. Un échantillon dirigé de sages-femmes a pris part à deux groupes de discussion qui ont permis d'apporter une approche qualitative à l'étude en donnant la vue d'ensemble des participantes sur la mise en place du dépistage de routine et en analysant les expériences les opportunités et barrières à prendre en compte par la suite à des fins d'amélioration.
Analyse	<u>Au niveau quantitatif</u> : double-entrée des données, utilisation d'un logiciel statistique, explications détaillées des inférences statistiques et justification de leur utilisation; <u>au niveau qualitatif</u> : enregistrement, transcription, codage, catégorisation selon la méthode décrite dans la littérature fondée sur des données probantes et utilisation d'un logiciel spécifiquement dédié aux études qualitatives
Taille de l'échantillon analysé	58 sages-femmes communautaires dont 36 (73%) ont participé à l'étude initiale et dont 11 d'entre elles ont participé à deux groupes de discussion.
Lieu de l'étude	Royaume-Uni
Ethique	Information orale et écrite et consentement éclairé après 14 jours de réflexion, participation volontaire, confidentielle, anonyme ; approbation éthique obtenue auprès du comité éthique local et du comité éthique de l'université de West-england ; conduite des groupes de discussion tenant compte du « Nursing and Midwifery Council Code of Professional Conduct » (2008)
Principaux résultats	(voir pour historique, l'étude n°6 (Salmon, 2006)). Les améliorations mesurées dans le cadre de la mise en place programme de dépistage systématique des violences conjugales au prénatal au travers du Bristol Pregnancy Domestic Violence Programme donnent des résultats encore plus satisfaisants cinq ans après sa mise en œuvre grâce notamment à une formation continue obligatoire destinée aux sages-femmes. Après cinq ans, la perception du rôle qu'ont les sages-femmes à jouer dans le dépistage a changé de manière significative (dépistage perçu comme incontournable). Il semble également qu'il serait favorable de dépister non seulement lors de la 1ère visite prénatale mais également à 6 mois, après instauration d'un lien de confiance entre patientes et soignante.s. Les barrières au dépistage subsistent parmi lesquelles les plus importantes restent la présence d'un tiers lors de l'entretien et la barrière linguistique.
Biais/ limites selon les auteurs	Les résultats sont basés uniquement sur une auto-évaluation faite par les professionnel.le.s sur leur pratique sans données source.
Forces	Etude de suivi, mixte quantitative et qualitative dont l'approche qualitative permet de contextualiser les données quantitatives; 73% des sages-femmes ont participé à l'étude initiale.

Etude n°2	
Auteurs	Finnbogadotir, H. & Dykes, A-K
Titre	Midwives awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden
Source	Midwifery
Année	2012
Pages	181-189
IF 2012	1,116
IF 5 ans	1,479
rang catégorie	36/106 Q2 NURSING
IF médian	0,881
TC	5
citation Google Scholar	6
Objectif primaire	Etudier le degré de sensibilité et l'expérience clinique des sages-femmes vis-à-vis de la violence conjugale lors des consultations prénatales dans le sud de la Suède
Type d'étude et méthodologie	Etude exploratoire, qualitative.
Méthodologie	Les participantes ont été invitées au travers de groupes de discussion et par le biais d'une approche inductive, à échanger librement autour de leurs expériences, perceptions, comportements et attitudes ainsi qu'autour de leurs sentiments (selon une méthodologie validée par la littérature basée sur les données probantes). Chaque groupe de discussion a été lancé en invitant les participantes à trouver deux mots permettant de décrire ce que leur évoquait "grossesse et violence" puis l'échange libre a pu se construire après que le modérateur du groupe ait posé la question "Dites-moi comment vous travaillez avec une femme enceinte exposée à la violence" (traduction libre).
Analyse	L'approche inductive permet l'observation à la généralisation. Pour l'ensemble des groupes les données ont été enregistrées et retranscrites verbatim par la 1er auteure. Chaque transcription a été codée par les deux auteures en parallèle qui ont ensuite effectué une mise en commun de leur codage. La 1ère trame de codage ainsi obtenue a permis de réduire les résultats à une liste de 13 sous-catégories parmi lesquelles 5 grands thèmes ont été retenus. L'analyse du contenu a été menée selon un modèle validé par la littérature et les résultats ont été relus par l'une des participantes.
Taille de l'échantillon analysé	16 sages-femmes hospitalières
Lieu de l'étude	Suède
Ethique	Information orale et écrite, consentement éclairé recueilli. Approbation du comité éthique régional.
Principaux résultats	Cinq grandes thématiques émergent des groupes de discussion: la connaissance des sages-femmes concernant les différents visages de la violence conjugale, l'identification des groupes vulnérables ou à risques, les barrières à aborder la thématique des violences conjugales, la prise en charge des situations complexes, le rôle-clé des sages-femmes. Ces thématiques sont chapeautées par un thème général: le manquement des sages-femmes face à leur devoir vis-à-vis des futures mères et des enfants à naître. Avant la mise en œuvre d'un dépistage systématique des violences conjugales, il est important de développer des directives et une stratégie relative à la prise en charge en cas de divulgation et d'offrir aux sages-femmes une formation continue et du personnel ressource auprès duquel elles peuvent se référer.
Biais/ limites selon les auteurs	Etude exploratoire, sans critère d'inclusion et d'exclusion. Biais possibles : 1) 50% des sages-femmes incluses dans l'étude connaissent la 1er auteure et 2) un biais dans les réponses des sages-femmes n'est pas exclu en raison d'un inconfort de certaines vis-à-vis de la thématique 3) les résultats de cette étude pourraient ne pas être transposables en raison de son contexte démographique (a contrario ceci représente une force également)
Forces	Il n'existe aucun lien hiérarchique entre les participantes qui se connaissaient toutes pour la plupart ; l'échantillon est hétérogène; les discussions sont non-directives avec des questions ouvertes; le contexte démographique de l'étude est restreint mais il est important d'aborder la prise en charge des violences conjugales dans son contexte démographique afin d'en optimiser l'approche.

Etude n°3	
Auteurs	Lazenbatt, A, Taylor, J & Cree L
Titre	A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence
Source	Midwifery
Année	2009
Pages	25, 622-636
IF 2012	1,116
IF 5 ans	1,479
rang catégorie	36/106 Q2 NURSING
IF médian	0,881
TC	7
citation Google Scholar	19
Objectif primaire	Comparer et évaluer comment les sages-femmes hospitalières vs communautaires répondent aux violences conjugales. (Objectif secondaire: cette étude a pour but d'ouvrir le débat autour de la théorie de l'environnement sain comme cadre optimal pour le dépistage des violences conjugales en périnatalité)
Type d'étude et méthodologie	Etude multicentrique, observationnelle, exploratoire, qualitative et quantitative.
Méthodologie	Questionnaire auto-administré et anonyme, élaboré selon la littérature basée sur les données probantes, validé après relecture indépendante par un panel d'experts.
Analyse	Utilisation d'un logiciel statistique, inférences statistiques utilisées expliquées et justifiées
Taille de l'échantillon analysé	488 sages-femmes hospitalières (80%) et communautaires (20%)
Lieu de l'étude	Irlande du Nord
Ethique	Approbation éthique non requise ; consentement éclairé recueilli par retour postal anonymisé, confidentialité des données et anonymat préservés tout au long de l'étude selon les exigences locales liées à la conduite de projets de recherche. Mise à disposition d'une ligne téléphonique 24h/24 en soutien aux participantes en raison de la prévalence des violences conjugales (disposition éthique non requise mais prise par les auteures)
Principaux résultats	Différence d'idéologie professionnelle et de philosophie de soin entre sages-femmes indépendantes et hospitalières, qui conduit à une analyse du problème et de ses solutions différentes. Les sages-femmes identifient partiellement les cas de violences conjugales et ne savent pas nécessairement quelle réponse y apporter par manque de confiance, de formation initiale et continue. Les sages-femmes devraient être mieux informées des impacts psychosociaux des violences conjugales.
Biais/ limites selon les auteures	L'échantillon est limité à une région (Irlande du Nord); le faible taux de participation ne permet pas de généraliser les données récoltées bien que les résultats de cette étude rejoignent les résultats d'études déjà publiées.
Forces	Etude comparative tenant compte du contexte d'activité des deux groupes.

Etude n°4	
Auteurs	Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A. & Bewley, S.
Titre	Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence
Source	BJOG
Année	2003
Pages	110, 744-752
IF 2012	3,76
IF 5 ans	3,754
rang catégorie	7/78 Q1 (OBSTETRICS & GYNECOLOGY)
IF médian	1,804
TC	22
citation Google Scholar	68
Objectif primaire	Recueillir le point de vue sage-femme en matière de dépistage systématique des violences conjugales au prénatal.
Type d'étude et méthodologie	Etude multicentrique, observationnelle, qualitative.
Méthodologie	Collecte de données émergeant de groupes de discussion et d'entrevues semi-dirigées qui permettent d'ouvrir l'espace de parole aux participant.e.s tout en gardant un cadre permettant ensuite une analyse des réponses. Par ailleurs, dans le cadre de l'étude, les sages-femmes ont suivi une formation de 2 à 3h heures, à visée informative et éducative sur la prévalence et les effets des violences conjugales ainsi que sur la prise en charge au sein du réseau de santé. La méthodologie est rigoureuse et s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude de l'Economic and Social Research Council au Royaume-Uni.
Analyse	Discussions enregistrées, transcrites, codées et analysées.
Lieu de l'étude	Royaume-Uni
Taille de l'échantillon analysé	28 sages-femmes
Ethique	Aucune indication relative à l'éthique ; l'article se fonde en terme de méthodologie sur un article réalisé en parallèle et auquel il se réfère (Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. <i>British Journal of Obstetrics and Gynecology</i> . 109, 9-16). L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité éthique du St Thomas Hospital.
Principaux résultats	La mise en place d'un dépistage systématique des violences conjugales nécessite une formation initiale approfondie (connaissance de la thématique, définition, prévalence et conséquences), une formation continue, un soutien en termes de personnel mais également institutionnel par l'établissement de directives (post-étude, les sages-femmes n'étaient pas vraiment enclines à dépister plus). Une étude parallèle à cette étude a été conduite auprès des femmes victimes ou ayant été victimes de violences conjugales pendant ou avant une grossesse (Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. <i>BJOG</i> . 109,9-16)
Biais/ limites selon les auteurs	Les résultats sont basés uniquement sur une auto-évaluation faite par les professionnel.le.s sur leur pratique.
Forces	Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude (Economic and Social Research Council study) sur la prévalence et les conséquences des violences conjugales chez la femme enceinte.

Etude n°5	
Auteurs	O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. & Ahmad, F.
Titre	Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidenced generated from a realist-informed systematic review
Source	Social Science & Medicine
Année	2011
Pages	72, 855-866
IF 2012	2,733
IF 5 ans	3,688
rang catégorie	33/161 (PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH) Q1
IF médian	1,555
TC	24
citation Google Scholar	46
Objectif primaire	Par le biais d'une revue systématique et d'une évaluation réaliste, déterminer pourquoi et comment le dépistage systématique des violences conjugales est un succès ou un échec dans les soins en santé.
Type d'étude et méthodologie	Revue de la littérature selon une méthode de type "évaluation réaliste".
Méthodologie	Sélection d'articles selon des critères d'inclusion et d'exclusion fondés sur l'objectif de l'étude; validation du contenu des articles de la revue selon validation de critères précis (appréciation de l'étude, du programme de dépistage, des indicateurs de succès ou d'échec du programme).
Lieu de l'étude	Etude américano-canadienne reposant sur des études se déroulant aux Etats-Unis, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Australie
Taille de l'échantillon analysé	23 articles
Ethique	Article issu d'une approche type « évaluation réaliste » basé sur 23 articles (dont 18 quantitatifs et 5 qualitatifs). Approbation éthique obtenue auprès d'un comité éthique local.
Principaux résultats	Le dépistage des violences conjugales est un moyen permettant d'augmenter le taux de divulgation et la prise en charge des violences conjugales s'il est fait dans le cadre d'un programme bénéficiant d'un support institutionnel, en présence de protocoles auxquels les intervenant.e.s sont formé.e.s et s'ils peuvent faire appel à un référent/personne ressource.
Biais/ limites selon les auteurs	Les milieux de soins étudiés dans ces études sont mal renseignés et peu diversifiés et il n'a pas été possible d'analyser si les résultats diffèrent en fonction de ces milieux. Peu de données sont disponibles quant aux effets indésirables du dépistage et il n'a pas été possible de tenir compte des potentiels effets paradoxaux du dépistage. L'étude est focalisée uniquement sur le dépistage en tant que moyen pour augmenter le taux de détection des violences conjugales et améliorer leur prise en charge, il n'est pas tenu compte de l'impact des interventions ultérieures sur la patiente et l'enfant à naître. Certains articles de la revue ne présentaient pas des résultats suffisamment détaillés pour permettre une analyse plus précise sur l'ensemble de la période évaluée. La revue ne porte que sur des articles "peer-review". La méthodologie en elle-même n'a pas permis aux auteurs d'analyser l'ensemble des composantes qui entrent en ligne de compte dans le cadre du dépistage des violences conjugales.
Forces	Méthodologie très claire et limitations clairement décrites

Etude n°6	
Auteurs	Salmon, D., Murphy, S., Baird, K. & Price, S.
Titre	An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence.
Source	Midwifery
Année	2006
Pages	22, 6-14
IF 2012	1.116
IF 5 ans	1,479
rang catégorie	36/106 Q2 NURSING
IF médian	0,881
TC	10
citation Google Scholar	23
Objectif primaire	Explorer l'efficacité combinée d'une formation dédiée et d'un soutien continu dans le cadre de la mise en œuvre réussie d'un dépistage systématique au sein d'une maternité.
Type d'étude et méthodologie	Etude exploratoire, interventionnelle, quantitative et qualitative
Méthodologie	
Analyse	<u>Au niveau quantitatif</u> : double-entrée des données dans la base de données statistique et utilisation d'un logiciel statistique, explications détaillées des inférences statistiques et justification de leur utilisation. <u>Au niveau qualitatif</u> : analyse indépendante des données par 3 membres de l'équipe de recherche.
Taille de l'échantillon	79 (dont 70 ont complété l'étude)
Lieu de l'étude	Royaume-Uni
Ethique	Article antérieur à l'article (1) ; participation volontaire, confidentialité et anonymat des données préservés selon les exigences locales liées à la conduite de projet de recherche, conduite générale de l'étude selon les mêmes exigences. Approbation éthique obtenue auprès du comité éthique local régional et auprès du comité éthique de l'université de West-England. Après une information envoyée par le biais d'un envoi postal, un délai de 2 semaines a été donné aux sages-femmes afin de considérer leur participation à l'étude ; le recrutement a été effectué par un tiers indépendant et les consentements éclairés ont été recueillis. Dans le cadre du Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme, les sages-femmes bénéficient d'un support 24h/24.
Principaux résultats	Post-formation, amélioration des connaissances et des attitudes des sages-femmes en matière de violences conjugales; déclin des stéréotypes; augmentation de la confiance des sages-femmes pour aborder et faire face au dépistage et à ses conséquences mais pour autant, pas d'augmentation significative du taux de dépistage. L'augmentation du taux de dépistage est corrélée à l'expérience professionnelle, à la formation et au pourcentage de femmes avec lesquelles le sujet est abordé. Il existe un certain nombre de barrières au dépistage. Les sages-femmes mentionnent avoir besoin d'un soutien dans le cadre de la mise en place d'un dépistage des violences conjugales.
Biais/limites selon les auteurs	Perte de suivi à 6 mois sur un échantillon limité et monocentrique. Il manque un groupe de comparaison. Les résultats concernant l'augmentation des taux de divulgation sont partiellement biaisés du fait de l'émission parallèle d'une recommandation relative à la protection de l'enfance et un possible impact de cette recommandation sur l'attention portée par les sages-femmes aux patientes.
Forces	Les résultats apportent de nouvelles connaissances et suscitent de nouvelles interrogations.

Etude n°7	
Auteurs	Torres-Vitolas, C., Bacchus, L.J. & Aston, G.
Titre	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
Source	Public Health
Année	2010
Pages	472-478
IF 2012	1,35
IF 5 ans	1,605
rang catégorie	97/161 Q3 (PUBLIC HEALTH)
IF médian	1,555
TC	4
Citation Google Scholar	7
Objectif primaire	Identifier les besoins des professionnel.le.s en maternité et santé sexuelle pour la mise en place d'un dépistage systématique des violences conjugales.
Type d'étude et méthodologie	Etude transversale, quantitative.
Méthodologie	Les participant.e.s ont été invité.e.s à compléter un questionnaire avant de suivre une formation pratique et théorique sur les violences conjugales.
Analyse	Utilisation d'inférences statistiques justifiées et expliquées.
Lieu de l'étude	Royaume-Uni
Taille de l'échantillon analysé	208 (sages-femmes, infirmier-ère-s, médecins) des services de maternité et santé sexuelle
Ethique	Approbation obtenue auprès du comité éthique du St Thomas Hospital ; consentement éclairé recueilli.
Principaux résultats	La mise en place d'une formation est nécessaire. Elle doit être précédée d'une évaluation des besoins des professionnel.le.s et adaptée en conséquence. Elle doit contenir des modules théoriques (connaissance de la thématique, définition, prévalence, conséquences) et pratiques (jeux de rôle). Enfin, elle doit être soutenue institutionnellement (valorisation de la formation et émission de directives).
Biais/ limites	Echantillon non-aléatoire monocentrique qui limite la généralisation à une autre population. Il n'a pas été possible d'obtenir des résultats exploitables et de comparer les perceptions hommes-femmes en raison du faible taux de participation des professionnels hommes. L'étude aurait dû pouvoir bénéficier d'un suivi à 6 mois qui n'a pu être réalisé en raison du taux élevé d'abandon à 6 mois.
Forces	Etude comparative et transversale des besoins en formation.

B. Analyse critique des études

1. Echantillons de population/ sélection d'articles

La pertinence de la détermination de la taille d'un échantillon de population au sein d'une étude n'est accessible au lecteur que si elle est clairement expliquée dans un article. En principe, il incombe au statisticien de l'étude de déterminer une taille adéquate assurant une puissance statistique utilisable, tenant compte de multiples facteurs dont le type d'étude, ses objectifs et le taux d'abandon des participants estimé.

Aucune des études sélectionnées ne décrit la méthode utilisée afin de déterminer la taille de l'échantillon choisi. Il n'est donc pas possible, bien que certains échantillons soient parfois conséquents (de 16 à 488 participant.e.s), d'en déterminer la pertinence et la puissance. Dans certaines études ou pour certaines parties des études, l'échantillonnage a été dirigé. Cette méthode offre l'avantage d'avoir une population aisément et rapidement recrutée et de manière ciblée, générant des biais inhérents à la méthode même à savoir la partialité éventuelle de la population induisant un biais dans la validité des données collectées.

Par ailleurs, aucun article ne mentionne clairement les critères d'inclusion et d'exclusion des participant.e.s avec une exception concernant **l'étude n°5** (O'Campo, Kirst, Tsamis, Chambers & Ahmad, 2011) qui est une revue systématique et dont les critères de sélection sont décrits assez clairement.

Seules **les études n°3** (Lazenbatt, Taylor & Cree, 2009), **4** (Mezey, Taylor & Cree, 2003) et **7** (Torres-Vitolas, Bacchus & Aston, 2010) incluent des groupes de comparaison (sages-femmes hospitalières ou communautaires, infirmières et médecins). En revanche, pour **l'étude n°3** (Lazenbatt *et al.*, 2009), le groupe de comparaison est inhomogène avec une surreprésentation des sages-femmes hospitalières (80%) versus sages-femmes communautaires (20%). **L'étude n°4** (Mezey *et al.*, 2003) rend la lecture confuse en raison de la présentation des résultats (problème de forme) et requiert de se référer à une étude publiée en parallèle ; les échantillons de population apparaissent mais l'on se perd régulièrement et peine à comprendre l'analyse en détail. **L'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) quant à elle ne spécifie pas exactement la répartition des différents groupes interrogés (sages-femmes, médecins, infirmières), de sorte que l'on ne sait pas à qui attribuer les résultats.

Les taux d'abandon relevés sur l'ensemble des études sont faibles et sont mentionnés par les auteur.e.s. En revanche il n'est fait aucune mention du mode de traitement des abandons en cours d'étude. Dans **l'étude n°4** (Mezey *et al.*, 2003), on ne comprend pas clairement si les sages-femmes qui ont participé aux groupes de discussion et entrevues semi-dirigées étaient des sages-femmes hospitalières ou communautaires de sorte que les résultats sont difficilement compréhensibles. En effet, si ces deux populations ont bien suivi une formation obligatoire dans le cadre de leur activité professionnelle, leurs attitudes vis-à-vis du suivi des patientes est différente dans le sens où seules les sages-femmes communautaires devaient dépister les femmes en post-partum également.

L'étude n°1 (Baird, Salmon & White, 2013) est une étude de suivi à cinq ans de **l'étude n°6** (Salmon, 2006). Elle inclut cinquante-huit sages-femmes communautaires parmi lesquelles 73% (n=36) ont participé à **l'étude n°6** (Salmon, Murphy, Baird & Price, 2006). Ce pourcentage élevé permet d'assurer la solidité du suivi à cinq ans conduit au travers de cette étude. Onze sages-femmes parmi celles ayant participé à **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006) ont pris part également à deux groupes de discussion, selon un échantillonnage dirigé. Il est légitime de se demander pourquoi seul un échantillon dirigé a été choisi dans ce contexte et il aurait été intéressant que les trente-six sages-femmes puissent prendre part à ces groupes de discussion de sorte à pouvoir bénéficier d'un plus grand nombre de données qualitatives sur l'ensemble de la population concernée. Par ailleurs l'ensemble des sages-femmes sélectionnées a été recruté par le biais de leurs supérieur.e.s. Si l'on comprend bien que les sages-femmes qui avaient été contactées pour **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006) aient été contactées à nouveau pour **l'étude n°1** (Baird *et al.*, 2013), il n'est pas expliqué ce qui justifie le recrutement des autres sages-femmes et dans quel bassin de population elles ont été recrutées. L'étude mentionne que soixante-douze sages-femmes ont été invitées à prendre part à l'étude, les processus d'exclusion de certaines participantes sont définis mais on ne sait pas si l'ensemble des sages-femmes a été contacté au sein de l'institution ou s'il s'agit d'un échantillon choisi. **L'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006) en revanche décrit assez clairement les processus de recrutement et la taille de l'échantillon analysé paraît respectable (n=70) tenant compte du fait qu'il s'agit d'une étude de faisabilité.

Dans **l'étude n°2** (Finnbogadottir & Dykes, 2012) seize sages-femmes ont été recrutées par le biais d'un échantillonnage dirigé par réseautage et cooptation. La taille de l'échantillon paraît faible bien qu'il s'agisse d'une étude exploratoire mais cette dernière est rigoureusement conduite et les thématiques analysées sont corroborées par la littérature internationale fondée sur des données probantes. La pertinence de l'analyse

semble fiable. Cette étude est multicentrique et malgré la taille de l'échantillon il semble que les données culturelles et démographiques des régions d'activité des sages-femmes permettent une hétérogénéité appréciable, cependant non quantifiée et très brièvement qualifiée. L'étude ne présente pas de critères d'inclusion/exclusion clairs des participantes. Le lecteur relève par ailleurs que 50% (n=8) des sages-femmes recrutées (n=16) connaissent la première auteure et il est légitime de se demander dans quelle mesure les données collectées sont consciemment ou inconsciemment orientées et potentiellement biaisées. Ce point est contrebalancé dans ce cas, par une rigoureuse méthodologie analytique.

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) est multicentrique, le mode de recrutement est expliqué. Les auteur.e.s valident la puissance de leur échantillon sans pour autant l'expliquer. Les critères d'exclusion sont décrits. Seules 57% des sages-femmes éligibles ont pris part à l'étude ; on aurait pu attendre un taux de réponse plus élevé compte-tenu du fait que l'étude est ciblée « sage-femme ». On relève par ailleurs la surreprésentation des sages-femmes hospitalières (80%) versus sages-femmes communautaires⁸ (20%) sans trouver d'explication dans l'article sur ce point. Il aurait été intéressant de connaître le pourcentage de sages-femmes hospitalières versus communautaires sur l'ensemble de la population éligible.

Le mode de recrutement de **l'étude n°4** (Mezey *et al.*, 2003) est explicité dans une étude menée en parallèle (**l'étude n°4** concerne la perception des sages-femmes en matière de dépistage systématique des violences conjugales et l'étude parallèle concerne la perception des femmes vis-à-vis du dépistage systématique des violences conjugales en maternité). Comme mentionné plus haut, cette étude inclut des groupes de comparaison dont on peine à comprendre la répartition et le taux d'abandon en cours d'étude. Enfin, comme le relèvent les auteures, la mise en place de l'étude s'est révélée complexe en raison du travail des sages-femmes en tant que tel (contraintes horaires, tournus de personnel élevé, taux d'activité variés), par conséquent le recrutement et le déroulement initial de l'étude (premier moment de collecte des données) ont eu lieu sur une période de 8 mois. On peut se demander si la durée de l'étude n'a pas influencé les

⁸ Dans le système de santé établi au Royaume-Uni et en Irlande du Nord, les sages-femmes communautaires (community midwife) sont employées par l'hôpital (trust) mais travaillent en dehors de l'hôpital en prénatal et post-partum en général mais parfois également en intrapartum (en maison de naissance, à domicile ou en hôpital selon accord). La plupart des sages-femmes communautaires ont une relation suivie avec la parturiente puisqu'elles la suivent du pré- au post-natal. Elles sont donc plus à même de développer une relation de confiance à long terme. Les sages-femmes indépendantes sont rares au Royaume-Uni et Irlande du Nord. Elles travaillent par définition en totale indépendance.

réponses collectées. Par ailleurs, vingt-huit sages-femmes ont été incluses dans l'étude mais on ne sait pas combien d'entre elles sont hospitalières et combien sont communautaires.

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) est une revue systématique basée sur l'évaluation réaliste de vingt-trois articles retenus selon des critères de sélection définis clairement par les auteures. L'évaluation réaliste se définit dans cette étude par l'observation des conditions de mise en œuvre réussie d'un programme de dépistage des violences conjugales. Les articles ont été sélectionnés et validés pour leur qualité dans le cadre de cette revue systématique en regard de méthodologies reconnues par la littérature internationale fondée sur des données probantes.

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) repose sur une approche comparative (maternité 68% et santé sexuelle 45%) et dont la population elle-même aurait pu faire l'objet de comparaisons (208 médecins, sages-femmes et infirmières travaillant dans deux secteurs). Cette étude est intéressante puisqu'elle propose un groupe contrôle, en revanche la répartition médecins-infirmières-sages-femmes n'est pas établie et il aurait été important de pouvoir en prendre connaissance de sorte à peut-être pouvoir observer des résultats différents selon la fonction occupée par les uns et les autres.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) est monocentrique. **L'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) se déroule dans un même centre mais au sein de deux services qui sont comparés. **Les études n° 1** (Baird *et al.*, 2013), **2** (Finnbogadottir & Dykes, 2012), **3** (Lazenbatt *et al.*, 2009), **4** (Mezey *et al.*, 2003), **6** (Salmon *et al.*, 2006) **et 7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) se déroulent au sein de la même zone géographique, en l'occurrence en Suède (**n°2**), en Irlande du Nord pour (**n°3**) et au Royaume-Uni pour **les études n°1, 4, 6 et 7**. Les données démographiques n'étant par ailleurs pas toujours clairement explicitées, il n'est toujours possible d'imaginer le profil des participant.e.s et de poser un éventuel regard critique quant à la pertinence ou l'homogénéité de l'échantillon, pas plus que d'imaginer si les résultats de l'étude sont transposables dans un autre site/pays si l'on tient compte de l'aspect culturel et/ou institutionnel dont sont empreints les participant.e.s.

2. Méthodologie

Les études sélectionnées sont quantitatives (**n°3, 7**), qualitatives (**n°2, 4**), mixtes (**n°1 et 6**) ou systématique (**n°5**). Ces approches sont pertinentes dans le cadre de la

problématique des violences conjugales. La qualité des études qualitatives reste la plus délicate à juger mais toutes les études sélectionnées suivent une approche adéquate et fiable comprenant : un titre et des objectifs cohérents, une récolte des données détaillée, un codage explicite, des conclusions corroborées par la littérature internationale fondée sur des données probantes.

Les études pour lesquelles des questionnaires spécifiques ont été élaborés ont décrit les processus de validation des questionnaires de manière claire.

L'ensemble des études offre une description méthodologique claire sauf en ce qui concerne **l'étude n°4** (Mezey *et al.*, 2003) qui invite à se reporter à une étude conduite en parallèle ce qui rend l'approche moins aisée.

Aucune des études quantitatives ne mentionne comment ont été traitées les données manquantes (taux d'abandon, questionnaires incomplets).

Toutes les études expliquent les méthodes d'analyse utilisées et justifient les tests employés en fonction du type de l'étude.

Ces études semblent globalement fiables d'un point de vue méthodologique.

Bien que **l'étude n°1** (Baird *et al.*, 2013) et **n°6** (Salmon *et al.*, 2006) comportent une approche quantitative, elles présentent également une approche qualitative qui permet d'enrichir et d'élargir les conclusions des analyses quantitatives. Les données qualitatives de **l'étude n°1** (Baird *et al.*, 2013) ont été codées et analysées par deux personnes ce qui dilue les risques de biais (on note que dans **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006), trois personnes ont codé et analysé les données qualitatives). Les analyses de **l'étude n°1** (Baird *et al.*, 2013) ont été effectuées avec le support d'un logiciel d'aide à l'analyse de données qualitatives (NVivo 8). C'est la seule étude qualitative qui mentionne utiliser ce type de logiciel.

Les données quantitatives des **études n°1** (Baird *et al.*, 2013), **6** (Salmon *et al.*, 2006), **3** (Lazenbatt *et al.*, 2009) ont été analysées avec le support de logiciels statistiques validés. Il est intéressant de noter que dans **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006), les données quantitatives ont bénéficié d'une double-entrée, technique fréquemment employée afin de diluer les risques d'erreur à l'acquisition des données et d'assurer la qualité de la base de données.

Les études n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) et **n°4** (Mezey *et al.*, 2003) sont des analyses uniquement qualitatives. Leurs conclusions paraissent pertinentes en raison de la méthodologie employée et décrite plus haut.

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) utilise une approche inductive dans le cadre de groupes de discussion et passe par conséquent de l'observation à la généralisation. La méthodologie respecte l'approche inductive. Bien que cette étude repose sur une population faible (n=16), la rigueur de méthodologique en fait une bonne étude.

L'étude n°4 s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude de l'Economic and Social Research Council au Royaume-Uni ce qui assoit la méthodologie (et l'ensemble de l'étude par ailleurs).

La méthodologie, le fondement et la conduite de la revue systémique par « évaluation réaliste » sont expliqués clairement dans **l'étude n°5** (O'Campo *et al.*, 2011) et reposent sur la littérature internationale fondée sur les faits.

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) est purement quantitative, elle ne donne aucune précision quant à la méthodologie (mode d'acquisition des données ? utilisation d'un logiciel ?) mais explique clairement les inférences statistiques auxquelles elle a eu recours.

Les auteur.e.s sont tou.te.s légitimes et sont spécialisé.e.s dans les sujets qu'ils traitent.

3. Critères éthiques

Les exigences éthiques relatives à la mise en place d'une étude clinique diffèrent selon que l'étude est observationnelle ou interventionnelle. Par ailleurs, les exigences de notification et/ou approbation des comités éthiques et autorités compétentes diffèrent également d'un pays à l'autre.

Les articles sélectionnés dans le cadre de ce travail de Bachelor ayant été publiés dans des journaux revus par les pairs, présupposent du respect de l'éthique. Concrètement, toutes les études sur lesquelles portent les articles sélectionnés, ont bénéficié d'une approbation par un comité éthique quand cela était requis ou ont suivi les recommandations locales relatives à la bonne pratique dans le cadre de la conduite de projets de recherche et selon les exigences posées localement.

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) ne requérait pas d'approbation par un comité éthique mais les auteures ont suivi les recommandations locales en matière de recherche et ont, au-delà du requis, mis en place un dispositif de soutien aux participant.e.s, attestant ainsi de l'attention portée aux aspects éthiques de leur recherche. Cette étude est par ailleurs la seule qui indique que les données sont conservées dans un lieu sécurisé et qu'elles sont archivées en vue d'un audit ultérieur. Ce point répond exactement aux exigences émises par les Bonnes Pratiques Cliniques. On relève également que les participant.e.s ont retourné le questionnaire de l'étude et le consentement éclairé signé dans deux enveloppes séparées ce qui garantit la préservation de l'anonymat des données. On ne sait en revanche pas si le consentement a bien été signé avant que les participant.e.s ne remplissent le questionnaire (ce qui devrait être si l'on suit les Bonnes Pratiques Cliniques et les exigences en matière de recueil d'un consentement éclairé).

L'ensemble des études sélectionnées se sont déroulées après avoir informé les participant.e.s et leur avoir laissé un délai de réflexion et après recueil d'un consentement éclairé, ce qui respecte les principes éthiques en matière de recherche.

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) ne mentionne en revanche ni l'information donnée aux participant.e.s ni le recueil d'un consentement. Comme précisé auparavant, cette étude s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude de l'Economic and Social Research Council au Royaume-Uni ce qui assoit sa sécurité éthique a priori. Par ailleurs l'étude a été validée par un comité éthique et laisse présupposer de la bonne pratique éthique au travers de celle-ci.

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) n'est concernée ni par l'information aux participant.e.s, ni par le recueil d'un consentement éclairé puisque c'est une revue systématique.

Comme mentionné plus haut, **l'étude n°3** (Lazenbatt *et al.*, 2009) a mis en place un dispositif de soutien aux participant.e.s au travers d'une ligne téléphonique 24h/24 en raison du caractère sensible de la thématique et de la prévalence des violences domestiques. **L'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006) dans le cadre du « Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme » met également à disposition des sages-femmes un support 24h/24 par le biais d'un « Network of Midwifery Supervisors ». Il ne s'agit pas d'une initiative proposée par les auteures mais de l'application du programme sur lequel porte l'étude. On pourrait ici s'interroger sur la préservation de la confidentialité et de

l'anonymat des sages-femmes faisant appel à ce réseau mais fondamentalement, elles ne semblent pas mises en péril (on ne sait pas quelle participante a rempli quel questionnaire).

Les études n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012), **4** (Mezey *et al.*, 2003) et **7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) ne sont pas très explicites quant aux respects des normes éthiques. Au-delà des processus d'information aux participant.e.s et des recueils de consentements éclairés, il n'est pas précisé que la participation aux études reste volontaire dans le respect de l'anonymat et du traitement confidentiel des données. A nouveau, tenant compte du fait que des approbations éthiques ont été obtenues, le lecteur doit pouvoir se rassurer du respect des principes précités.

Enfin on remarque que **l'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) mentionne avoir été approuvée par un comité éthique et précise que les participant.e.s à l'étude ont renvoyé un consentement éclairé et le questionnaire de l'étude rempli dans une enveloppe. En principe il n'est pas acceptable de procéder de la sorte. Un consentement éclairé doit être recueilli avant le début de l'étude, dans ce cas il pourrait être reproché aux auteures d'avoir collecté les consentements a posteriori. Par ailleurs la participation à une étude se devant notamment de garantir l'anonymat, le questionnaire ne devrait pas être retourné avec le consentement qui n'est pas anonyme.

4. Résultats

Les résultats **des études n°1** (Baird *et al.*, 2013) et **6** (Salmon *et al.*, 2006) qui sont partiellement quantitatifs, auraient pu être présentés sous forme de tableau pour des questions de lisibilité et de compréhension.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) présente un tableau précédé de données détaillées qui rendent confuse la compréhension et qui font appel aux données de **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006), ceci n'est pourtant pas clairement expliqué et peut rendre dubitative la personne qui n'a pas pris connaissance de cette étude. Certains résultats avancés dans **l'étude n°1** laissent clairement sous-entendre qu'ils font référence aux résultats publiés dans l'étude n°6, pourtant **l'étude n°6** n'en fait pas nécessairement mention. Par ailleurs, **l'étude n°6** (Salmon *et al.*, 2006) est une étude de faisabilité et même si les résultats communiqués au travers de l'étude de suivi à cinq ans sont intéressants, il paraît étonnant d'avoir conduit une étude de suivi reposant sur une étude de faisabilité.

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) énonce dans ses forces avoir demandé à une participante de relire les résultats de l'étude après analyse. Les méthodologies qui selon la littérature internationale fondée sur des données probantes, permettent de valider ou considérer comme pertinentes les analyses de données issues d'études qualitatives préconisent en effet la relecture des résultats par les participantes assurant ainsi que les données n'ont pas été mal interprétées. Ici, seule une participante a relu l'ensemble des analyses et il n'est malheureusement pas décrit par quel processus elle a été choisie.

Dans **l'étude n°3** (Lazenbatt *et al.*, 2009), il aurait été intéressant de recueillir le point de vue des sages-femmes indépendantes qui de par leurs fonctions, ne sont pas liées à l'hôpital. Il aurait également été intéressant d'avoir un aperçu des données relatives aux patientes. On peut effectivement s'attendre à ce que les patientes suivies par des sages-femmes hospitalières ou communautaires aient des profils démographiques différents qui impactent ou non les rôles des sages-femmes. Enfin il aurait été intéressant d'avoir la proportion de sages-femmes hospitalières versus communautaires dans la population sage-femme en général au Royaume-Uni et en Irlande du Nord. Cette étude présente des résultats qui vont dans le sens de la littérature internationale fondée sur des données probantes mais il apparaît clairement que le fait qu'elle se soit déroulée en Irlande du Nord uniquement impose une limite dans la possible généralisation des données à d'autres pays de par le fonctionnement du système de santé d'une part et de par la population sage-femme et patiente d'autre part. Cette remarque concernant la localisation des études et la généralisation de leurs conclusions s'applique à l'ensemble des études et sera abordée par la suite.

On relève également dans les résultats de **l'étude n°3** (Lazenbatt *et al.*, 2009) un pourcentage important de sages-femmes communautaires (73%) qui dit avoir fréquemment ou toujours l'occasion de parler seule à seule avec les patientes, tandis que les sages-femmes hospitalières sont moins nombreuses (32%) à être en mesure de parler en privé avec les femmes ($p=0.001$) (p. 629). Ce résultat est limité par le fait que les raisons d'une telle différence ou les stratégies mises en œuvre pouvant les expliquer ne sont pas explicitées.

Les résultats analysés au travers des groupes de comparaison n'ont pas fait l'objet d'analyses exhaustives de la part des auteur.e.s sauf dans **l'étude n°3** (Lazenbatt *et al.*, 2009). Il aurait cependant été légitime de se demander si les résultats observés sont le fait de la différence de fonction des participant.e.s ou si d'autres facteurs influent ces

résultats. **L'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) indique par exemple que les jeunes sages-femmes se sentent moins compétentes pour dépister les violences conjugales, s'agit-il là d'un effet lié à leur manque d'expérience professionnelle ou personnelle ?

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) est souvent citée dans les bibliographies des études portant sur la problématique des violences conjugales (indice de citation selon Web of Science de 22, et de 68 selon Google Scholar). La reconnaissance par les pairs du contenu d'un article (et donc sa citation) est un bon indicateur de pertinence avec quelques bémols toutefois : les indices de citation comprennent aussi les autocitations de complaisance et également les autocitations par défaut (si le groupe de travail est effectivement à l'origine de concepts initialement novateurs) mais encore les citations en raison de la piètre qualité des résultats. En ce qui concerne **l'étude n°4** (Mezey *et al.*, 2003), les auteures sont reconnues dans la thématique des violences conjugales et leurs travaux sont régulièrement repris. Il semble acceptable de valider le contenu des résultats. Par ailleurs cette étude relève que les groupes de discussion semblent se présenter comme un soutien important pour les sages-femmes mais a contrario on peut se demander dans quelle mesure ils ne constituent pas un frein à la libération de la parole. Cette remarque est généralisable pour l'ensemble des études qualitatives sélectionnées ici.

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) aborde la façon dont la mise en œuvre d'un programme de dépistage systématique est efficace en ne tenant compte que d'un seul critère d'efficacité, en l'occurrence, l'augmentation du taux de divulgation des victimes. L'approche méthodologique de type « évaluation réaliste » soulève, comme le note les auteures, des limites et des biais par définition. Les résultats apportés par cet article restent néanmoins très pertinents si l'on s'en tient au cadre strict de l'étude.

Sur l'ensemble des articles, la durée de conduite des études n'étant pas toujours spécifiée, il n'est pas possible de savoir si les résultats observés représentent l'image d'un moment précis ou si la collecte des données diluée sur le temps a pu en impacter le contenu.

Dans **l'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) les résultats ne sont pas présentés par corps professionnel mais par secteur d'activité. Toutefois, un indicateur invite à se demander si ce sont les sages-femmes qui font que le groupe maternité obtient un meilleur score. En effet, si les médecins sont présents dans les deux groupes – maternité et santé sexuelle – les sages-femmes et les infirmières représentent la variante entre les

deux. Or la littérature atteste en général d'une sensibilisation insuffisante des médecins vis-à-vis de la violence conjugale. Sans pouvoir généraliser, il est toutefois légitime de se demander si ce sont les sages-femmes qui font que le groupe maternité obtient des scores plus élevés que les professionnel.le.s en santé sexuelle. Par ailleurs cette étude aurait dû faire l'objet d'un suivi à six mois et qui n'a pas pu être conduit en raison du taux élevé d'abandon des participant.e.s. Sachant que les professionnel.le.s ont rempli un questionnaire avant de suivre une journée de formation dédiée aux violences conjugales et à leur prise en charge, il aurait été intéressant après six mois de mesurer un éventuel impact de la formation en tenant compte de leurs besoins initiaux et de voir si une formation similaire dispensée à des groupes dont les besoins diffèrent, porte ses fruits ou s'il y a nécessité à adapter la formation précisément au public-cible.

Les études quantitatives reposent sur la base de questionnaires dans lesquelles les sages-femmes autoévaluent leur pratique, perception, besoins. Il n'est mentionné dans aucune étude l'existence de documents source. S'agissant d'autoévaluations, cela tombe sous le sens. Le doute subsiste cependant quant à la qualité des autoévaluations. La méthodologie concernant l'élaboration des questionnaires (rédaction, formulation, utilisation d'instruments de mesures validés, présentation de questionnaires-pilote, tests de cohérence,...) rassure, cependant la pertinence des réponses peut laisser douter de la qualité des contenus. Toutefois en contrepartie, les résultats obtenus au travers des études sélectionnées ont tous été discutés par les auteur.e.s, en s'appuyant sur la littérature internationale fondée sur des données probantes.

Les études sélectionnées se déroulent en environnement anglophone, qu'il s'agisse du Royaume-Uni, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande ou des Etats-Unis au sein des services de maternité (service prénatal, post-partum). Cinq des sept études sélectionnées se déroulent en maternité, **l'étude n°7** (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) se déroule en maternité et en santé mentale, enfin **l'étude n°5** (O'Campo *et al.*, 2011) repose sur des études abordant les services de maternité mais également de santé sexuelle, urgences, soins intensifs, pédiatrie, centres de soins communautaires, centres de toxicodépendance, planning familial, santé mentale ou traumatologie. Cinq études se déroulent au Royaume-Uni (et Irlande du Nord), **l'étude n°2** (Finnbogadottir & Dykes, 2012) se déroule en Suède, **l'étude n°5** (O'Campo *et al.*, 2011) au Royaume-Uni, Canada, en Australie, Nouvelle-Zélande ou aux Etats-Unis. Les études sélectionnées se déroulent dans des pays industrialisés selon les critères de sélection établis. Les participant.e.s sont tou.te.s des professionnel.le.s de santé, majoritairement des sages-femmes hospitalières et communautaires. Il aurait été intéressant de trouver des études

pertinentes portant sur les sages-femmes indépendantes, bien que les fonctions des sages-femmes communautaires s'approchent des fonctions des sages-femmes indépendantes telles qu'elles sont perçues en Suisse.

Les articles sélectionnés se recourent en terme d'analyse et les résultats présentés rejoignent les résultats d'autres études publiées dans la littérature internationale basée sur les faits. Il semble pertinent d'utiliser ces articles afin d'étayer la problématique soulevée dans le cadre de ce travail de Bachelor. Cependant, l'ensemble de ces études se déroulant dans un environnement aux teintes culturelles et institutionnelles spécifiques et au vu des remarques liées aux échantillons de population et à la spécificité du sujet (qui comporte des composantes politiques et culturelles), il est peu probable qu'une généralisation des résultats puisse être transposée dans d'autres pays sans passer par la conduite d'études supplémentaires. Il est en revanche intéressant de réfléchir au fait que de par leur complexité, les violences conjugales et leur prise en charge sont importantes à considérer dans le contexte qui leur est propre et par conséquent, au sein d'une même communauté.

C. Les différentes thématiques abordées dans les études

1. Représentations et perceptions des sages-femmes autour des violences conjugales et du dépistage systématique, et conséquences de la pratique du dépistage sur les sages-femmes

a) *Connaissances et sensibilisation des sages-femmes autour de la thématique des violences conjugales*

Cinq des sept études retenues ont étudié le niveau de connaissance et de formation des professionnel.le.s de santé relatif à la violence conjugale. Toutes démontrent que les professionnel.le.s interrogé.e.s ont une connaissance relative mais insuffisante de la thématique et qu'une formation sur le sujet leur fait défaut.

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012), qualitative, menée sur seize sages-femmes communautaires, a étudié le degré de sensibilité et l'expérience clinique des sages-femmes vis-à-vis de la violence conjugale au prénatal dans le sud de la Suède. Cette étude montre que les sages-femmes n'ont aucune expérience pratique de la violence conjugale mais sont toutefois au fait de certains aspects théoriques. Ceux-ci concernent tout d'abord le comportement type des auteurs de violence conjugale : les sages-

femmes estiment que dans le cadre des consultations, elles imaginent un conjoint auteur de violence contre sa femme comme pouvant être à la fois « charmant », « contrôlant » et/ou « agressif » (p.183).

Les sages-femmes parlent également du comportement type des victimes de violences conjugales : elles les imaginent « en détresse psychologique avec une basse estime de soi », « vivant dans la peur », se pensant dans une situation unique (p.183).

Les sages-femmes sont au fait des conséquences de la violence conjugale : elles citent la prématurité, les IVG contraints, des problèmes de santé aigus et/ou chroniques, la dépression et des idées suicidaires. Elles évoquent notamment l'impact du stress engendré par un contexte de violences conjugales comme étant responsable de retards de croissance intra-utérins, ainsi que la présence de signes non spécifiques liés à ce type d'abus comme des douleurs abdominales ou un mal de dos (p.183).

Les sages-femmes ont également notion de la grossesse comme facteur déclenchant des violences conjugales, mais peuvent également la percevoir comme un facteur protecteur contre les abus physiques graves.

Enfin, elles identifient quatre catégories de femmes particulièrement à risque d'être victime de violence conjugale : les immigrées, les toxicomanes, les jeunes femmes et les femmes mentalement déficientes, ces groupes vulnérables étant également identifiés comme tel par la littérature.

Pour autant, les sages-femmes se disent être incertaines quant à la validité de leur savoir, et aucune d'entre elles ne peut attester d'avoir reçu une formation concernant la violence conjugale durant la grossesse (p. 185). La validité de ces résultats reste limitée par la petite taille de l'échantillon (seize sages-femmes interrogées), par le type d'étude (qualitative) et d'autres biais mentionnés dans le tableau ci-dessus. Toutefois, il n'en demeure pas moins que l'étude a permis de faire émerger des perceptions, pensées et ressentis autour de ce sujet particulier et que ces résultats sont corroborés par ceux d'autres études.

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009), quantitative, menée sur 488 sages-femmes (80% hospitalières et 20% communautaires) en Irlande du Nord, compare et évalue la manière dont les sages-femmes hospitalières versus communautaires répondent aux violences conjugales. Cette étude propose d'évaluer la connaissance du taux de prévalence des violences conjugales par les sages-femmes participant à l'étude. Partant d'une statistique établie par Bacchus *et al.* en 2002 d'une femme sur quatre (1/4) victime de violence conjugale au cours de sa vie, les sages-femmes ont une série de réponses possibles correspondant à 1/3, 1/4 1/8, 1/10, 1/25 et 1/100. Il ressort des résultats que un tiers des sages-femmes interrogées ont une idée réaliste de la prévalence des

violences conjugales (c'est-à-dire estimant que le taux de prévalence de la violence conjugale concerne une femme sur trois ou une femme sur quatre), les deux tiers restant sous-estimant largement l'ampleur du phénomène (pp. 626-627). Il est intéressant de noter que parmi ces 66% de sages-femmes sous-estimant la prévalence des violences conjugales, les sages-femmes hospitalières sont sur-représentées soit 69% - comparées aux sages-femmes communautaires, soit 54% ($p = 0.01$). À noter toutefois que même si ce biais est corrigé par les inférences statistiques, les sages-femmes hospitalières sont sur-représentées de manière générale au sein de cette étude, constituant 80% de la cohorte. Ce résultat demeure toutefois intéressant parce qu'il est mis en lien avec le type d'environnement professionnel – hospitalier ou communautaire dans lequel les sages-femmes interrogées évoluent.

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003), qualitative et monocentrique, conduite auprès de vingt-huit sages-femmes au Royaume-Uni et qui étudie les perceptions et expériences des sages-femmes en matière de dépistage des violences conjugales, montre qu'avant formation, les sages-femmes avaient tendance à penser la grossesse comme étant un facteur protecteur contre la violence conjugale.

Aucune des vingt-huit sages-femmes participant à l'étude n'avait reçu une formation ni même d'information quant à la thématique des violences conjugales durant leurs études de sages-femmes ou leur expérience professionnelle.

Durant la formation proposée dans le cadre de l'étude, beaucoup d'entre elles ont indiqué être choquées par la prévalence et la gravité de la réalité des violences conjugales (p. 745).

La formation reçue a permis d'engendrer un changement de regard des sages-femmes sur les victimes, leur permettant de considérer ces dernières avec plus d'empathie, moins de jugement et de stigmatisation, et de déplacer la responsabilité du contexte de violence conjugale sur l'auteur de violence (p. 749).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) est une étude, qualitative, quantitative et interventionnelle conduite dans le sud-ouest de l'Angleterre auprès de 79 sages-femmes (dont 70 ont complété l'étude), qui explore l'efficacité combinée d'une formation dédiée et d'un soutien continu dans le cadre de la mise en œuvre réussie d'un dépistage systématique au sein d'une maternité (le Bristol Pregnancy Domestic Violence Programme). Elle témoigne d'une certaine forme de sensibilisation des sages-femmes à la thématique des violences conjugales avant formation. Pour évaluer leur niveau de connaissance du sujet, des questions à choix multiple portant sur les taux de prévalence et de divulgation, les facteurs de risque et les effets de la violence ont été corrélées à un

score de 1 pour une bonne réponse et de 0 pour une réponse incorrecte. Sur un total de 12 points, correspondant à une excellente connaissance du sujet, les sages-femmes obtiennent un score de 7.2 avant formation (ce score passe à 10.4 en post-formation, $p < 0.001$) (p. 11).

Un autre résultat basé sur un questionnaire codé par une échelle de Likert à 5 niveaux (allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ») montre que les sages-femmes estiment dans leur majorité que les femmes ne sont pas responsables des violences dont elles sont victimes dans le foyer avec un résultat de 1.9 sur 5.

Un autre résultat de 3.6 sur 5 portant sur l'acceptabilité de la violence conjugale par certaines cultures montre que les sages-femmes estiment dans leur majorité que la violence conjugale est un phénomène accepté par certains groupes ethniques (p. 11).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010), quantitative, conduite sur 208 médecins, infirmières et sages-femmes des services de maternité et santé sexuelle à Londres, s'attache à comparer les besoins de formation relatifs au dépistage systématique entre les professionnel.le.s de maternité et de santé sexuelle dans un hôpital universitaire de Londres. Elle montre que 39.9% des participant.e.s à l'étude avaient une formation antérieure sur les violences conjugales. Parmi ces personnes antérieurement formées, 97.6% (n=81) ont reçu de l'information sur les définitions et la prévalence des violences conjugales, 85.5% (n=71) sur les facteurs de risque associés aux violences conjugales, 84.3% (n=70) sur les conséquences en terme de santé et 72.3% (n=60) sur des thèmes reliés à la protection de l'enfant. Le dépistage a été quant à lui abordé par 50.6% (n=42) des personnes préalablement formées aux violences conjugales (p. 475).

Dans le cadre de cette étude, l'ensemble des participant.e.s a été interrogé par le biais de questionnaires vrai/faux sur leur degré de connaissance générale de la thématique des violences conjugales, attribuant un point par réponse juste. Les questions portaient sur le taux de prévalence, le profil type des familles concernées par la violence conjugale, l'incidence des violences conjugales durant la grossesse, l'adhésion des femmes au dépistage des violence conjugales par les professionnel.le.s de santé, les conséquences médicales des violences conjugales et les signes pouvant faire suspecter des situations d'abus. Les résultats montrent que les professionnel.le.s de maternité – médecins et sages-femmes – semblent être significativement plus au fait sur la violence conjugale que les professionnel.le.s en santé sexuelle – médecins et d'infirmière ($p < 0.01$). Ce résultat ne permet toutefois pas de mettre en évidence la sensibilisation spécifique des sages-femmes comparées à celle des médecins et des infirmières.

L'étude montre aussi que les personnes ayant antérieurement bénéficié d'une formation sur les violences conjugales ont une meilleure connaissance de la thématique ($p < 0.01$).

Un autre résultat de cette étude met en évidence que l'ensemble des professionnel.le.s interrogé exprime une attitude positive, bienveillante, non stigmatisante envers les femmes victimes de violence conjugale, sans que l'existence d'une formation préalable ne modifie cette attitude par rapport à l'absence de formation (p. 475).

b) Perceptions par les sages-femmes des buts du dépistage, de leur rôle clé dans le dépistage et de leur compétence à dépister

Six des sept études retenues étudient le but que les sages-femmes attribuent au dépistage, le rôle qu'elles pensent avoir à jouer dans ce dépistage et leur regard sur leur compétence à dépister.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013), quantitative et qualitative, de 58 sages-femmes communautaires est une étude de suivi (conduite en 2010) dans le sud-ouest de l'Angleterre qui identifie si les outils mis en place dans le cadre du programme de dépistage systématique des violences conjugales en maternité (Bristol Pregnancy Domestic Violence Programme), soutiennent toujours au même titre les professionnel.le.s que lorsqu'ils ont été mis en place cinq ans auparavant (en 2005). Elle montre que du fait de la relation de confiance existant entre la sage-femme et la patiente, les sages-femmes estiment être en première position pour se livrer au dépistage de vécu de violence conjugale.

Les sages-femmes estiment que le lien de confiance qui se développe au cours des consultations prénatales et postnatales offre aux sages-femmes l'opportunité de permettre aux femmes de se sentir suffisamment sécurisées dans la relation pour divulguer des cas d'abus conjugal.

Elles estiment en outre que le dépistage bien que souvent conduit dès la première consultation devrait être reconduit durant la grossesse lorsque le lien de confiance est solidement établi, et identifient le sixième mois comme un moment propice pour reposer la question d'un vécu de violence conjugale (p. 1009).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) démontre que les sages-femmes considèrent que le fait de ne pas pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales revient à manquer à leur devoir de protection non seulement envers la future mère mais également envers l'enfant à venir. Elles s'accordent aussi sur le fait qu'en dépit des obstacles soulevés à la pratique du dépistage (présence du partenaire, manque de temps), le besoin d'identifier les victimes de violence conjugale est une responsabilité importante et incontournable de leur travail (p. 188). Les sages-femmes de l'étude estiment en outre que le dépistage est un moyen de « créer une ouverture »

(p. 188), offrir un espace de parole que les femmes sont libres ou non de prendre, et considèrent avoir un rôle fondamental à jouer dans ce sens (p. 187).

Les sages-femmes se sentent toutefois incompetentes à protéger la mère et l'enfant dans des situations de violence conjugale (p. 187) et attribuent ce faible sentiment de compétence à leur manque de connaissance et de soutien institutionnel (p. 188). Elles notent qu'il est plus facile pour elles de ne pas questionner les femmes sur un possible vécu de violence conjugale dans la mesure où leurs conditions de travail ne leur permettent pas de gérer les conséquences d'une divulgation (p. 185). Elles réclament des lignes directrices ainsi que des plans d'action réalistes et coordonnés émanant de l'institution qui les emploie, afin de les soutenir dans la pratique du dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugales (p. 188).

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) montre que 92.1% des sages-femmes hospitalières et 92.6% des sages-femmes communautaires interrogées estiment qu'elles ont un rôle déterminant à jouer dans le dépistage de la violence conjugale. En outre, 55.3% de l'ensemble des sages-femmes interrogées sont significativement en faveur du dépistage systématique des violences conjugales chez les femmes enceintes ($p = 0.25$), cette proportion se retrouvant à la fois parmi 52.1% des sages-femmes hospitalières et 55.3% des sages-femmes communautaires (p. 626).

65% des sages-femmes hospitalières et 44% des sages-femmes communautaires estiment qu'il est opportun de débiter le dépistage dès la première consultation prénatale ($p < 0.001$). Les sages-femmes communautaires (29%, $p = 0.037$) sont en plus grand nombre que les hospitalières en faveur d'un dépistage effectué au-delà de la seizième semaine de grossesse, dans un but de prendre le temps au préalable de tisser un lien de confiance avec les patientes (2009, pp. 627 et 632).

La grande majorité des sages-femmes interrogées – 73% des sages-hospitalières et 85% des sages-femmes communautaires – se sent incompetente dans la pratique du dépistage des violences conjugales (p.627). Elles ne sont que 38% de la cohorte à dire pratiquer le dépistage des violences conjugales, dont 22% de sages-femmes hospitalières ($p < 0.001$).

Selon les résultats de l'étude, le manque de confiance, de connaissance et de formation sur la thématique des violences conjugales et du dépistage en périnatalité explique pourquoi les sages-femmes ne pratiquent pas le dépistage systématique en dépit de leur adhésion à la pratique et leur reconnaissance que cela entre dans leur champ de compétence et de responsabilité (2009, p. 633).

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) montre que les sages-femmes ne donnent pas toutes le même sens au dépistage : si certaines d'entre elles jugent le dépistage efficace dans la mesure où il permet à la victime de sortir d'une relation abusive, d'autres lui attribuent une efficacité dans le fait qu'il crée une opportunité de libérer la parole, de valider l'expérience de vécu de violence des victimes par une écoute bienveillante et non-jugeante, offre la possibilité de distribuer du matériel d'information sur les services d'aide et permet de témoigner du respect par rapport au choix des victimes de rentrer en matière ou non (p. 748). Les résultats de cette étude nécessitent d'être confrontés à d'autres études de ce genre puisque l'échantillon de sages-femmes participantes n'est quantitativement pas représentatif (vingt-huit sages-femmes) et qu'il s'agit d'une étude qualitative.

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) est une revue systématique portant sur vingt-trois articles et qui s'intéresse par le biais d'une évaluation réaliste à déterminer pourquoi et comment le dépistage systématique des violences conjugales est un succès ou un échec dans les soins en santé. L'étude révèle que les professionnel.le.s de santé se sentent incompetent.e.s à poser les bonnes questions lors d'un dépistage et réagir en cas de divulgation d'un cas de violence conjugale, limites qui sapent leur confiance à pratiquer le dépistage systématique (p. 861).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) introduit des précisions sociodémographiques influençant l'habilité des sages-femmes à dépister en notant que l'âge influe sur le positionnement des professionnel.le.s de santé, les jeunes se disant moins compétentes au dépistage que leurs collègues plus âgé.e.s.

Cette étude identifie que la moitié (50.6%) des personnes de l'étude ayant préalablement bénéficié d'une formation antérieure (soit 39.9% des participant.e.s à l'étude) a abordé la question du dépistage systématique dans le cadre de leur formation antérieure (p. 475).

c) L'impact du dépistage des violences conjugales sur les sages-femmes

Six des sept études retenues évoquent les possibles effets de la pratique du dépistage des violences conjugales sur les sages-femmes et mettent en avant le fait que cette dimension de leur pratique ne les laisse pas forcément indemnes, pour plusieurs raisons.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) montre que les sages-femmes jugent qu'il demeure émotionnellement difficile pour elles de traiter les cas de divulgation. Elles expriment des sentiments d'anxiété face à la nécessité de répondre de manière adéquate aux femmes

révélant leur situation suite au dépistage, anxiété liée en partie au manque de temps mais également à leur capacité propre à faire face aux situations auxquelles elles sont confrontées. Tout en reconnaissant que le choix appartient uniquement aux victimes, certains cas génèrent beaucoup de frustrations chez les sages-femmes, notamment lorsque la victime décide de rester aux côtés du conjoint violent.

Les sages-femmes évoquent également le fardeau émotionnel que le dépistage ajoute à leur charge de travail quotidienne. Elles disent trouver des espaces de soutien au travers d'échanges avec leur pairs ainsi qu'avec leur famille, mais confient demeurer troublées par le devenir des femmes vivant des contextes d'abus conjugal même lorsqu'elles utilisent leur stratégies de soutien cités plus haut.

Bien que formées, un certain nombre de sages-femmes de l'étude révèlent être choquées par le taux de prévalence de violence conjugale et disent éprouver des sentiments de détresse lorsqu'elles écoutent les femmes leur raconter leur histoire d'abus (Baird *et al.*, 2013, p. 1008).

Enfin, 78.6% des sages-femmes interrogées estiment que le fait d'avoir été ou d'être soi-même directement concerné.e.s par un vécu de violence conjugale ne constitue pas une entrave au dépistage (p. 1007).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) montre que les sages-femmes estiment que le dépistage de la violence conjugale demande qu'elles soient prêtes à passer outre leur propres limites émotionnelles afin d'oser questionner les femmes sur un tel sujet sensible et lourd de conséquences en cas de divulgation.

Les sages-femmes parlent également de leur peur à dénoncer les situations de violence par crainte de représailles de l'auteur de violence non seulement envers elles-mêmes mais également contre la victime, et révèle pouvoir être « terrifiée » à l'idée d'être menacées (p.184).

L'étude révèle également que les sages-femmes se sentent frustrées, inadéquates, en colère et tristes lorsqu'elles sont confrontées à des situations de violence conjugales avérées. Elles attribuent ce malaise au manque de soutien, de lignes directrice et de protocoles chapotant leur pratique du dépistage au niveau institutionnel (p. 186).

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) a mis en place pour les sages-femmes participantes un mécanisme de soutien psycho-émotionnel disponible 24h sur 24 au travers d'une ligne téléphonique (helpline), non seulement en raison du caractère sensible de la thématique mais également pour garantir un soutien aux sages-femmes personnellement concernées par un vécu passé ou présent de violence conjugale. Les auteur.e.s estiment en effet qu'en raison du taux de prévalence élevé de ce type de

violence, le risque statistique de recruter dans l'échantillon des sages-femmes directement concernées était significativement fort (p. 625).

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) révèle que les sages-femmes se sentent impuissantes à offrir une prise en charge de qualité aux victimes de violence conjugale alors même qu'elles estiment en avoir la responsabilité (p. 748).

Les auteures soulèvent également le fait que l'impact émotionnel de leur étude sur les sages-femmes participantes était considérable, mettant en valeur des besoins de soutien institutionnel permettant de partager leur vécu tant au niveau des difficultés pratiques que personnelles et émotionnelles. A ce titre, les auteures notent que les groupes de discussion prévus pour effectuer leur recherche qualitative se sont avérés être une ressource psychologique précieuse pour les sages-femmes participantes et révèlent qu'une cinquantaine d'entretiens supplémentaires ont été demandés par les sages-femmes participant à l'étude afin d'obtenir du soutien de la part des personnes responsables de l'étude (p. 749).

Enfin, durant l'étude, beaucoup de sages-femmes ont fait part de leur propre vécu de violence conjugale. Certaines d'entre elles ont révélé ressentir beaucoup d'appréhension à intégrer le dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique, se sentant « submergées » (overwhelmed) par l'idée de tenter d'aider d'autres victimes lorsqu'elles-mêmes n'y étaient pas parvenues (p. 748). Pour d'autres, l'étude a réactivé une mémoire et des sentiments liés à un vécu personnel de violence conjugale. De nombreuses sages-femmes ont révélé leur histoire pour la première fois à l'occasion des groupes de discussion mis en place pour l'étude (p. 748).

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) conclut que peu d'études s'attèlent à étudier les conséquences potentiellement néfastes du dépistage, tant pour les victimes que pour les professionnel.le.s de santé le pratiquant. L'étude cite néanmoins quelques effets négatifs à l'encontre des victimes liés au dépistage : une détresse post-témoignage due à la libération de la parole, la peur de représailles, un sentiment de culpabilité, des craintes quant aux retentissements sur la famille, l'entourage social et le conjoint auteur de violence (p.864). L'étude informe également que tandis que certaines études récentes n'ont pas mis à jour d'effets néfastes du dépistage, d'autres ont mis en exergue certaines conséquences impliquant directement les professionnel.le.s de santé dans leur pratique du dépistage : stigmatisation des victimes, perte de confiance des victimes vis-à-vis de la capacité de la personne soignante à garder l'information confidentielle (p. 864).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) ne permet pas de faire de différence entre l'impact émotionnel généré par le dépistage des violences conjugales et l'impact engendré par les contraintes et limitations pratiques et/ou logistiques et/ou institutionnelles rencontrées par les sages-femmes dans leur pratique du dépistage. Toutefois, lorsqu'invitées à s'exprimer sur la qualité du soutien qui pourrait leur être fourni, les sages-femmes l'ont décrit comme devant être sensible (sensitive), confidentiel, continu (on-going), cohérent (consistent) et non jugeant (p. 13). En outre, tout comme dans le cadre de **l'étude n°3**, un soutien disponible 24h sur 24 à l'attention des sages-femmes participant à l'étude est mis en place au travers d'un réseau nommé « the Network of Midwifery Supervisors » (p. 9).

2. Les barrières au dépistage

a) *La crainte d'entamer la relation de confiance avec les femmes*

Cinq des sept études retenues évoquent la crainte que les sages-femmes ont de mettre en péril la relation de confiance qu'elles tissent avec les patientes et son retentissement sur leur pratique du dépistage.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) montre que pour 55.4% des sages-femmes interrogées la crainte d'entacher la relation de confiance avec les femmes qu'elles questionnent ne constitue plus une barrière justifiant le fait de ne pas pratiquer le dépistage. Elles sont en outre 30.4% à estimer que cette crainte ne représente pas une entrave sévère (Baird *et al.*, 2013, p. 1007).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) a pu mettre à jour que les sages-femmes redoutent qu'interroger les femmes sur un potentiel vécu de violence conjugale soit mal perçu par les patientes. Cette peur est expliquée par le fait qu'elles se sentent particulièrement investies dans, et responsables de la construction d'un lien de confiance avec les femmes. Le terme « insultant » revient à plusieurs reprises pour qualifier la façon dont les femmes pourraient interpréter le fait d'investiguer un tel sujet. Une des sages-femmes de l'étude note toutefois que tout dépend de comment la question est posée, la manière directe (« votre mari vous bat-il ») lui semblant incongrue et propice à miner la relation de confiance (p. 184).

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) montre au travers du témoignage d'une sage-femme présente, une distinction quant au risque d'entacher la relation de confiance entre un dépistage effectué dans un centre de santé (hôpital, clinique...) et au domicile de la

patiente : effectuer un dépistage au sein d'une institution de soin lui apparaît ainsi légitime et acceptable dans la mesure où il s'agit du « territoire » de la sage-femme. Au contraire, elle se perçoit au domicile des patientes comme une « invitée » et estime qu'il serait déplacé de poser des questions d'une nature aussi personnelle et sensible (p. 747).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) montre que la peur d'entacher la relation de confiance avec les femmes est perçue comme le premier obstacle au dépistage par les sages-femmes interrogées y compris après formation. A noter qu'aucune explication basée sur une quelconque expérience dans ce sens n'est apportée pour expliquer la persistance de cette crainte (p. 12).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010), montre que bien que le personnel de maternité soit supposé être dans une position idéale pour identifier et soutenir les femmes victimes de violences conjugales (de par le temps considérable passé avec les femmes et les opportunités d'établir des liens de confiance solides), ces professionnel.le.s trouvent difficile d'engager la discussion sur ce sujet sensible par peur d'entacher le processus complexe de création du lien de confiance entre une sage-femme et une femme, lien qui se construit sur le long terme et qui n'est pas forcément implicite contrairement aux idées reçues (p. 476).

b) Présence du conjoint

La présence du conjoint, est identifiée dans six études sur sept études comme étant l'obstacle majeur au dépistage.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) montre que pour 95% des sages-femmes interrogées la présence du conjoint lors des consultations prénatales continue de représenter l'entrave majeure au dépistage contrairement à d'autres obstacles identifiés en pré-formation et post-formation immédiate qu'elles sont cinq ans après formation parvenues à dépasser (une expérience personnelle de vécu de violence conjugale, la crainte d'entacher la relation de confiance avec les femmes, et le manque perçu de soutien institutionnel (Baird, 2013, p. 1007).

Les sages-femmes évoquent leurs préoccupations quant à leur inhabilité à entamer un dialogue avec les femmes sur un vécu de violence conjugale en présence du partenaire. Elles considèrent qu'il est dangereux et contre-productif de pratiquer un dépistage des violences conjugales lorsque le conjoint est présent aux côtés des patientes.

L'étude montre que les sages-femmes ont mis en place des stratégies innovantes leur permettant dans la mesure du possible de contourner l'entrave que représente la présence du conjoint : présence de posters sur les murs du centre de soin où elles consultent, mise à disposition d'un autocollant bleu dans les toilettes que les femmes peuvent coller sur le pot de récolte d'urine si elles souhaitent évoquer cette thématique avec la sage-femme en privé, pèse-personne placé dans une pièce à part afin d'obtenir, si court soit-il, un moment en tête à tête avec les patientes, accompagner les patientes aux toilettes pour le prélèvement d'urine. Toutefois, les sages-femmes jugent que bien que permettant de créer une fenêtre d'opportunité pour évoquer ce sujet avec les patientes, ces mesures ne sont pas optimales car elles obligent les sages-femmes à conduire le dépistage de manière hâtive et précipitée (p. 1008).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) montre que les sages-femmes interrogées considèrent la présence du partenaire comme un des obstacles principaux au dépistage des violences conjugales, d'autant plus qu'il arrive que les femmes soient systématiquement accompagnées de leur conjoint tout au long des consultations de grossesse (pp.184 et 187). Elles expliquent que le système périnatal suédois accueille les femmes avec leur partenaire qui est le bienvenu tout au long du suivi de grossesse. Des questions portant sur l'environnement psychosocial (condition de logement, situation professionnelle) sont abordées ainsi que des questions médicales standardisées, mais aucune question sur la violence conjugale n'est insérée dans la trame d'anamnèse. Il en va de l'appréciation personnelle des sages-femmes de demander au conjoint de quitter la salle de consultation afin qu'elles puissent s'entretenir seule à seule avec les patientes. Les sages-femmes n'ont en outre aucune obligation d'enquêter sur ce type de vécu (p. 182).

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) montre également que la barrière principale au dépistage relevée par les sages-femmes est la présence du conjoint, qu'il s'agisse des sages-femmes hospitalières (78% d'entre elles, n=167) ou communautaires (89% d'entre elles, n=55). Les sages-femmes de cette étude précisent que cet obstacle s'incarne précisément à travers la réticence des conjoints à laisser momentanément leurs conjointes seules à seules avec la sage-femme. Toutefois, les sages-femmes établissent une différence entre le fait d'avoir une opportunité de dépister seule à seule et le fait d'effectivement d'utiliser cette opportunité pour dépister. Un pourcentage important de sages-femmes communautaires (73%) dit avoir fréquemment ou toujours l'occasion de parler seule à seule avec les patientes, tandis que les sages-femmes hospitalières sont moins nombreuses (32%) à être en mesure de parler en privé avec

les femmes ($p=0.001$) (p. 629). Ce résultat est toutefois limité par le fait que les raisons d'une telle différence ou les stratégies mises en œuvre pouvant les expliquer ne sont pas explicitées.

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) montre que les sages-femmes considèrent la présence des partenaires durant les consultations prénatales à double tranchant : d'une part, l'offre de service en maternité incluant les partenaires et autres membres de la famille s'avère soutenante pour beaucoup de femmes. D'autre part, cela peut être dommageable pour les femmes qui sont dans des situations d'abus conjugal en les privant de la possibilité de demander ou de bénéficier d'aide (p. 746).

Dans le cadre de l'étude, il était attendu des sages-femmes qu'elles soient en mesure de voir les patientes en privé. Les sages-femmes rapportent avoir trouvé très difficile d'obtenir ce moment de confidentialité avec les patientes. Certaines d'entre elles se sont senties assez sûres d'elles pour demander à pouvoir passer un moment seule à seule avec les patientes, mais d'autres ont trouvé difficile d'exprimer une telle requête. Les sages-femmes ont élaboré des stratégies leur permettant de demander légitimement un tête à tête avec les femmes, en demandant par exemple au conjoint de sortir de la salle de consultation à la fin de l'entretien prétextant d'un examen intime et/ou invasif (p. 746). Toutefois, la plupart des sages-femmes dit ne pas se sentir confortable à l'idée de demander au conjoint de sortir momentanément.

Certaines sages-femmes ont été confrontées au refus de certains partenaires à quitter la salle, confiant que dans ces cas-là il a été difficile pour elles de maintenir une relation de confiance tant avec le partenaire qu'avec les patientes qui avaient tendance à se fermer (2003, p. 747). D'autres rapportent que l'attitude même du conjoint les rendait d'autant plus réticentes à faire cette demande, a fortiori dans les cas où elles avaient de fortes suspicions d'abus conjugal.

Les sages-femmes rapportent enfin qu'il est extrêmement difficile d'obtenir un moment de confidentialité avec les femmes durant les visites à domicile dans la période postnatale, du fait de la présence quasi constante d'une visite, du conjoint ou d'enfants plus âgés. Elles relèvent comme étant particulièrement compliquées les situations où le conjoint est sans emploi (p. 747).

Elles confient également que dans des situations avérées de violence conjugale, le manque de sécurité exprimé par les femmes victimes se transfère fortement aux sages-femmes dans la mesure où même si le dépistage s'est effectué dans des conditions garantissant la confidentialité, le conjoint est souvent à proximité, qu'il s'agisse de structures hospitalières ou du domicile de la patiente. Les sages-femmes expriment des

peurs de se faire agresser et, durant le cours de l'étude, certaines d'entre elles ont été confrontées à des conjoints hostiles et colériques (p. 748).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) montre également que lorsqu'interrogées au travers d'une question ouverte supplémentaire faisant suite à un questionnaire demandant aux sages-femmes de hiérarchiser un certain nombre d'obstacles au dépistage (les items proposés étaient : effet négatif du dépistage sur la relation de confiance, expérience personnelle de vécu de violence conjugale, crainte quant à leur sécurité physique et manque de ressources en cas de divulgation), les sages-femmes sont 74,4% (n=42) à nommer la présence du conjoint comme barrière majeure au dépistage, le manque de temps et le fait de ne pas être confortable à l'idée de poser de telles questions arrivant en deuxième et troisième position des réponses à cette question ouverte (p. 12).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010), sans s'étendre sur le sujet, relève le même consensus parmi les professionnel.le.s en maternité et santé sexuelle interrogé.e.s, à savoir qu'il est difficile de pratiquer un dépistage systématique des violences conjugales par manque d'espace de confidentialité avec les femmes en raison de la présence fréquente des conjoints ou autres membre de la famille durant les consultations. Sans expliciter plus avant, l'étude note que les professionnel.le.s se voient obligé.e.s d'élaborer des stratégies leur permettant de contourner ce problème de manque de confidentialité lié à la présence des partenaires (p. 476).

c) Le manque de temps

Le manque de temps est abordé dans quatre des sept études retenues et est considéré comme l'un des trois principaux obstacles au dépistage recensés par les sages-femmes avec la présence du partenaire et la peur de nuire à la relation de confiance.

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) mentionne que le manque de temps est un autre obstacle majeur pour les sages-femmes à la pratique du dépistage. Alors que la plupart des sages-femmes estiment que le dépistage fait partie de leur champ de responsabilité, la contrainte temps fait qu'en pratique il leur est impossible de s'y livrer (p. 187).

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) relate que la difficulté pratique la plus importante identifiée par les sages-femmes pour pratiquer le dépistage systématique est la contrainte temps (p. 745). Les sages-femmes évoquent leurs difficultés à assurer leur charge de travail quotidienne dans le cadre des consultations prénatales et imaginent

difficilement être en mesure d'y ajouter la pratique supplémentaire du dépistage des violences conjugales. Les sages-femmes confient se livrer alors au dépistage lorsque la situation leur apparaît peu complexe ou lorsque l'activité du service est peu chargée, soit un dépistage sélectif en raison du facteur temps.

Le manque de temps est également présent dans la période post-natale, en raison du nombre de visites postnatales limité à dix jours et de la charge de travail.

Certaines sages-femmes estiment que les femmes sont également réticentes à divulguer un vécu de violence en raison du manque de temps. De manière générale, les sages-femmes perçoivent le dépistage systématique comme une charge de travail supplémentaire sans que les conditions de temps soient aménagées pour qu'elles puissent le pratiquer (p. 746).

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) montre que les efforts déployés pour mettre en place des pratiques de dépistage systématique des violences conjugales dans les centres de santé s'avèrent efficaces lorsque les professionnel.le.s en charge se voient allouer du temps pour dépister, évaluer les besoins des victimes et les soutenir (p. 864).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) montre également que dans une question ouverte à la fin d'un questionnaire portant sur les barrières au dépistage, les sages-femmes citent spontanément le manque de temps pour pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales (p.12). Les sages-femmes estiment qu'il est crucial de leur allouer le temps nécessaire pour pratiquer le dépistage et particulièrement lorsque celui s'avère positif (p. 14).

d) La barrière de la langue

La barrière de la langue est abordée dans deux études. **L'étude n°1** fait suite à **l'étude n°6** (étude de suivi), elle mentionne la barrière linguistique comme étant un obstacle et précise que **l'étude n°6** avait déjà relevé cette barrière. Ce résultat n'a cependant pas été directement communiqué au travers de **l'étude n°6**.

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) montre que pour 84% des sages-femmes, la barrière linguistique reste un obstacle majeur au dépistage. La barrière linguistique est relevée comme étant particulièrement prégnante quand les sages-femmes n'ont pas été informées avant de rencontrer la patiente que cette dernière ne parlait pas l'anglais. Une sage-femme du groupe de discussion mentionne le fait que depuis la mise en place du Bristol Pregnancy Domestic Violence Programme, nombre de portes se sont ouvertes et nombre de femmes ont pu parler des violences dont elles étaient victimes, soulignant

ainsi qu'il est fort probable que le dépistage n'ait pu être fait correctement auprès des patientes non-anglophones.

La barrière de la langue induisant la présence d'un.e interprète parfois, les sages-femmes relèvent qu'elle reste préférable à celle d'un partenaire qui servirait de traducteur mais se montrent inquiètes quant au lien qui unit la femme à l'interprète notamment si cette personne vient de la même communauté, y habite ou a un lien de parenté avec la patiente.

Les sages-femmes attirent l'attention sur le fait qu'il faille pouvoir disposer de documentation à distribuer aux patientes, traduite dans plusieurs langues et que l'accès à des interprètes de confiance soit facilité (pp. 1007-1008).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) mentionne que les sages-femmes pensent que les femmes migrantes sont plus à risque d'être victimes de violence conjugale. La prise en charge de ces patients demande la présence d'un.e interprète qui génère des coûts supplémentaires. Les auteur.e.s indiquent qu'il serait important d'envisager une prise en charge des victimes de violences en tenant compte de leurs origines (p. 187).

e) Le manque de soutien

Six des sept études évoquent le manque de soutien quelle qu'en soit la forme (institutionnel, personnel, technique)

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) indique que si le manque de soutien institutionnel est toujours présent, il n'entrave que peu le dépistage systématique et pour 60% des sages-femmes, le manque de soutien n'est plus perçu comme une barrière entravant le dépistage (p. 1007).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) indique que les sages-femmes ne se sentent pas prêtes à prendre en charge adéquatement les victimes en raison du manque de soutien institutionnel et de l'absence de lignes directrices et de marche à suivre (pp. 184 et 187).

L'étude n°4 (Mezey *et al.*, 2003) a mis à jour le besoin de mettre en place une structure organisationnelle et de soutien avant la mise en œuvre d'un programme de dépistage. Durant l'étude 50 contacts non planifiés ont été établis par les sages-femmes avec les auteures de l'étude ou des membres de l'équipe de la maternité afin de chercher un soutien ou des conseils concernant les femmes victimes de violence conjugale. Les sages-femmes ont indiqué que sans ce soutien, elles ne se sentaient pas assez outillées

pour faire face aux violences conjugales et ce même après avoir suivi une formation, arguant du fait qu'en post-formation, elles oublieraient comment procéder adéquatement. La plupart des sages-femmes ont mentionné qu'il serait souhaitable de nommer un.e. coordonat.rice.eur à laquelle/auquel elles pourraient référer (pp. 749-751).

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) montre que les programmes de dépistage mis en place dans un contexte où le soutien institutionnel et la présence d'une personne de référence étaient présents, ont plus de succès en terme d'augmentation du taux de dépistage de cas de violences conjugales (Campbell *et al.*, 2001). Par soutien institutionnel, cette étude relève le soutien financier, l'approbation institutionnelle et la mise en place d'un soutien par l'intégration du programme de dépistage au sein de la politique institutionnelle. Dans ces contextes, les institutions ont développé une sorte de culture du dépistage, en communiquant auprès des patient-e-s mais également des professionnel.le.s, en jouant parfois également le rôle d'intermédiaire interinstitutionnel, favorisant le travail en réseau et en développant des lignes directrices, protocoles ou procédures opératoires standards.

Les programmes mis en place dans un contexte non ou peu soutenant, n'ont, selon la revue réalisée par les auteures, pas réussi à intéresser les professionnel.le.s qui n'ont pour la plupart pas compris la raison d'être des programmes de dépistage, ne bénéficiant par ailleurs pas de documentation adéquate ni de formation pour les soutenir dans leurs démarches de dépistage (Ramsden & Bonner, 2002) (pp. 861-862 et 864).

La revue systématique a également montré que les programmes pour lesquels une personne de référence était désignée (inter ou intra-institutionnelle) avaient plus de chance de succès en terme d'augmentation du taux de divulgation. Le manque de soutien en continu, qu'il s'agisse d'une personne de référence ou du soutien institutionnel à proprement parler, conduit à terme à l'échec de la mise en œuvre du programme (Wiist & McFarlane, 1999 ; Fanslow & Norton, 1999 ; Fanslow, Norton, Robinson & Spinola, 1998).

Il apparaît également que le manque de soutien institutionnel a un impact sur l'efficacité personnelle des professionnel.le.s en matière de dépistage (Chamberlin & Perham-Hester, 2002 ; Gumanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007 ; Salber & McCaw, 2000 ; Waalen, 2000).

Enfin, les professionnel.le.s indiquent au travers de la revue systématique, que le dépistage des violences conjugales n'est pas adéquat s'il n'existe pas de procédure claire de soutien subséquente à la divulgation en termes d'aide au (re)logement, soins médicaux, soutien psychologique, aide financière et support légal (pp. 863-864).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) relève que les sages-femmes considèrent la présence d'un soutien comme bénéfique. Les soutiens évoqués sont le soutien des formateurs (2.8 fois plus important que tel que perçu avant avoir suivi une formation dédiée aux violences conjugales), des supérieur.e.s hiérarchiques et superviseur.e.s (2.7 et 2.5) et d'autres soutiens non détaillés dont les visiteur.euse.s de santé et le Women's Aid et le Police Domestic Violence Unit (2). Le soutien des collègues n'est relevé que 1.7 fois plus qu'avant formation. 17% des sages-femmes ont enfin indiqué avoir apprécié le soutien offert au travers du site Internet Bristol Trust Midwives Domestic Violence Website. Les sages-femmes décrivent que le soutien qui leur est apporté doit être sensible, confidentiel, continu, consistant et non-jugeant. L'une des participante a suggéré la mise en place d'une ligne d'appel disponible 24h/24, ligne au domicile disponible durant l'étude (p. 12).

Dans la discussion, les auteures mentionnent également une étude publiée dans la littérature internationale basée sur des données probantes qui soutient également la nécessité de mettre en place des mécanismes de soutien au personnel afin de prévenir l'échec de la mise en œuvre de programmes de dépistages systématiques et de pouvoir partager les expériences vécues (Mezey, 2003) (p. 14).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) relève dans sa discussion l'importance de la supervision, notamment en matière de formation pratique continue des professionnel.le.s de santé, en partenariat avec le réseau spécialisé dans la prise en charge des violences conjugales (Taket, 2004 ; Minsky-Kelly, 2005 ; Marchant 2001) (p. 477).

3. La formation au dépistage systématique des violences conjugales

a) Quels sont les besoins et les bénéfices ?

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) indique que les sages-femmes bénéficient d'une formation initiale et continue en matière de violence conjugale. Les participant.e.s ont évalué les bénéfices de cette formation cinq ans après sa mise en œuvre, en terme d'acquisition de connaissances. Celles-ci restent identiques et suggèrent que les bénéfices générés par la formation ont été maintenus au fil des années.

L'impact de la formation sur les connaissances liées au dépistage des violences conjugales, est à la limite de la significativité ($p=0.059$) et 61% vs 42% des sages-

femmes en 2010 et 2005 considèrent que la formation a joué un rôle très important dans l'acquisition de leurs connaissances.

La formation a contribué à améliorer significativement la façon dont les sages-femmes s'adressent aux patientes et les questionnent sur un vécu de violence conjugal. En 2010, les sages-femmes étaient 2.6 fois plus enclines à trouver que la formation a largement contribué à les aider à adresser le problème (61% en 2010 et 37% en 2005) et 0% d'entre elles considère que la formation a été inutile en la matière contre 18,3% cinq ans auparavant. Les sages-femmes ont confiance en leur capacité à interroger les patientes sur un potentiel vécu de violence, confiance exacerbée après la formation en 2005 et toujours présente en 2010, avec en 2010 0% des sages-femmes qui considère que la formation ne les a pas du tout ou peu aidées à gagner en confiance contre 26.8% en 2005 ($p < 0.001$).

Les sages-femmes se sentent également plus à l'aise post-formation pour faire face à une divulgation de la part d'une victime, en terme de connaissance et en 2010 elles sont 3.2 fois plus convaincues que la formation a largement contribué à développer cette capacité. 0% pense qu'elle n'a eu que peu ou aucun impact. En terme de confiance, elles sont 2.4 fois plus convaincues qu'en 2005 de l'impact de la formation sur ce point (46.5% en 2010 et 21% en 2005) et 0% pense qu'elle n'a eu que peu ou aucun impact. Concernant la connaissance du travail en réseau en cas de divulgation, elles sont à nouveau 3.2 fois plus enclines à considérer que la formation les a soutenues en 2010 (44.2%) qu'en 2005 (19.7%) et 0% pense qu'elle n'a eu que peu ou aucun impact.

Enfin concernant la perception globale de la formation, 65,9% des sages-femmes en 2010 soit 2.6 fois plus qu'en 2005, estiment qu'elle a largement contribué à l'impact positif continu sur la pratique (pp. 1006-1007).

L'étude n°2 (Finnbogadottir & Dykes, 2012) mentionne dans sa discussion une autre étude, suédoise également (p. 187), qui a mis en lumière le besoin de formation des sages-femmes qui travaillent dans les unités prénatales, en matière de dépistage systématique des violences conjugales et dont le but serait de permettre aux sages-femmes de connaître les directives et prises en charges à effectuer lorsqu'elles sont confrontées à une divulgation d'un cas de violence conjugale.

Les sages-femmes évoquent un certain nombre de limites énoncées au travers des points précédemment analysés (barrières personnelles liées à des peurs et attitudes vis-à-vis des violences conjugales) qui pourraient être dépassées par le biais d'une formation dont elles font la demande et afin de se sentir prêtes à prendre en charge adéquatement les victimes et pallier leur manque de connaissances (p. 185).

L'étude n°3 (Lazenbatt *et al.*, 2009) indique dans sa discussion que plusieurs études internationales fondées sur des données probantes démontrent qu'une formation pourrait contribuer à renforcer les connaissances des sages-femmes et les rendre plus attentives à la thématique. Toujours dans le cadre de la discussion, le manque de formation, serait selon les sages-femmes d'une étude citée, l'une des barrières identifiées au dépistage. Par ailleurs dans le cadre du questionnaire complété par les participant.e.s, les sages-femmes indiquent dans une question ouverte qu'une bonne connaissance du réseau local et national leur permettrait de mieux informer les victimes et de pouvoir les soutenir dans le cadre d'une prise en charge. En conclusion, les auteures relèvent que cette étude met en évidence le fait que si peu de sages-femmes identifient et prennent en charge les violences conjugales, c'est en raison du manque de confiance en elles et de formations initiale et continue (p. 633).

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) montre que les programmes de dépistage pour lesquels les professionnel.le.s n'ont pas eu de formation spécifique et/ou pas de formation continue ont été un échec en terme d'augmentation du taux de divulgation (Waalén, 2000). La revue systématique relève également qu'un manque de formation sur les protocoles de dépistage (Loughlin, Spinola, Stewart, Fanslow & Norton, 2000) conduit à l'échec de la mise en place d'un programme de dépistage.

La formation initiale et continue permet de conforter dans leur rôle les professionnel.le.s, d'explicitier l'ampleur du phénomène, de ses conséquences et des prises en charges possibles, de faire prendre conscience qu'un dépistage peut faire la différence en terme de conséquences (McCaw, 2001, Short, 2002 ; Ulbrich, 2002 ; Wills, 2008 ; Spangaro, 2007) (p. 862).

L'étude n°6 (Salmon *et al.*, 2006) suggère que la formation suivie par les sages-femmes a eu un impact significatif sur l'amélioration de leur niveau de connaissance en matière de violence conjugale ($p < 0.001$), le développement de compétences dédiées ($p < 0.001$), leur attitude face au dépistage ($p < 0.001$) et au stéréotype ($p=0.001$). L'évaluation des sages-femmes a été conduite immédiatement après la formation et à six mois post-formation. Les tendances observées immédiatement post-formation tendent à se maintenir à six mois bien que déclinant quelque peu. En post-formation, les sages-femmes reconnaissent l'importance de leur rôle en matière de dépistage ($p < 0.001$).

Lors du suivi à six mois, dix-neuf sages-femmes ont mentionné l'impact positif de la formation sur leur confiance et leur aptitude à dépister, informer et prendre en charge les victimes. Dix-sept sages-femmes ont mentionné être plus conscientes de la

thématique, de son incidence et prévalence, des facteurs de risques et des signes et symptômes devant les alerter (p. 11).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas *et al.*, 2010) indique que les besoins de formation diffèrent d'un service à l'autre mais également d'un.e professionnel.le à l'autre indépendamment de son service : les professionnel.le.s en santé sexuelle dépistent spontanément plus qu'en maternité (75.9% vs. 39.7%, $p < 0.01$), les professionnel.le.s formés à la thématique des violences conjugales ont de meilleures connaissances du sujet ($p < 0.01$) mais sont également dépendant.e.s de facteurs socio-démographiques (ethnie, âge, sexe). Les professionnel.le.s d'origine caucasienne et/ou moins âgé.e.s et/ou au bénéfice d'une expérience professionnelle moins large tendent à être moins à l'aise dans le dépistage que les personnes d'origine africaine et/ou plus âgées et/ou plus expérimentées.

Cette étude relève également que les professionnel.le.s de santé qui ont dépisté positivement des patientes n'ont pas obtenu de taux de divulgation statistiquement significativement différents, qu'ils aient ou non été formés en matière de violences conjugales (58.3% vs. 52.8%, $p=0.61$) (p. 475).

b) Former est-il suffisant ?

L'étude n°1 (Baird *et al.*, 2013) indique dans sa discussion qu'il serait adéquat de s'assurer que chaque femme puisse bénéficier d'une consultation prénatale seule à seule et relève que la mise en œuvre d'un tel changement requiert l'implication d'instances supérieures (hiérarchiques, institutionnelles) et une volonté politique.

Dans le même ordre d'idée, cette étude, corroborée par la littérature internationale basée sur les données probantes, soutient l'idée que le dépistage devrait pouvoir être effectué à plusieurs reprises au travers des consultations prénatales (idéalement durant la première visite mais également à six mois de grossesse) car comme le montre la littérature, les victimes se livrent plus facilement lorsqu'elles sont dans une relation de confiance qui se bâtit au travers des mois (p. 1009).

L'étude n°5 (O'Campo *et al.*, 2011) montre que les programmes de dépistage pour lesquels le protocole de dépistage développé n'est pas assez sensible, ne permettent pas d'augmenter les taux de divulgation (McNutt, Carlson, Rose & Robinson, 2002). L'étude relève également la nécessité d'avoir à disposition des protocoles de dépistage détaillés (McLeer *et al.*, 1999 ; Stayton & Duncan, 2005).

Les auteures relèvent par ailleurs au travers de leur revue un point également mentionné par un article spécifiquement au sein de leur revue (Waalén, 2000) : la formation des

professionnel.le.s associée à une approche facilitatrice de la thématique (comprenant l'élaboration de protocoles spécifiques), concourent à changer le comportement des professionnel.le.s qui contribuent ainsi à mettre en place et maintenir un programme de dépistage des violences conjugales efficace (en terme d'augmentation du taux de détection).

L'étude mentionne qu'il serait intéressant d'évaluer l'ensemble des composantes qui entrent en compte dans le cadre du dépistage en s'intéressant par exemple aux outils à disposition des professionnel.le.s et à leur validité (Feder et al., 2009) et aux retours sur la pratique évalués par les professionnel.le.s (Mezey et al., 2002). Ces composantes ont probablement selon les auteures un impact au-delà de la formation des professionnel.le.s et du soutien institutionnel mais n'ont pas pu être observées dans le cadre de cette revue pour des questions méthodologiques (pp. 863-864).

L'étude n°6 (Salmon et al., 2006) mesure l'influence potentielle de la formation sur le dépistage et le taux de divulgation. L'augmentation du nombre de divulgations est significativement corrélée à l'expérience professionnelle et à l'intervention, à l'efficacité mesurée post-intervention et au pourcentage de femmes avec lesquelles le sujet est abordé ($p < 0.001$ et $p < 0.005$). La formation seule ne peut évidemment pas avoir d'impact sur l'expérience professionnelle (pp. 11-12).

Par ailleurs, bien que l'impact de la formation sur les professionnel.le.s ait été significatif (comme mentionné auparavant), les sages-femmes n'ont effectivement dépisté les patientes que dans 50% des cas, mentionnant des barrières au dépistage telles que mentionnées également auparavant. La formation doit pouvoir être assortie de mesures permettant de dépasser ces barrières ou de les contourner (p. 13).

L'étude n°7 (Torres-Vitolas et al., 2010) montre que la formation théorique seule ne suffit pas mais qu'il faut y associer une formation pratique continue (jeux de rôle, simulation, etc.) sous supervision en partenariat avec des professionnel.le.s du réseau spécialisé dans la prise en charge des violences conjugales (Taket, 2004 ; Minsky-Kelly, 2005 ; Marchant 2001) comme mentionné auparavant (p. 476-477). En outre, cette revue démontre que les professionnel.le.s préalablement exposé.e.s à des situations de violence conjugale dans leur travail sont plus enclin.e.s et volontaires à pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales que ceux/celles n'ayant jamais été confronté.e.s à cette expérience (pp. 475 et 477).

VII. Discussion

L'intention de cette revue de littérature consiste à expliciter quelles compétences doivent être développées chez les sages-femmes afin de leur permettre de dépister les violences conjugales de manière systématique et de dépasser les obstacles au développement de ces compétences. Selon notre hypothèse, les sages-femmes n'intègrent pas le dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique parce qu'elles ne s'estiment pas suffisamment outillées pour dépister et prendre en charge les victimes de violence conjugale.

A. Les connaissances des sages-femmes concernant la violence conjugale

On retrouve dans les articles retenus deux aspects différents quant au savoir des sages-femmes relatif à la thématique des violences conjugales : d'une part le fait que sans formation préalable, elles semblent néanmoins être sensibilisées au sujet ; d'autre part le fait que peu d'entre elles ait durant leurs études ou au cours de leur vie professionnelle, bénéficié d'un apport théorique et pratique sur les violences conjugales par l'intermédiaire par exemple d'une formation. Cette dichotomie peut en partie s'expliquer par le fait que les sociétés occidentales accordent depuis une vingtaine d'années de l'importance à ce sujet reconnu comme un véritable problème de santé publique (Gillioz, Gramoni, Margairaz & Fry (Dir.), 2003). Sortie de l'ombre, la problématique des violences conjugales est aujourd'hui rendue visible au travers de campagnes de sensibilisation (affiches sur les transports publics, campagnes audiovisuelles de prévention et d'information avec diffusion de numéro d'appels d'urgence, faits divers relatés par le biais des médias) et adressée et prise en charge dans les institutions de santé. Cette visibilité nouvelle peut expliquer pourquoi les sages-femmes ont des notions relatives à ce sujet.

En théorie, la majorité des sages-femmes connaît les conséquences gynéco-obstétricales des violences conjugales. Elles ont également notion des groupes vulnérables, mais de manière non exhaustive, à savoir les femmes migrantes, les polytoxicomanes, les jeunes femmes, les femmes mentalement déficientes. Elles abordent également les patientes sans les stigmatiser, estimant que les femmes subissant des violences conjugales ne sont pas responsables de l'agression dont elles

sont victimes (Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Salmon *et al.*, 2006 ; Mezey *et al.*, 2003 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010).

Sur le fond toutefois, les professionnel.le.s ont des connaissances empiriques et le manque de connaissances réelles de la thématique les conduit à ne pas pouvoir appréhender adéquatement la problématique. Parmi les erreurs communes de perception, les sages-femmes sous-estiment largement la prévalence des violences conjugales (Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Mezey *et al.*, 2003) et seules un tiers d'entre elles en ont une vision réaliste (Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Lazenbatt, Thomson-Cree & McMurray, 2005). Certaines sages-femmes estiment qu'il existe des cultures au sein desquelles la violence conjugale est un phénomène acceptable (Salmon *et al.*, 2006). Certain.e.s professionnel.le.s pensent également que la grossesse est un facteur protecteur contre la violence conjugale (Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Mezey *et al.*, 2004). La littérature montre pourtant que la grossesse constitue un facteur de risque, déclenchant ou aggravant les violences (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2009 ; Egger & Schär Moer, 2008 ; Henrion, 2001 ; Société Francophone de Médecine d'Urgence, 2004 ; Muhajarine, 1999 ; Richardson, 2002 ; Stewart, 1993).

B. La position clé des sages-femmes dans le dépistage systématique des violences conjugales

De nombreuses études valorisent le rôle clé des professionnel.le.s de santé, et spécifiquement des sages-femmes, dans le dépistage des violences conjugales en périnatalité : d'une part, la fréquence des consultations prénatales durant une grossesse, le lien de confiance qui se noue entre les sages-femmes et les patientes au cours des rencontres, et le désir des femmes de mener à bien leur grossesse et protéger l'enfant à venir justifient la position unique des sages-femmes pour mettre à jour des situations de violence conjugale. D'autre part, la littérature atteste de l'adhésion des femmes à la pratique du dépistage systématique (Bacchus, Mezey & Bewley, 2002 ; Burquier & Hofner, 2010 ; Davidson & Feder, 2002 ; Ramsay, Richardson, Carter, Renker & Tonkin, 2006 ; Stöckl *et al.*, 2013). En outre, des études ont montré que si les femmes parlent difficilement des violences qu'elles subissent au sein du foyer, elles le font prioritairement auprès de personnel de santé, en particulier médecins et sages-femmes, de préférence de sexe féminin (Henrion, 2001 ; Renker & Tonkin, 2006). Selon une étude menée en 2007, les femmes subissent en moyenne trente cinq assauts de violence conjugale avant de parvenir à divulguer leur vécu et la qualité de la relation de confiance entre les

victim.es et les professionnel.le.s est cruciale pour soutenir cette divulgation (Price *et al.*, 2007 cités par Williams, Foster & Watts, 2013). Enfin, les sages-femmes elles-mêmes pensent avoir un rôle important à jouer dans le cadre du dépistage des violences conjugales et estiment qu'il est de leur responsabilité de le faire (Baird *et al.*, 2013 ; Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Lazenbatt *et al.*, 2005 ; O'Reilly, Beale & Gillies, 2010 ; Protheroe *et al.*, 2004).

C. Les compétences nécessaires à ce dépistage

Les études retenues montrent que si la littérature reconnaît aux sages-femmes un nouveau rôle clé dans le dépistage des violences conjugales, très peu de moyens leur sont en fait alloués pour élargir leurs connaissances et compétences qu'elles-mêmes jugent très pauvres et insuffisamment développées pour assumer efficacement cette responsabilité nouvelle. Ainsi, malgré le fait que les sages-femmes reconnaissent l'importance du dépistage systématique des violences conjugales en maternité, elles craignent qu'investiguer un vécu de violence conjugale soit mal perçu par les patientes et entache la relation de confiance qu'elles développent avec les femmes qu'elles prennent en soin. Plus qu'une absence de légitimité, cette peur, exprimée dans cinq des sept études retenues pour ce travail, atteste de leur manque de confiance dans leur compétence à dépister. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la minorité de professionnel.le.s ayant pu bénéficier d'une formation dédiée aux violences conjugales relève que le dépistage est une thématique non abordée dans le cadre de ces formations, l'accent étant mis sur la définition, la prévalence et les facteurs de risque associés aux violences conjugales (Bacchus & Aston, 2010 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010), autant d'éléments théoriques ne permettant pas aux praticien.ne.s d'appréhender concrètement le dépistage dans leur pratique.

Si les femmes s'avèrent être majoritairement en faveur du dépistage systématique des violences conjugales, la littérature montre qu'elles le sont dans la mesure où ce dépistage est pratiqué par du personnel formé, empathique et non-jugeant (Henrion, 2001 ; Renker & Tonkin, 2006 ; Stöckl *et al.*, 2013). Or, si les compétences d'empathie et de non jugement, issues des postures de soins énoncées par Carl Rogers (1961) sont reconnues comme faisant partie des compétences fondamentales de savoir-être de la profession de sage-femme (avec l'écoute, la bienveillance, la congruence, le soutien inconditionnel de la personne), il n'en demeure pas moins difficile pour ces professionnel.le.s de santé d'aborder des sujets à caractère sensible telle que la violence

conjugale, difficulté confirmée au travers des études choisies dans le cadre de ce travail. Ces résultats donnent à penser que si les sages-femmes considèrent de manière consensuelle que le dépistage des violences conjugales fait partie de leur rôle, leur seule condition de sage-femme, malgré les compétences de savoir-être qui sont les leurs, ne suffit pas à les rendre compétentes pour questionner et ouvrir le dialogue de manière professionnelle sur un tel sujet sensible.

D. Le dépistage systématique des violences conjugales : une question de formation pratique?

Dans son ouvrage intitulé « Violence et santé : la CIMPV ou le refus engagé d'une fatalité », Jean-Paul Darmsteter a ainsi intitulé un des chapitres « Aborder la violence, cela s'apprend » (2007, p. 27) :

... l'art d'approcher la violence est aussi complexe que le sont les situations exposées. Il ne s'agit jamais seulement d'une fracture de pied ou d'un visage tuméfié ; il y a, en arrière-plan, de multiples aspects de l'histoire de la personne, souvent intimes, qu'il faudrait pouvoir mettre en lumière. Vous pouvez imaginer à quel point il est difficile d'approcher cela, quelle que soit la discipline à laquelle on appartient.

Les études retenues dans le cadre de ce travail relèvent ainsi le fossé existant entre le rôle central reconnu aux sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales et le manque de connaissance pratique nécessaire pour conduire ce type d'enquête. Cette lacune est également attestée par la littérature (Lazenbatt *et al.*, 2005 ; Price, Baird, & Salmon, 2007 ; Protheroe, Green & Spilby, 2004 ; Stöckl *et al.*, 2013).

Il apparaît qu'offrir une formation peut apporter un certain nombre de réponses aux points précités. Les sages-femmes indiquent ressentir le besoin d'être (in)formées sur les violences conjugales si on les interroge sur la thématique (Finnbogadottir & Dykes, 2012, Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Mezey *et al.*, 2003). Les articles étudiés pour cette revue de littérature indiquent de nombreux bénéfices post-formation. On relève notamment l'amélioration des connaissances théoriques, la perception plus juste de la prévalence et des conséquences de la violence, la compréhension des cycles de la violence, qui permettent à certaines peurs de s'effacer, renforcent la confiance que les sages-femmes ont en elles-mêmes vis-à-vis non seulement du dépistage mais également de

leurs attitudes face à la prise en charge (Baird *et al.*, 2013 ; Salmon *et al.*, 2006 ; O'Campo *et al.*, 2011).

Cependant, les études retenues montrent qu'une formation théorique seule ne suffit pas et qu'il est primordial qu'au sein des formations, l'accent soit mis sur les aspects pratiques du dépistage. L'absence de lignes directrices, de protocoles ou procédures relatifs à la façon d'aborder la question des violences conjugales désécurise la plupart du temps les sages-femmes, voire entame leur confiance à pratiquer un dépistage, de peur de poser les mauvaises questions et/ou de ne pas adopter les réactions adéquates en cas de divulgation d'un cas de violence conjugale (Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Marchant, Davidson, Garcia & Parsons, 2001 ; ; Mezey *et al.*, 2003 ; O'Campo *et al.*, 2011). Les études montrent ainsi que pour questionner, se livrer au dépistage, les sages-femmes ont besoin d'orientations concrètes, de directives précises quant à la façon d'aborder le sujet, ainsi que d'exercices de simulation autour desquels s'entraîner et partager leurs expériences pratiques et leur vécu (Baird & Salmon, 2010 ; Mezey *et al.*, 2003 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010).

E. L'engagement institutionnel : quelle nécessité ?

Au-delà des compétences théoriques et pratiques relatives au dépistage des violences conjugales, les études mettent également en valeur la nécessité d'un engagement institutionnel soutenant le développement de protocoles détaillés sur le dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugale et permettant aux professionnel.le.s de santé d'accéder de façon continue à des formations pratiques et théoriques (Stöckl *et al.*, 2013). Sans soutien institutionnel, les sages-femmes, bien que formées, ne peuvent se livrer à la pratique du dépistage systématique des violences conjugales que dans la mesure où cela n'interfère pas avec leur charge de travail. Les contraintes relatives au manque de temps nécessaire non seulement au dépistage mais aussi à sa prise en charge en cas de divulgation, évoquées par les sages-femmes de manière assez redondante (Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2005 ; Mezey *et al.*, 2003 ; O'Campo *et al.*, 2011 ; Salmon *et al.*, 2006) de même que le manque de soutien institutionnel relevant d'une véritable volonté politico-institutionnelle de développer une culture du dépistage (O'Campo *et al.*, 2011), ou encore le manque de moyens financiers à disposition, ne peuvent être palliés de manière réaliste et simple en pratique puisqu'ils relèvent précisément de décisions institutionnelles voire de santé publique et d'économie.

Les conditions cadre idéales relevées au travers de notre revue de la littérature pour la mise en œuvre d'une formation sur les violences conjugales et leur dépistage, répondent également aux recommandations de l'OMS dans son rapport de 2013 sur les violences faites aux femmes.

Ainsi on peut retenir qu'il serait adéquat :

- D'adapter des programmes de formation aux professionnel.le.s concerné.e.s
- D'avoir un soutien institutionnel (en termes d'idéologie, de communication interne et externe, de finances)
- D'avoir à disposition des outils et protocoles clairs et de procédures standards
- De nommer une personne de référence intra ou extra institutionnelle
- De mettre en place une formation initiale assortie d'une formation continue, portant sur des notions théoriques et pratiques par le biais d'exercices et jeux de rôle
- De disposer d'une liste valide et à jour d'organismes spécialisés (foyers pour femmes victimes de violence conjugale, associations contre la violence conjugale, aides juridique et financière...)

Baird *et al.* (2013), Salmon *et al.* (2006), et Torres-Vitolas *et al.* (2010), dont les résultats sont corroborés par la littérature (O'Reilly *et al.*, 2010), relèvent ainsi que les sages-femmes qui ont suivi des formations dans des cadres institutionnels soutenant et facilitants tels que précités se sentent plus concernées par les violences conjugales, et d'avantage capables d'aborder le sujet avec une meilleure connaissance de la thématique et une confiance en elle grandie. Il est intéressant de relever que si apparemment un cadre facilitant et soutenant représente un atout en matière de dépistage, l'une des études retenue dans le cadre de ce travail relève qu'en post-formation (cinq ans après), plus de la moitié des professionnel.le.s ne considèrent plus le manque de soutien institutionnel comme un obstacle majeur (Baird *et al.*, 2013). Toutefois ce résultat est à pondérer tenant compte du contexte dans lequel cette étude a été conduite puisqu'il s'agissait en l'occurrence de la mise en œuvre d'un programme de dépistage et prise en charge des violences conjugales, bénéficiant non seulement d'un soutien institutionnel mais également politique.

Plusieurs études (Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Mezey *et al.*, 2003) montrent à ce titre comment l'environnement de travail influence la capacité des sages-femmes à dépister. Ainsi, un environnement professionnel soutenant une prise en charge holistique des femmes, attribuant autant d'espace aux problématiques gynéco-obstétricales que

psychosociales, sera susceptible d'accorder aux violences conjugales une place équivalente au dépistage de la prééclampsie ou du diabète gestationnel, par exemple, dont les taux d'incidence comparés à celui des violences conjugales demeurent cependant moindres (Gazmararian *et al.* 2000 ; O'Reilly *et al.*, 2010). Les études relèvent aussi des différences dans l'espace alloué au dépistage des violences conjugales entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes communautaires, ces dernières semblant plus à même d'intégrer les problématiques psycho-sociales dans leur prise en charge et plus efficaces dans le travail en réseau. Cette idée rejoint un débat plus large sur les paradigmes de soins, où l'on trouve deux positions dualistes, l'une centrée sur le « problème » de l'individu pris en charge et l'autre sur la personne prise en soin dans sa globalité. L'une des études conclut que la réconciliation de ces deux postures peut s'opérer dans un environnement professionnel facilitant et soutenant leur réconciliation (Lazenbatt *et al.*, 2009).

F. Efficacité des programmes de dépistage

Au travers de notre revue de la littérature, il apparaît ainsi qu'une formation permet de dépasser certains freins intrinsèques aux sages-femmes : méconnaissance du sujet, crainte de poser la question, inconfort à aborder le sujet, manque ressenti de légitimité à investiguer, inhabilité à référer les cas de divulgation. D'autres freins, extrinsèques, ne peuvent toutefois être adressés qu'au travers d'un soutien institutionnel : manque de temps, absence de protocole/directives/procédures, de matrice de soutien – qu'il s'agisse de documentation réelle ou virtuelle, de personnes de référence ou d'espace de parole lorsque les sages-femmes sont confrontées à des situations graves et difficiles ou que cela ravive chez elles des émotions plus personnelles – absence de partenariat avec le réseau (Baird *et al.*, 2013 ; Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Mezey *et al.*, 2003 ; O'Campo *et al.*, 2011 ; Salmon *et al.*, 2006). La littérature internationale abonde également dans ce sens (Marchant *et al.* 2001).

La formation par ailleurs génère des coûts pour lesquels un soutien financier complémentaire est nécessaire. Une étude conduite en 2010 visant à explorer la formation au travers de tables rondes interactives sur les violences en périnatalité et le travail en réseau, a relevé que si cette approche éducative semblait avoir un impact positif sur les participant.e.s et leur pratique, il était cependant nécessaire de conduire des études d'économicité afin de mesurer l'impact global de ce type de formations et l'intérêt de leur mise en œuvre (Baird & Salmon, 2010).

Si certaines études relèvent l'impact positif de la formation en terme par exemple d'augmentation du taux de divulgation, d'autres études relèvent qu'il n'existe aucune différence entre les taux de divulgation collectés après avoir suivi une formation ou non (Torres-Vitolas *et al.*, 2010). Si l'on peut se demander légitimement si la formation apporte effectivement un bénéfice relatif à l'augmentation du taux de divulgation, on peut également se demander dans quelle mesure ce point ne viendrait pas soutenir les recommandations de O'Campo *et al.* (2011). En effet, selon sa revue de la littérature, la mise en œuvre d'un programme de formation au dépistage des violences conjugales peut être considérée comme un succès si les taux de divulgation augmentent. Or cette revue indique qu'une formation ne peut être un succès que si elle se déroule dans des conditions cadres telles que citées plus avant. Ainsi, il serait légitime de penser que si les taux de divulgation n'augmentent pas après une formation, cela serait dû au fait que la formation n'a pas pu être donnée dans les conditions cadre requises. Il est de ce point de vue ennuyeux de constater que les conditions cadre ne peuvent être facilement réunies puisqu'elles englobent le soutien institutionnel tant en termes de soutien idéologique, logistique, financier qu'en terme de communication interne et externe.

D'autres études notent également que le taux de divulgation est intimement corrélé à l'expérience des professionnel.le.s et également au nombre de fois où les professionnel.le.s ont été exposé.e.s à la thématique (Salmon *et al.*, 2006 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010). Si parfois la notion d'âge des professionnel.le.s apparaît, les jeunes sages-femmes se sentant moins compétentes pour dépister (Lazenbatt *et al.*, 2005), il semble que l'abord de la thématique soit le fait de facteurs socio-démographiques qu'aucune formation ne pourra dépasser, qu'il s'agisse d'âge ou d'origine ethnique. Concernant précisément l'aspect socio-démographique, il est intéressant de relever que la prise en charge des violences conjugales doit selon la littérature, s'aborder de manière locale. En effet, selon le contexte socio-démographique des victimes mais également des professionnel.le.s, la manière d'adresser la question d'un vécu de violence et d'y répondre diffère (Torres-Vitolas *et al.*, 2010). La formation se doit donc de tenir compte du contexte dans lequel elle est dispensée et doit être adaptée en conséquence.

G. Les buts des programmes de dépistage de la violence

Enfin, au travers des articles retenus dans ce travail se pose la question du but donné au dépistage. Cette question est reprise dans la littérature où commence à émerger une

certaine forme de critique envers les études qui n'ont étudié les bénéfices du dépistage qu'à travers leur seul impact en terme de réduction immédiate de la violence (Gillioz et al., 2003 ; O'Reilly et al., 2010 ; Stöckl et al., 2013). Ces études récentes prennent le contrepied des anciennes et estiment que l'augmentation du taux de divulgation permise par le dépistage systématique représente un autre critère d'efficacité d'importance dans la mesure où il permet l'identification accrue des victimes. Le dépistage est alors considéré comme l'une des étapes d'un long parcours, en raison de la complexité des processus de dépistage et de la myriade de facteurs intervenants entre le dépistage et un changement en termes de réduction de la violence (O'Campo et al., 2011).

Ces notions divergentes quant aux buts attendus du dépistage sont importantes : en effet, il est pertinent, avant de former les professionnel.le.s en matière de dépistage des violences, de définir le but visé afin de donner un sens à cette pratique: cherche-t-on à détecter les victimes de violence – c'est-à-dire augmenter le taux de divulgation – où avoir des résultats significatifs sur la réduction des abus et leurs conséquences materno-fœtales ? La plupart des sages-femmes dans les études retenues s'accordent pour dire que leur rôle dans le dépistage ne consiste pas à permettre aux femmes de sortir d'une relation abusive. Elles estiment que cette finalité ne peut se dérouler qu'en plusieurs étapes sur un laps de temps long. Cette posture, corroborée par les études précitées, valorise et légitime le rôle des sages-femmes à dépister en amont et à offrir dans un premier temps aux femmes victimes l'occasion de parler et d'être écoutées.

S'il peut être extrêmement frustrant pour les sages-femmes de ne pas parvenir à sortir les femmes d'une relation abusive, cela ne relève pour autant pas de leur responsabilité. Il n'en demeure pas moins qu'elles ont la possibilité d'ouvrir une première porte pour les victimes en leur permettant de divulguer les abus. Le choix des femmes quant à la suite à donner ne leur appartient pas. Les résultats d'une étude australienne abondent dans ce sens puisque moins d'un quart des femmes enceintes ayant divulgué un vécu de violence conjugale se sont montrées volontaires pour bénéficier d'un soutien accru offert par les sages-femmes (Jones & Bonner, 2002).

Ainsi, en cas de divulgation, les sages-femmes pensent selon une étude retenue dans le cadre de notre travail, que leur rôle doit se confiner à la transmission d'information et à l'orientation vers le réseau ad hoc. Elles expriment ne pas souhaiter adopter un rôle de « counseling » qui selon elles, va au-delà de leurs compétences et qu'au-delà de cela, il appartient aux femmes de décider ce vers quoi elles veulent aller dans un premier temps (Mezey *et al.*, 2003). Les sages-femmes relèvent d'autre part qu'il ne serait pas

réaliste d'intégrer le counseling dans leurs tâches, par manque de temps. A contrario, dans une autre des études retenues les sages-femmes pensent que le counseling fait et doit faire partie de leurs tâches (Finnbogadottir & Dykes, 2012), donnée corroborée par la littérature (Stenson *et al.*, 2005 cités par Finnbogadottir & Dykes, 2012). Ici encore, il est important de s'accorder sur ce qui est entendu par « counseling » car sur le fond, la notion de counseling suit les mêmes principes de savoir-être évoqués plus haut selon Carl Rogers, communs à de nombreuses professions de santé et de soin. Pour les sages-femmes, le counseling s'entend dans la capacité à accueillir adéquatement une divulgation de violence conjugale, et la compétence à travailler en interdisciplinarité afin d'initier la mise en place d'un réseau d'aide global autour de la victime (médecins, psychologue, assistante sociale, foyers d'urgence, associations spécialisées dans le soutien aux victimes, aide juridique).

La notion de manque de temps quant à elle, pour ne peut être occultée, elle est non seulement mentionnée dans l'ensemble des études retenues mais également présente et relevée par d'autres études internationales (Protheroe *et al.*, 2004).

H. Un obstacle majeur au dépistage : la présence du père

Les études montrent que deux types de contraintes demeurent, indépendamment d'une formation ou d'un soutien institutionnel : il s'agit de la présence du conjoint/ d'un tiers, et de la barrière de la langue.

La présence du père est perçue au travers de six articles sur sept comme représentant une entrave majeure au dépistage (Baird *et al.*, 2013; Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2009; Mezey *et al.*, 2003 ; Salmon *et al.*, 2006 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010).

La grossesse et l'accouchement ne sont plus aujourd'hui seulement une histoire de femmes et les pères sont de plus en plus encouragés à prendre part à la période périnatale: ils accompagnent leurs partenaires pendant la grossesse et sont présents à l'accouchement. La présence d'un tiers est d'ailleurs reconnue comme un droit pour les femmes enceintes ainsi que pour les familles, et l'offre de service en maternité est aujourd'hui faite de façon à intégrer les pères ou d'autres membres de la famille, ce qui s'avère être soutenant pour beaucoup de femmes mais dommageable pour celles qui se trouvent dans des situations d'abus conjugaux, les privant de la possibilité de

demander ou de bénéficier d'aide. Ainsi, la question de la place accrue du père en périnatalité, évolution qui témoigne d'un changement récent des mentalités, a des implications pour la prise en charge des femmes dans des situations conjugales abusives. Les études montrent en effet qu'il est contre-productif de questionner les femmes sur un vécu de violence conjugale en présence du partenaire, à la fois parce que les femmes ne répondront pas honnêtement par peur de représailles mais également, notamment dans le cas de suspicion, parce que les sages-femmes redoutent la réaction potentielle de conjoint auteur de violence (Finnbogadottir & Dykes, 2012, Mezey *et al.*, 2003 ; Williams *et al.*, 2013).

Les études montrent comment les sages-femmes parviennent à mettre en place des stratégies leur permettant de contourner la présence du conjoint pour bénéficier d'un moment seule à seule avec les patientes (Baird *et al.*, 2013 ; ; Mezey *et al.*, 2003). Ce type d'initiative « sauvage » se retrouve dans la littérature (Edin & Högberg, 2002 ; Marchant *et al.* 2001). Ces stratégies ont toutefois des limites : d'une part, le laps de temps en tête à tête demeure très court, ce qui risque d'être insuffisant pour des situations complexes telles qu'un vécu de violence au foyer. D'autre part, s'il s'agit d'une première consultation, le lien de confiance n'est pas encore créé et il peut sembler abrupt de dépister dans ces moments « volés ». Les sages-femmes tendent à considérer que le dépistage devrait pouvoir être répété ultérieurement, par exemple lors de la consultation à six mois de grossesse (Baird *et al.*, 2013). L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande également le dépistage répété, idéalement lors de la première consultation puis au moins une fois par trimestre durant la grossesse ainsi que lors de la consultation du post-partum à six semaines (2012). La littérature indique par ailleurs que si la question d'un vécu de violence est adressée à plusieurs reprises, les taux de divulgation sont plus élevés (Covington *et al.* cités par Baird *et al.*, 2013 ; Clements *et al.*, 2011 cités par Menezes Cooper, 2013 ; McMahon & Armstrong, 2012 cités par Menezes Cooper, 2013). Une des études retenue dans le cadre de ce travail relève que de nombreuses sages-femmes ont le sentiment que le dépistage d'un phénomène de violence conjugale les amène à entretenir avec les patientes une forme de relation basée sur la conspiration dans la mesure où le dépistage ne peut se faire qu'à l'insu du conjoint afin d'éviter ses soupçons et possibles représailles (Mezey *et al.*, 2003). La littérature relève qu'il serait adéquat de développer des bonnes pratiques qui permettraient aux sages-femmes de légitimement pouvoir disposer d'un temps seule à seule avec les patientes (Marchant *et al.*, 2001).

I. Dépister la violence chez les femmes non francophones

La barrière de la langue est un autre problème qui touche également à celui de la présence d'un tiers, cette présence étant parfois indispensable à des fins de traduction. Elle représente souvent pour les professionnel.le.s un obstacle majeur au dépistage (Baird *et al.*, 2013 ; Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Protheroe *et al.*, 2004 ; Williams *et al.*, 2013). Lorsque la barrière linguistique est cumulée à la présence d'un tiers interprète, les freins au dépistage tendent à se cumuler. Il s'agit dès lors d'établir une relation de confiance avec une patiente et ce, par personne interposée. Au-delà de cela, la patiente peut ne pas être encline à divulguer un acte de violence en présence d'un.e interprète faisant partie de son cercle personnel et/ou intime (Baird *et al.*, 2013). En présence d'un.e interprète neutre et professionnel.le, il peut en aller de même en raison de la honte et du tabou qui règnent autour de la thématique d'une part, et du fait que la patiente doit également instaurer une relation de confiance avec l'interprète d'autre part.

Parallèlement à cela, si les sages-femmes se sentent peu outillées pour faire face aux violences conjugales, il est légitime de penser que les interprètes ne le sont pas nécessairement non plus et qu'il ne serait éthiquement pas acceptable d'omettre de les former au prétexte que ces personnes n'interviennent qu'en tant qu'intermédiaires (Edin & Högberg, 2002).

Enfin, il ne faut pas occulter la notion socio-culturelle qui outre le potentiel problème de langue, pose le débat dans une optique complexe et oblige à un questionnement éthique à nouveau. Nul doute que les femmes n'adhèrent pas à l'idée de violence, mais qu'en est-il de leurs perceptions et des interventions préventives et protectrices des professionnel.le.s de santé sur des populations, qui sans pour autant la valider, considèrent la violence conjugale comme une norme culturelle ? Ce dernier point peut se révéler problématique tant au niveau de la patiente qu'au niveau de l'interprète qui ne pourrait comprendre voire traduire une notion qui n'aurait pas un équivalent en tant que tel. Il est par conséquent important de pouvoir faire appel à un.e interprète non seulement linguistique mais également culturel.le de confiance et disposer de moyens financiers suffisants permettant d'accéder à ces professionnel.le.s. (Baird *et al.*, 2013 ; Finnbogadottir & Dykes, 2012). Les sages-femmes relèvent qu'il est également approprié de prévoir la documentation destinée aux patientes (qu'il s'agisse de brochures d'informations, de posters de prévention, etc.) disponible dans plusieurs

langues, bien que cela requière également la mise à disposition de moyens financiers supplémentaires (Edin & Högberg, 2002).

J. Pour conclure...

L'attitude hésitante et parfois inadéquate des sages-femmes dans le cadre du dépistage et la prise en charge des violences conjugales repose sur le fait qu'elles manquent de confiance, tant en raison de leur méconnaissance ou connaissance théorique partielle du sujet, que de leur manque d'expérience pratique dans le dépistage ou encore en raison de barrières au dépistage sur lesquelles elles n'ont pas de prise (Baird *et al.*, 2013, Finnbogadottir & Dykes, 2012 ; Lazenbatt *et al.*, 2009 ; Mezey *et al.*, 2003 ; O'Campo *et al.*, 2011 ; Salmon *et al.*, 2006 ; Torres-Vitolas *et al.*, 2010).

Les sages-femmes notent également au travers de la littérature, leur sentiment de ne pas être intégrées au réseau (Marchant *et al.*, 2001) et la littérature relève l'incontournable besoin d'aborder les violences conjugales en collaboration avec des organismes spécialisés (Baird *et al.*, 2012 ; Williams *et al.*, 2013).

L'expérience semble constituer un facteur favorisant la pratique du dépistage, et les formations ne doivent pas se limiter au seul champ théorique mais apporter des compétences pratiques. Dépister et prendre en charge un aveu de vécu de violence conjugale semble difficile à faire sans les soutiens pratiques de procédures, et les procédures n'ont pas d'impact dans la pratique si les professionnel.le.s n'y ont pas été sensibilisé.e.s et formé.e.s (Baird *et al.*, 2013 ; O'Campo *et al.*, 2011 ; Salmon *et al.*, 2006 ; Stöckl *et al.*, 2013).

VIII. Retour sur la pratique

A l'issue de notre revue de la littérature et au terme de la discussion, il apparaît qu'un certain nombre de recommandations peuvent être émises en vue de soutenir les sages-femmes dans leur pratique du dépistage des violences conjugales.

Le dépistage et la prise en charge des violences conjugales dépendent de nombreux facteurs qu'il faut replacer dans leur contexte socio-démo-géographique. Au niveau suisse, le Conseil fédéral soutient la lutte contre les violences dans les relations de couple, avec l'appui du législateur. Les victimes ont droit à une aide immédiate de conseil, de logement, juridique, psychologique et financière et les professionnel.le.s de la prévention et lutte contre les violences conjugales travaillent en réseau selon un mode propre à chaque canton.

Les connaissances empiriques de la thématique et la méconnaissance des mécanismes de soutien en cas de divulgation sont déstabilisantes pour les sages-femmes et une formation adaptée, théorique et pratique, semble nécessaire.

Sachant qu'il existe un certain nombre de facteurs sur lesquels il n'est pas possible d'avoir prise, il s'agit d'émettre des recommandations réalistes, détaillées sans être spécifiques de sorte à ce qu'elles puissent aisément être adaptées d'un canton à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'un univers socio-démo-géographique à un autre, en Romandie et plus spécifiquement dans les cantons de Vaud et Genève.

Les cantons offrent d'ores et déjà un certain nombre de formations théoriques et pratiques mais leurs contenus sont parfois trop spécifiques ou a contrario pas assez, les publics-cibles sont larges (tous champs professionnels confondus) or comme nous l'avons relevé, les besoins des professionnel.le.s sont différents, il n'existe par ailleurs aucune formation spécifiquement orientée sur le dépistage en périnatalité.

La constitution d'un groupe de travail transdisciplinaire regroupant sages-femmes et gynéco-obstétricien.ne.s pourrait être recommandée suite à cette revue de littérature de sorte à favoriser le travail collaboratif et à stimuler la prise en charge en évitant les approches éventuellement redondantes (afin d'éviter la répétition du témoignage auprès de multiples intervenant.e.s) ou les manquements qui pourraient découler d'une approche non-commune.

S'agissant des sages-femmes, dans le canton de Vaud, actuellement le dépistage fait partie de la trame d'entretien des sages-femmes conseil que les femmes rencontrent sur une base volontaire, en général au quatre ou cinquième mois de grossesse. Dans le canton de Genève, les sages-femmes en première ligne sont les sages-femmes formées aux entretiens prénataux. Par ailleurs, sont également concernées assez directement, les sages-femmes indépendantes.

Il s'agirait pour constituer ce groupe de travail, de contacter par le biais de la Fédération suisse des sages-femmes, les sections Vaud-Neuchâtel-Jura et Genève, l'Arcade sages-femmes à Genève, PROFA dans le canton de Vaud, exposant l'idée de la mise sur pied d'un groupe de travail destiné à mobiliser les spécialistes du dépistage afin d'élaborer des recommandations en vue du développement des compétences sages-femmes à dépister les violences conjugales en périnatalité. Il serait également important de faire participer des sages-femmes hospitalières en les invitant par le biais de leurs responsables d'unités.

Concernant les gynécologues, l'approche pourrait se faire au travers des sociétés locales de médecines, l'Association des médecins genevois d'une part et la Société vaudoise de médecine d'autre part, qui pourraient adresser aux gynécologues-obstétricien.e.s privé.e.s mais également travaillant en milieu hospitalier, un courrier proposant la nomination de représentant.e.s prêt.e.s à s'investir dans ce groupe de travail.

Financièrement, outre les moyens dont disposent les associations et fondations précitées, il serait envisageable d'adresser des demandes de subventions privées. La Fondation Leenaards à Lausanne, pour ne citer qu'elle, favorise les actions conjointes et les rapprochements Vaud-Genève et pourrait selon conditions et admission de la demande de subsides, offrir un apport permettant d'une part la création du groupe de travail mais également la diffusion publique au travers de son rapport annuel, de l'implication des professionnel.le.s en matière de lutte contre les violences conjugales en périnatalité. La communication favorise à la fois l'adhésion à la cause du grand public mais aussi des professionnel.le.s.

Concrètement, les deux cantons pour se limiter à ceux-ci, disposent déjà d'un protocole d'intention à l'usage des professionnel.le.s sur la violence conjugale (le DOTIP), document relativement complet, présentant les violences conjugales, leur prévalence, conséquences et les cycles de la violence mais également la manière dont il faut agir

(dépistage et suivi) et enfin le réseau à disposition. Pratiquement, selon les informations recueillies auprès de praticien.ne.s de terrain, peu de professionnel.le.s ont connaissance de l'existence de ce protocole.

Les professionnel.le.s de maternité devraient selon nous, pouvoir tous bénéficier d'un **cours magistral, dispensé en auditoire**, par exemple dans le cadre de la Journée en périnatalité qui se déroule annuellement à Genève et/ou dans le cadre de journée dédiée dans chaque canton. Selon nos recherches, des cours de sensibilisation Violence Conjugale ont été proposés à Genève en 2009. Il nous paraîtrait adéquat de renouveler régulièrement cette offre.

Au-delà du cours magistral, les professionnel.le.s de maternité confrontées en première ligne et les professionnel.le.s intéressé.e.s par la thématique en particulier devraient pouvoir suivre une **session pratique et bénéficier de formations continues annuelles** si possible. Les sessions pratiques permettent d'expérimenter la théorie mais également d'échanger autour des perceptions, expériences et le vécu et cas échéant, de repenser les modes d'action et d'approches.

Idéalement, toutes les sages-femmes devraient pouvoir suivre une formation pratique. Concrètement, nous entrevoyons deux limites à cette idée : d'un part, la question de l'adhésion de chacun à s'investir dans la thématique, avec l'idée qu'il est important de laisser un libre choix dans la participation à une telle formation afin d'assurer une véritable et sincère implication. D'autre part, il n'est évidemment pas possible d'occulter les coûts liés à la formation. A noter toutefois que l'optique peut-être totalement différente dès lors que la formation devient obligatoire et/ou est soutenue par des instances supérieures cantonales et/ou institutionnelles, ce sur quoi les sages-femmes seules n'ont pas de prise.

Il nous paraît indispensable d'associer à ce groupe de travail, des professionnel.le.s des violences conjugales, actifs dans le réseau, permettant à la fois de faire connaître concrètement le réseau et certain.e.s de ses représentant.e.s, et de soutenir émotionnellement à titre professionnel et privé cas échéant, les participant.e.s.

Pratiquement le groupe de travail aurait pour mandat d'établir un rapport qui serait adressé aux hôpitaux, aux réseaux cantonaux, aux associations professionnel.le.s concerné.e.s et qui soutiendraient le dépistage et la lutte contre les violences conjugales. Ce rapport comprendrait :

- une invitation à réfléchir au but à attribuer au dépistage avant toute décision de mise en œuvre d'un programme spécifique : divulguer ou faire diminuer les conséquences gynéco-obstétricales et/ou réduire les récidives ?
- un exemple de questionnaire destiné aux professionnel.le.s de la périnatalité permettant d'identifier leurs besoins en vue de promouvoir le dépistage (dont le but serait défini préalablement) et la prise en charge des violences conjugales
- une trame de protocoles et/ou procédures précis relatifs au dépistage et à une prise en charge (comportant des phrases type relatives au questionnement, les adresses du réseau,...)
- une offre de conseil permettant de s'assurer de la sensibilité des protocoles et/ou procédures en s'appuyant sur les spécialistes du domaine
- une invitation à nommer un.e référent.e interne ou externe par canton/région/institution en tant que personne ressource à destination des professionnel.le.s, en expliquant ses fonctions
- une trame permettant de mettre sur pied une formation pratique basée sur les besoins des professionnel.le.s, comprenant
 - une partie théorique:
 - concernant la transmission de connaissances fondamentales sur la prévalence, les conséquences, les cycles de la violence, les signes d'appel, les groupes à risque
 - définissant le dépistage, la prise en charge et leurs buts (informer et expliquer)
 - informant du souhait des femmes à être dépistées, des moyens légaux à disposition, du réseau existant et de son fonctionnement, de l'existence d'une personne de référence et sa fonction de l'existence de protocoles
 - précisant où accéder à l'ensemble de ces informations
 - une formation pratique :
 - comprenant des simulations, études de cas, jeux de rôle
 - présentant des propositions de formulation et phrases type, des grilles de dépistage
 - intégrant des temps de partage, de pratique réflexive autour de la perception, de l'expérience mais également autour de l'élaboration de « stratégies » pour contourner la présence d'un tiers et faire face à la barrière linguistique
- une offre d'aide, sur demande, aux hôpitaux universitaires et périphériques, aux groupements de sages-femmes, etc. à développer un programme de mise en

œuvre du dépistage à leur niveau, tenant compte des besoins propres à chacun.e selon son contexte socio-démographique.

Le but de ce groupe de travail serait de mobiliser et mettre en lien les personnes déjà impliquées dans la lutte contre les violences dans un projet concret de développement des compétences de dépistage en périnatalité, et sensibiliser les milieux de la périnatalité afin de les motiver à s'informer et se former.

D'un point de vue plus personnel, il nous est apparu que nous étions sensibilisées à la thématique, et que nous n'avions pas une perception erronée de l'état des lieux de la pratique du dépistage systématique par les sages-femmes dans la littérature, si ce n'est que nous sous-estimions initialement le pourcentage de sages-femmes en faveur du dépistage systématique ainsi que le fait qu'elle considèrent avoir un rôle clé à jouer dans ce dépistage. Nous avons également mesuré notre propre incompetence pratique pour nous livrer au dépistage systématique, et estimons qu'en sus de nos convictions et compétences personnelles, il est important que nous puissions bénéficier d'ateliers pratiques de simulation et jeux de rôle afin de nous armer et de nous permettre de faire face cas échéant.

IX. Faiblesses et forces de la revue de littérature : vers de nouvelles ouvertures

A. Limites et faiblesses

1. Difficulté à généraliser les résultats

Les études retenues ainsi que les références bibliographiques parcourues relèvent qu'il est difficile de généraliser les données ou de faire une méta-analyse, point qui apparaît également de manière redondante dans les revues systématiques et les publications Cochrane qui traitent des violences conjugales, quel que soit l'angle d'abord de la thématique. En effet, et c'est également le cas dans ce travail de Bachelor, tant le dépistage que la prise en charge des violences conjugales relèvent d'une myriade de facteurs qu'il n'est pas possible d'intégrer in extenso dans une seule revue de la littérature. Pour ce faire, il faudrait pouvoir bénéficier ou effectuer plusieurs études internationales multicentriques portant sur des critères d'inclusion et d'exclusion très spécifiques et tenant compte des contextes socio-démographiques des patientes et des professionnel.le.s, dans le seul secteur de la maternité. Par ailleurs, le questionnement autour du dépistage des violences conjugales nécessite d'axer la recherche sur des points également de l'ordre de l'émotionnel et du personnel qui par définition sont subjectifs.

2. Dépistage systématique vs dépistage sur signe d'appel

Le questionnement de ce travail repose sur le développement des compétences sages-femmes vis-à-vis du dépistage systématique, mais il aurait été intéressant d'étudier les compétences spécifiquement nécessaires au dépistage sur signe d'appel. Si nous avons énuméré les signes devant rendre les professionnel.le.s vigilant.e.s, nous n'avons pas traité des spécificités du dépistage sur signe d'appel qui recouvre d'autres problématiques, notamment la question de la responsabilité des soignant.e.s confronté.e.s à des signes visibles de violence conjugale. En outre, pragmatiquement, le dépistage systématique ne se prête pas à tous les secteurs périnataux tel que par exemple celui de la salle d'accouchement où il ne nous apparaît pas pertinent de poser à ce moment de la vie des femmes des questions de routine relatives à un vécu de violence conjugale. En revanche, il aurait été intéressant de comprendre quels sont les

besoins des sages-femmes pour pratiquer le dépistage sur signe d'appel et ce qui peut faire obstacle à un tel dépistage.

3. La périnatalité limitée au prénatal

Ce travail de Bachelor aborde le dépistage en prénatal au dépend du dépistage en périnatalité, comprenant précisément l'intra-partum et le post-partum en plus du champ prénatal. Il serait intéressant de poursuivre la recherche de sorte à couvrir l'ensemble des champs de la périnatalité et par extension s'intéresser à un point également peu abordé, à savoir s'il existe un ou des moments opportuns pour dépister.

4. Devoir de documentation vs devoir de confidentialité

Le devoir de documentation a également été éludé dans ce travail. Les études parcourues démontrent cependant que la question mérite que l'on s'y attarde. Les lois d'une part, le Code International de Déontologie des sages-femmes et le consentement des patientes d'autre part, mettent les sages-femmes dans une posture parfois délicates et il serait intéressant de pouvoir clarifier l'attitude à adopter et pratiquement, comment procéder.

5. Les outils de dépistage

Concernant le dépistage en lui-même, la littérature montre qu'il existe un certain nombre d'outils (quatorze questionnaires validés internationalement à ce jour dont un seul fait référence à la maternité de manière directe). Si ce travail a permis de prendre connaissance de l'existence de ces outils, il semble important de s'attarder plus amplement sur la thématique du questionnement, de l'adéquation des questionnaires, de l'efficacité des entrevues versus questionnaires auto-administrés aux patientes et des différents type d'approche du dépistage qui conduisent à la divulgation.

6. La question du coût de la formation au dépistage

Il serait également intéressant de pouvoir chiffrer les coûts du dépistage, qu'il s'agisse de la formation des professionnel.le.s, de la mise en place concrète de programmes de dépistage ou encore de la prise en charge des victimes et éventuellement également des auteurs voire des professionnel.le.s.

B. Forces

1. Une revue de littérature ciblée

Les faiblesses et limites de ce travail de Bachelor en font ses forces puisque plutôt qu'une limitation elles permettent d'ouvrir le sujet à de nouvelles interrogations. Cette revue repose sur des articles ciblés qui ont permis d'adresser la problématique selon les hypothèses émises en début de travail et selon plusieurs angles qui enrichissent la réflexion et ouvrent vers de nouveaux questionnements. En outre, les résultats de cette revue de littérature sont corroborés par d'autres études internationales.

2. Mise en lien avec les compétences sage-femme et la recherche en matière de santé des femmes

Au travers de ce travail, il a été possible d'adresser les neuf compétences sage-femme, base de notre formation. Il s'est agi par le biais de la recherche, d'adopter une démarche éthique, dans le respect de l'éthique envers les victimes, afin de comprendre comment s'engager en matière de prévention et promotion de la santé, de sorte à pouvoir accompagner les victimes, tenant compte de l'environnement professionnel en terme de temps, d'organisation et de moyens à disposition, sachant que la sage-femme peut être confrontée à l'urgence dans la prise en soin.

Enfin, si la recherche dans d'autres domaines nous était connue, ce travail a permis l'ouverture vers la recherche sage-femme et ses spécificités.

Si notre engagement en faveur des femmes et des enfants à naître et nés était présent à l'aube de la rédaction de ce travail, c'est toujours plus convaincues que nous aboutissons à sa conclusion, conscientes qu'il existe un potentiel d'ouverture tant en matière de recherche qu'en pratique.

3. Retour sur la pratique : applicabilité immédiate

Les propositions émises dans ce travail sont concrètes. Elles peuvent être relativement aisées à mettre en œuvre dans la mesure où il s'agit de travailler avec un réseau existant et dans la mesure où la lutte contre les violences conjugales est fondamentalement soutenue par la Confédération et par des instances cantonales spécifiquement mandatées à cet effet.

X. Conclusion

La violence conjugale est aujourd'hui reconnue comme un véritable problème de santé publique, en raison de sa prévalence, de ses conséquences à court, moyen et long termes, et la question du rôle des professionnel.le.s de santé dans le dépistage des violences conjugales est une thématique d'importance. La littérature relève que les femmes sont enclines à être questionnées de manière systématique sur un potentiel vécu de violence et note que les professionnel.le.s de santé occupent une place privilégiée pour offrir un espace de parole aux femmes victimes de violence conjugale. Aussi les autorités politiques et sanitaires recommandent la pratique du dépistage systématique des violences conjugales par les professionnel.le.s de santé en général et les sages-femmes en particulier.

Afin d'aborder cette thématique, cette revue de la littérature s'étaye sur une hypothèse de départ mentionnant que le dépistage systématique des violences conjugales n'est pas intégré dans la pratique sage-femme parce que ces dernières ne se sentent pas compétentes pour dépister. Pour tenter de répondre à ce postulat de base, une question de recherche se pose : quelles compétences sont à développer pour les sages-femmes dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugale en périnatalité afin de dépasser les barrières au dépistage et apporter un bénéfice dans leur pratique ? C'est donc sur la base de l'analyse de sept articles que cette revue de la littérature tente d'y apporter une réponse pertinente.

Il convient de rester conscient.e.s des limites de ce travail de Bachelor (revue non-exhaustive de la littérature). Toutefois, il permet de faire ressortir des résultats corroborés par d'autres études et mettent à jour certaines contradictions importantes pour la pratique :

Tout d'abord, si les sages-femmes sont favorables au dépistage et estiment avoir un rôle clé à jouer au sein de cette problématique de santé publique, seule une minorité d'entre elles s'attèle à pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales.

D'autre part, si les autorités politiques et sanitaires recommandent le dépistage systématique des violences conjugales en périnatalité et attendent des professionnel.le.s de santé qu'elles/ils soient investi.e.s dans cette mission, en pratique, les professionnel.le.s de santé en général et les sages-femmes en particulier expriment

un fort sentiment d'incompétence à la pratique du dépistage, et identifient toute une série d'obstacles entravant sa mise en œuvre.

Les conclusions de cette revue confirment le fait que certaines des barrières identifiées par les sages-femmes sont intimement liées à un fort sentiment d'incompétence, et peuvent être dépassées en leur donnant accès à des formations adaptées.

Outre une formation théorique permettant de consolider le sentiment de légitimité des sages-femmes à dépister, une formation pratique sur le dépistage s'avère nécessaire pour asseoir leur sentiment de compétence à aborder la question et réagir de manière adéquate en cas de divulgation. Enfin, cette revue identifie le soutien institutionnel comme une condition cadre idéale – mais non primordiale – pour la mise en place d'un programme de formation au dépistage et la promotion d'une culture du dépistage.

Ce travail est mu par des considérations éthiques : alors que cela rentre dans leur champ de responsabilité, le sentiment d'incompétence face au dépistage systématique exprimé par les sages-femmes les conduit à rencontrer quotidiennement des victimes sans être en mesure de les identifier. Cela n'est pas tolérable. Nous espérons que ce travail aidera à prendre conscience de la nécessité de venir combler cette lacune.

XI. Bibliographie

A. Liste de références bibliographique

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2014). *La violence à l'égard des femmes : un phénomène omniprésent*. Accès <http://fra.europa.eu/fr/press-release/2014/la-violence-legard-des-femmes-un-phenomene-omnipresent>

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2014). *Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref*. Accès http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-apr14_fr.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Committee opinion. Accès <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Intimate-Partner-Violence>

Arcos, E., Uarac, M., Molina, I., Repossi, A. & Ulloa, M. (2001). Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Rev. Med. Chil.*, 129(12), 1413-24.

Association Mémoire Traumatique et Victimologie. (2009). *Violence conjugale*. Accès <http://memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>

Association Vivre sans violence. (2011). *Les origines de la violence*. Accès http://www.violencequefaire.ch/fr/entourage/violence_couple/origines_violence/index.php

Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2002). *Women's perceptions and experiences of routine inquiry for domestic violence in a maternity service*. *BJOG*, 109, 9-16.

Baird, K. & Salmon, D. (2010). An enquiry of « Every3Days » drama-based workshop developing professional collaboration for women experiencing domestic violence during pregnancy in the South East of England. *Midwifery*, 28, e-886-e892.

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes. Canton de Vaud. (2008). Droit – Expulsion immédiate de l'auteur-e en cas de violence domestique (article 28b alinéa 4 du Code civil suisse). Accès http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/2_Fiche_Expulsion_CCLVD.pdf

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud. (2006). *Violence conjugale : dépistage - soutien – orientation des personnes victimes : protocole d'intervention à l'usage des professionnels*. Lausanne

Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence conjugale. (2007). *Violence conjugale : dépistage – soutien – orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnels*. Fribourg

Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes (2002). *Ecrire les genres : guide romand d'aide à la rédaction administrative et législative épiciène*. [brochure]. Accès www.egalite.ch/uploads/pdf/langage_epicene_guide.pdf

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. (s.d.). *Coordination et réseautage*. Accès <http://www.ebg.admin.ch/themen/00466/00480/index.html?lang=fr>

Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2013). *Coût de la violence dans les relations de couple, rapport de recherche*. Berne : BFEG.

Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2012). *L'état actuel de la recherche sur les victimes et auteur·e·s de violence dans les relations de couple : feuille d'information*.

Bureau Fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2008). *La violence dans les relations de couple : ses causes et les mesures prises en Suisse*. Berne.

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. (s.d.). *Violence domestique*. Accès <http://www.ebg.admin.ch/themen/00466/?lang=fr>

Burquier, R. & Hofner, M.C. (2010). Violence : les femmes font confiance au milieu médical. *Revue Médicale Suisse*, 6, 526-529.

Canton de Vaud. (s.d.). *Violence domestique. Législation. Code pénal suisse : de nouvelles mesures pour combattre efficacement la violence conjugale*. Accès <http://www.vd.ch/themes/vie-privee/violence-domestique/politique-cantonale/legislation/>

Canton de Vaud. (s.d.). *Levée du secret médical*. Accès <http://www.vd.ch/themes/sante/professionnels/levee-du-secret-medical/>

Casanueva, C.E., & Martin, S.L. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(5), 603-622.

Champenoux, C. (2011). *Violence conjugale et grossesse : état des lieux de la violence conjugale, conséquences sur la grossesse, dépistage et prise en charge par les professionnels de santé*. Berlin : Editions universitaires européennes.

Cherniak, D., Grant, S., Mason, R., Moore, B. & Pellizzari, R. (2005). Intimate Partner Violence Consensus Statement - SOGC Clinical Practice guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 157, 365-88, Canada.

Code International de déontologie des sages-femmes. (1993). Adopté par la Confédération internationale des sages-femmes au congrès international de Vancouver. Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexf.pdf

Collectif contre les violences familiales et l'exclusion. (2011). *Processus de domination conjugale et prévention*. Accès <http://www.cvfe.be/echapper-violence-conjugale/information-comprendre/processus-domination-conjugale-prevention>

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2014). *Journée internationale des droits des femmes*. « Vous êtes victimes, nous sommes à votre écoute, nous pouvons vous aider... ». Accès http://www.cngof.asso.fr/documents/violence_femme/violence_femmes_enfants.htm

|

Confédération suisse. (2013). *Mouvement de la population. Indicateurs. Âge moyen à la maternité.*

Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>

Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales. (s.d.) *Centres de consultation pour l'aide aux victimes.* Accès

http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Opferhilfe/Adresslisten/Adressen_der_OH-Beratungsstellen.pdf

Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales. (s.d.)

Dispositions légales. Accès <http://www.sodk.ch/fr/domaines/familles-et-societe/aide-aux-victimes/wwwaide-aux-victimesch/dispositions-legales/>

Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales. (s.d.). *Site Internet de l'aide aux victimes en Suisse.* Accès

<http://www.sodk.ch/fr/domaines/familles-et-societe/aide-aux-victimes/wwwaide-aux-victimesch/>

Conseil d'éthique clinique. HUG (2014). *Cadre de référence pour la réflexion éthique : les principes éthiques.* Accès

http://ethique-clinique.hug-ge.ch/formation/etudes_de_cas/cadre_ref_principes_valeurs.html

Darmester, J.P. (2007). *Violence et santé : la CIMPV ou le refus engagé d'une fatalité.* Genève : Editions Médecine et Hygiène

Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile-de-France. (2010).

Mécanismes de la violence conjugale. Support pour sessions de formation. Accès http://www.frerebenoit.net/wp-content/uploads/2011/02/Mecanismes_violence_conjugale_2010_2.pdf

Delespine, M. (2011). *Violences faites aux femmes et maternité. Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quel parcours de prise en charge ?*. (Mémoire de Master en éthique médicale non publié). Faculté de médecine Paris Descartes

Dictionnaire de français Larousse. (s.d). Accès

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>

- Edin, K.E. & Högberg, U. (2002). Violence against women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18, 268-278.
- Egger, T. & Schär Moer, M. (2008). *Causes de la violence dans les relations de couple et facteurs de risque*.
Accès http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/02_Causes.pdf
- Egger, T. & Schär Moer, M. (2008). *La violence dans les relations du couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse*.
Accès http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/BEFG_Violence_relations_de_couple.pdf
- Gazmararian, J.A., Petersen, R., Spitz, A.M., Goodwin, M.M., Saltzman, L.E. & Marks, J.S. (2000). Violence and reproductive health : current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 79-84.
- Gigandet, M. & Mosczytz, S. (2006). *Violence conjugale. Dépistage-soutien-orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s*.
Accès http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/protocoleToutesProfessions.pdf
- Gillioz, L., De Puy, J. & Ducret, V. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne : Payot.
- Gillioz, Gramoni, Margairaz & Fry (Dir.), (2003). *Voir et agir : responsabilités des professionnel.le.s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*.
Genève : Ed. Médecine & Hygiène
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Henrion, R. (2002). *Domestic violence*. Académie nationale de médecine, Les violences familiales

- Henrion, R. (2001). *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé*. Paris : La Documentation Française. Accès <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292/0000.pdf>
- HESAV heds (2009). *Evaluation des compétences Bachelor*. Genève : HESAV heds.
- Hofner M.-Cl. & Viens Python, N. (2004). « C'est assez » *Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origine et développements 2000-2004*. Accès http://www.iump.ch/Publications/pdf/rds104_fr.pdf
- INED. (2001). L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. *Population et Sociétés*, 364, INED Accès http://www.euowrc.org/01.euowrc/06.euowrc_fr/france/13france_ewrc.htm
- Jaspard, M. & l'équipe Enveff. (2001). Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France, *Population et Sociétés*, 364, INED.
- Killias, M., Simonin, M. & De Puy, J. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Berne: Staempfli Publishers Ltd.
- Killias, M., Staubli, S., Biberstein, L. & Bänziger, M. (2012). *Häusliche Gewalt in der Schweiz. Analysen im Rahmen der schweizerischen Opferbefragungen*. Zürich: Universität Zürich, Kriminologisches Institut.
- Koziol-McLain, J., Coates C.J. & Lowenstein, S.R. (2002). Predictive validity of a screen for partner violence against women, *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2), 93-100.
- Lachapelle, H. & Forest, L. (2000). *La violence conjugale : développer l'expertise infirmière*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Lacroix, S. & Offermans, A.-M. (2004). « *Violences Intrafamiliales chez l'Enfant, les Partenaires et les Personnes Agées. Partie 2 : les violences conjugales*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- LAVI. (s.d.). *Dénonciation et plainte – Procédure judiciaire*. Accès <http://www.centrelavi-ge.ch/index.php?q=victimes-que-faire/violences-conjugales/informations-detaillees/la-poursuite-d-office-et-les>
- Lazenbatt, A., Thomson-Cree, M.E.M & McMurray, F. (2005). The use of exploratory factor analysis in evaluating midwife's attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*, 21, 322-334
- Lebas, J., Morvant, C. & Chauvin, P. (2002). *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours*. Académie nationale de médecine.
- Les violences conjugales. (2011). *Le cycle de la violence conjugale*. Accès http://www.eoliaforse.fr/ViolencesConjugales/le_cycle_de_la_violence_conjugale_et_ses_consequences.html
- Marchant, S., Davidson, L.L., Garcia, J. & Parsons, J.E. (2001). Addressing domestic violence through maternity services : policy and practice. *Midwifery*, 17, 164-170.
- Marissal, J.P. & Chevalley, C. (2006). *Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France*. Rapport au Service des droits des femmes et de l'égalité.
- Menezes Cooper, T. (2013). Domestic violence and pregnancy : a literature review. *International Journal of Childbirth Education*, 28.
- Morel, C. (2002). Violences conjugales et grossesse, *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°303.
- O'Reilly, R., Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care : a systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 11, 190-201.

Organisation des Nations Unies. (2008). *Fiche d'information extraite de l'Étude approfondie de la violence à l'égard des femmes demandée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2006 ainsi que du site du Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM) et du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)*, DPI/2498, Genève : Département de l'information des Nations Unies. Accès <http://www.onuci.org/pdf/fawfactsheet.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes*. Aide-mémoire n°239. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la santé*. Genève : OMS. Accès http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Priorité aux femmes : Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes*. Genève : OMS. Accès http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_GWH_01.1_fre.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé. (1995). *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les écarts*. Genève : OMS.

Organisation des Nations Unies. (1993). *Déclaration de l'ONU sur l'Élimination des violences contre les femmes*. Accès http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé : Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2, Genève : OMS.

Paciocco, D.M. (1999). *Getting Away with Murder*, Toronto: Irwin Law.

Parlement européen. (2011). *Une directive pour combattre la violence contre les femmes. Communiqué de presse – Droits de la femme/Egalité des chances*. Accès <http://www.europarl.europa.eu/news/fr/news-room/content/20110314IPR15468/html/Une-directive-pour-combattre-la-violence-contre-les-femmes>

- Pires de Almeida, C., Sa, E., Cunha, F. & Pires, E. P. (2013). Violence during pregnancy and its effects on the mother-baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 370-380.
- Price, S., Baird, K, Salmon, D. (2007). Does routine antenatal enquiry lead to an increased rate of disclosure of domestic abuse ? Findings from the Bristol pregnancy and domestic abuse violence programme. *Evidence Based Midwifery*, 5(3), 100-106.
- Protheroe, L., Green, J. & Spilby, H. (2004). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20, 94-103.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L. & Feder, G.J. (2002). Should healthcare professionals screen for domestic violence ? Systematic review. *BMJ*, 325, 7359-7371.
- 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? *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47-58.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet. & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99.
- Recordon, L. Assemblée fédérale. Parlement suisse. (2013). Curia Vista. Objets parlementaires. Cohérence du secret professionnel des soignants. Accès http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20124140
- Renker, P.R. & Tonkin, P. (2006). Women's views of prenatal violence screening : acceptability and confidentiality issues. *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 348-354.
- 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 <http://files.chuv.ch/internet-docs/dgo/dgo-maternite-violence-dotip.pdf>

- Riccio, O., Potter, G., Walzer, C., Vallet, P., Szabo, G., Vutskits, L., Kiss, J.Z. & Dayer, AG. (2009). Excess of serotonin affects embryonic interneuron migration through activation of the serotonin receptor 6. *Mol Psychiatry*, 14(3), 280-290.
- Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W.S., Moorey, S. & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence, cross sectional study in primary care, *BMJ*, 271-276.
- Rousseau, N. (2008). *Les sages-femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse*. (Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme non publié). Toulouse : Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil.
Accès <http://www.reseauprevios.fr/resources/ROUSSEAU.pdf>
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. (2004). *Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*. Conférence de Consensus, Nantes. Accès <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/maltraitance/textlongmalt.pdf>
- Stewart, D.E. & Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Journal de l'association médicale canadienne*, 1257-1263.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Ditsch, N., Blume, C., Hasbargen, U.,..., Stöckl, H. (2013). Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence : a mixed method study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 77-84.
- Swissethics. Commissions d'éthique suisses relative à la recherche sur l'être humain (2014). *Modèles et recommandations*. Accès http://www.swissethics.ch/templates_f.html
- Vanhalewyn, M., Offermans, A.M. & Dr.Pas, L. (2008), *Les violences conjugales. Recommandation de Bonne Pratique : Revue de la littérature et Réponses aux questions de recherche*. Belgique : Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.
Accès <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19058990.pdf>

Williams, H., Foster, D. & Watts, P. (2013). Perinatal domestic abuse: midwives making difference through effective public health practice. *British Journal of Midwifery*, 21(12), 852-858.

Zoder, I. (2012). *Violence domestique enregistrée par la police. Vue d'ensemble*. Office Fédérale de la Statistique.

Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4989>

B. Liste bibliographique

Amnesty International. (2006). Les violences faites aux femmes en France : une affaire d'état. Paris : Ed. Autrement.

Bacchus, L., Mezey, G., Bewley, S. & Haworth, A. (2004). Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy, *BJOG*, 111, 441-445.

Centre LAVI. (s.d.). Centre LAVI. Accès www.centrelavi-ge.ch

Clark, L.E., Allen, R.H., Goyal, V., Raker, C. & Gottlieb, A.S. (2013). Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209.

Denisart, D.M., Pasquier, N. & Rulfi, F. (2013). « Violence et grossesse : osons en parler ! ». *sage-femme.ch*, 11, 4-9.

Ellsberg, M. & Heise, L. (2005). *Researching violence against women : a practical guide for researchers and activists*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Gee, R.E., Mitra, N., Wan, F., Chavkin, D.E. & Long, J.A. (2009). Power over parity : intimate partner violence and issues of fertility control. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 148-154.

Guilloto, J. (2007). *La violence conjugale : un véritable problème de santé publique*. *Vocation sage-femme*, 57, 26-28.

Haute école de travail social. (2012). *Code d'éthique de la recherche*. Accès : http://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/contribution/formation_de_base/Documents/travail_social/codeethiquets-tb-etat_avril2013.pdf

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2005). *Memorandum*. Accès : <http://intranet.hevs.ch/doc/docFaq/Social/f/MEMORANDUM-Ethik.pdf>

McCosker-Howard, H.M., Kain, V.J., Anderson, D.J. & Webster, J. (2005). *The impact on midwives of undertaking screening for domestic violence - focus group findings. Birth issues 14(2):pp. 49-56.*

Mejdoubi, J., Van den Heijkant, S.C.C.M., Van Leerdam, F.J.M., Heymans, M.W., Hirasing, R.A. & Crijnen, A.A.M. (2013). *Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high risk pregnant women : a randomized controlled trial. Plos One, 8 (10).*

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical policy guidelines. Genève : OMS.*

Razon, C. (2011). *La violence et son devenir chez l'enfant témoin de violences conjugales. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 59, 411-415.*

Redpsy. (2001-2005). *Guide des émotions. La violence. Une pseudo-émotion. Accès <http://www.redpsy.com/guide/violence.html>*

Rogers C. R. (1961). *Le développement de la personne (trad. On becoming a person), Paris : Dunod.*

Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales. (2009). Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales. Accès www.violences.fr ou www.civic.org

Sen, G., George, A. & Östlin, P. (Ed.) (2002). *Engendering international health : the challenge of equity. London : MIT.*

Solidarité Femmes Genève. (2011). *Violences conjugales ?.* Accès www.solidaritefemmes-ge.org

Stöckl, H. & Gardner, F. (2013). *Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany. Culture, Health & Sexuality, 15 (10), 1206-1220.*

Suply, B. (2012). *Prise en charge des violences conjugales par les sages-femmes*. *Vocation sage-femme*, 95, 10-15.

Thépaut, A. (2012). *Favoriser la parole des victimes et prendre en charge les auteurs de violence conjugale*. *Vocation sage-femme*, 95, 16-18.

Vaucher, O. (2011). « *Et si l'on parlait violence !* ». *Certificat Urgences Gynéco-obstétricales [document non publié]*. Genève : HUG.

Violencequefaire.ch. (2011). *Violencequefaire.ch*. Accès www.violencequefaire.ch ou www.comeva.ch

Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Walker, L. E. A., Arden, H., Tome, A., Bruno, J., & Brosch, R. (2006). *Battered Woman Syndrome Questionnaire: Training Manual for Interviewers*.