



L'intégration d'activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec

AVIS

L'intégration d'activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec

Direction du Développement des individus et des communautés

Octobre 2018

AUTEURES

Julie Laforest, conseillère scientifique
Léa Gamache, conseillère scientifique
Développement des individus et des communautés

Julie Poissant, professeure
Université du Québec à Montréal

COMITÉ CONSULTATIF

France Filiatrault, Institut national de santé publique du Québec
Sabrina Fortin et Julie Verret-Chalifour, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Lévesque, Université du Québec à Montréal
Anne-Marie Ménard, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Manon Toupin, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Alena Valderrama, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Lucie Vézina, ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre Maurice, chef d'unité scientifique
Développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

France Filiatrault, experte en éthique
Secrétariat général

Vicky Tessier, bibliothécaire
Direction à la valorisation scientifique, aux communications et à la performance organisationnelle

MISE EN PAGE

Florence Niquet, adjointe administrative
Développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Mélanie Chabot, conseillère scientifique, pour une lecture attentive d'une version préliminaire.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-82682-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Table des matières

Messages clés	1
1 Mise en contexte	5
1.1 La violence conjugale durant la période périnatale.....	5
1.2 L'offre de services périnataux au Québec.....	7
2 But, objectif et questions de recherche	9
3 Méthodologie	11
3.1 Cadre de référence	11
3.2 Démarche méthodologique	13
3.2.1 Analyse documentaire par une équipe multidisciplinaire	13
3.2.2 Analyse critique des membres d'un comité consultatif.....	14
3.2.3 Analyse éthique.....	14
3.2.4 Limites.....	14
4 Résultats	15
4.1 Pertinence d'aborder la violence conjugale dans les services périnataux.....	15
4.1.1 Opportunités liées à l'intensité et à la répétition des contacts	15
4.1.2 Existence de recommandations d'instances de santé.....	16
4.1.3 Acceptabilité du recours au dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux	17
4.1.4 Efficacité des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux	17
4.2 Enjeux soulevés par la prévention de la violence conjugale dans les services périnataux et conditions pour en tenir compte	21
4.2.1 Enjeux organisationnels	21
4.2.2 Enjeux de sécurité.....	23
4.2.3 Enjeux éthiques.....	25
4.3 Pertinence, enjeux et conditions à mettre en place spécifiques aux différents types de services périnataux.....	28
4.3.1 Le suivi de grossesse.....	28
4.3.2 Les rencontres prénatales de groupe.....	29
4.3.3 Le suivi postnatal immédiat	30
4.3.4 Le suivi à long terme du développement de l'enfant	31
5 Orientations pour le Québec	33
Conclusion	37
Références	39
Annexe 1 Précisions sur l'analyse documentaire	45
Annexe 2 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale	53

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition des articles scientifiques selon le type de service de périnatalité et le pays de provenance.....	13
Tableau 2	Recommandations de certaines organisations professionnelles ou instances de santé concernant le dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux	16
Tableau 3	Nombre d'études ayant évalué les effets d'une intervention, selon le type d'études par service de périnatalité.....	18
Tableau 4	Résultats des interventions préventives en violence conjugale selon les types d'effets rapportés.....	19
Tableau 5	Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi de grossesse	29
Tableau 6	Pertinence, enjeux et conditions propres aux rencontres prénatales de groupe	30
Tableau 7	Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi postnatal immédiat.....	31
Tableau 8	Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi du développement à long terme ..	32
Tableau 9	Résumé des orientations	36
Tableau A1	Mots-clés	47
Tableau A2	Grille d'extraction pour les articles scientifiques	50
Tableau A3	Grille d'extraction pour la littérature grise.....	51
Tableau A4	Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale	55

Messages clés

La période entourant la grossesse est un moment pendant lequel les femmes sont à risque de subir de la violence conjugale. Cette violence est particulièrement préoccupante en termes d'ampleur et de répercussions sur la sécurité et la santé des femmes et des nourrissons. Au Québec, deux services périnataux offerts aux futurs parents, soit le suivi de grossesse et le suivi à long terme du développement de l'enfant, pourraient constituer des occasions d'inclure des activités de prévention de la violence conjugale, si les enjeux organisationnels, éthiques ou de sécurité sont pris en compte.

Pour offrir une intervention préventive en violence conjugale dans les services périnataux, il est nécessaire de mettre en place les conditions organisationnelles minimales suivantes :

- S'assurer que soit offert aux professionnels de la santé en contact avec des femmes enceintes (en personne ou par téléphone) ou offrant du suivi à long terme (dont les médecins, des sages-femmes ou des infirmières) une formation de base sur la violence conjugale, incluant des notions spécifiques sur la violence conjugale dans la période périnatale;
- Rendre disponibles des documents explicitant des balises claires sur les interventions attendues à chacune des étapes (ex. : guides sur le processus de référence et de suivi, protocoles, outils adaptés, précisions sur les obligations légales, corridors de services et ressources d'aide où diriger les femmes);
- Expliciter les conditions de sécurité à respecter pour éviter de mettre en danger les victimes et les professionnels;
- Désigner une personne-ressource responsable du dossier violence conjugale dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à laquelle les professionnels offrant des services périnataux peuvent se référer;
- S'assurer de la présence d'une trajectoire de services accessible, efficiente et connue de tous les professionnels interpellés par des situations de violence conjugale, afin que les victimes et les auteurs soient dirigés vers les ressources et reçoivent l'aide requise;
- Évaluer les interventions en violence conjugale mises en place au Québec dans les services périnataux, afin d'améliorer les connaissances scientifiques disponibles sur l'efficacité et les conditions de succès de ces interventions.

Introduction

La violence conjugale est un phénomène social qui affecte la sécurité et la santé de nombreuses personnes au Québec. En 2015, selon les statistiques policières rapportées par le ministère de la Sécurité publique, plus de 19 000 personnes (78 % de femmes) ont été victimes de violence conjugale⁽¹⁾. En plus d'avoir des répercussions sur les victimes, elle entraîne aussi des conséquences négatives importantes sur les enfants qui en sont victimes et qui y sont exposés. L'exposition à la violence conjugale constitue d'ailleurs une atteinte à la sécurité et au développement de l'enfant au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse⁽²⁾.

Différentes mesures sont en place pour soutenir les personnes en situation de violence conjugale et leur offrir des services. Ces mesures incluent une gamme d'activités allant de la promotion de relations amoureuses saines, en passant par l'identification précoce de la violence conjugale, l'intervention psychosociale jusqu'à l'intervention sociojudiciaire. Ces activités s'adressent aux victimes, aux enfants exposés et aux auteurs de violence conjugale, avec un souci pour rejoindre certaines clientèles spécifiques (ex. : femmes immigrantes ou handicapées). Le déploiement de ces activités varie selon, par exemple, les régions ou le secteur qui dispense les services (réseau communautaire ou réseau de la santé et des services sociaux).

Plus particulièrement, dans le réseau de la santé et des services sociaux, des questions sur les modalités de ces activités préoccupent les acteurs des différents milieux pouvant jouer un rôle : quelles périodes et quels services sont les plus propices à l'intégration de mesures en prévention de la violence dans le continuum de services au Québec? De manière plus précise pour les services périnataux, quels sont les contextes cliniques plus propices pour détecter la violence conjugale chez une femme enceinte ou nouvellement mère? Est-ce que la violence conjugale devrait être un sujet abordé lors de l'évaluation de la situation familiale de l'avis de grossesse?

Devant ces questionnements, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser un avis scientifique faisant état des connaissances scientifiques sur la prévention de la violence conjugale durant la période périnatale. Plus spécifiquement, le mandat visait à documenter les principaux enjeux organisationnels, éthiques et de sécurité soulevés, et d'en dégager des orientations pour les services de périnatalité dispensés au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux.

1 Mise en contexte

1.1 La violence conjugale durant la période périnatale

La violence conjugale « se caractérise par une série d'actes répétitifs qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. (...) La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. (...) Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie »⁽³⁾.

La période périnatale qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an⁽⁴⁾ constitue une période pendant laquelle les femmes sont particulièrement vulnérables à la violence conjugale.

Bien que la violence conjugale puisse survenir à n'importe quel moment, la vulnérabilité en période périnatale s'expliquerait notamment par les nombreux changements physiques, émotionnels ou sociaux vécus par les futurs parents durant cette période ainsi que par les besoins économiques engendrés par une grossesse ou une naissance^(5,6).

Les études tendent à confirmer que la période entourant la grossesse est un moment pendant lequel les femmes sont à risque de subir de la violence conjugale, que cette violence est fréquente et que les femmes rapportent des expériences variées en termes de formes de violence, d'intensité et de sévérité⁽⁶⁻⁸⁾. Des antécédents de violence conjugale avant la grossesse seraient le prédicteur le plus robuste d'une victimisation lorsque la femme est enceinte⁽⁹⁾. Les femmes qui vivent de la violence conjugale lorsqu'elles sont enceintes rapportent des formes plus sévères de violence et elles présentent plus de problèmes de santé physique et mentale que celles qui en sont victimes en dehors de cette période^(5,10). Elles sont aussi cinq fois plus susceptibles de craindre pour leur vie⁽⁵⁾. Enfin, pour certaines femmes, la grossesse pourrait agir comme une période « protectrice » pendant laquelle la violence de la part du partenaire diminue ou cesse, tandis que pour d'autres, la violence débute ou s'intensifie durant cette même période^(5,11).

Au Québec, les quelques données disponibles confirment qu'une proportion non négligeable de femmes vivent de la violence conjugale pendant la période périnatale. Dans une enquête réalisée en 2006-2007 sur l'expérience de la maternité, environ 10 % des mères québécoises¹ ont rapporté avoir vécu au moins un incident de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint dans les deux ans entourant la période périnatale⁽¹³⁾. Pour 25 % d'entre elles, les épisodes de violence subis s'étaient produits durant la grossesse⁽¹²⁾. Dans cette même enquête, la prévalence de la violence conjugale atteignait 40 % chez les mères qui ont donné naissance avant l'âge de 18 ans⁽¹¹⁾.

Conséquences sur la santé maternelle, le développement du fœtus et la santé du nourrisson

La violence conjugale vécue durant la période périnatale entraîne une gamme de conséquences négatives sur la santé de la femme, le développement du fœtus et la santé du nourrisson⁽⁷⁾. Chez la femme enceinte, la violence conjugale a été associée à un suivi de grossesse plus tardif et moins assidu, à un gain de poids insuffisant, à une alimentation déficiente et à l'adoption de comportements à risque dont le tabagisme ou la consommation d'alcool et de drogues⁽⁷⁾. Des répercussions sur la santé reproductive et sexuelle ont également été documentées⁽⁷⁾.

¹ L'Enquête sociale générale sur la victimisation, réalisée en 2014 auprès de l'ensemble de la population canadienne, a révélé que 7 % des femmes victimes avaient vécu au moins un incident de violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint pendant qu'elles étaient enceintes⁽¹²⁾.

De plus, la violence conjugale durant la grossesse affecte l'état de santé mentale des femmes chez qui on rapporte un risque accru de présenter des symptômes de dépression durant la grossesse et en période postpartum ou un état de stress post-traumatique⁽⁷⁾. Les décès par suicide ou par homicide constituent des conséquences extrêmes de la violence conjugale, tout comme les blessures sévères pouvant mener au décès de la femme ou du fœtus⁽⁷⁾.

Le stress suscité par un climat de violence conjugale pourrait expliquer certaines complications et effets adverses sur le fœtus et le nouveau-né^(7,14). Parmi ces conséquences, on compte le décollement placentaire ou une hémorragie⁽⁷⁾.

La violence conjugale subie par la mère durant la grossesse augmente le risque de naissance prématurée et de faible poids chez le nouveau-né^(7,14,15). Certaines données démontrent également un risque accru d'un petit poids pour l'âge gestationnel⁽¹⁵⁾.

Selon plusieurs organisations, le nombre et la sévérité des conséquences de la violence conjugale en période périnatale devraient inciter les professionnels de la santé à intervenir, afin d'améliorer la santé maternelle et celle de l'enfant. Dans les années 2000, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a publié un document situant le dépistage de la violence conjugale comme « une activité clinique qui fait partie de la pratique professionnelle de l'infirmière (...) »⁽¹⁶⁾, tandis que la Politique en périnatalité et l'Association canadienne des obstétriciens et des gynécologues a statué que la violence conjugale est une problématique devant être abordée en période périnatale^(4,17).

Or, au Canada, deux mères sur cinq victimes de violence conjugale durant la période périnatale n'ont pas reçu d'information sur le sujet ou discuté des moyens de se sortir du contexte de violence avec un professionnel de la santé⁽¹¹⁾. Les femmes victimes, mais ne présentant pas de blessures ou de symptômes apparents, seraient moins susceptibles d'être repérées et de recevoir les services appropriés⁽¹⁰⁾. Pourtant, les soins prénataux pourraient constituer une opportunité de détecter des situations de violence et d'offrir des services pour en réduire les conséquences^(6,7,10,14), d'autant plus que la violence conjugale peut reprendre ou se poursuivre après la naissance de l'enfant^(18,19).

Facteurs favorisant les interventions en violence conjugale en milieu institutionnel

Il existe des stratégies organisationnelles qui, lorsque combinées, facilitent les interventions pour repérer la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux⁽²⁰⁾. Parmi celles-ci, on compte la création d'un environnement clinique favorable à des interventions en violence conjugale (ex. : accès à des experts) et la mise en place de mesures administratives en ce sens (ex. : budget dédié). Une autre condition essentielle est le développement des compétences des professionnels de la santé, afin qu'ils possèdent les connaissances et acquièrent les attitudes et les habiletés pour aborder le problème de la violence conjugale avec les femmes et, le cas échéant, y répondre de façon adéquate. Enfin, l'instauration de protocoles pour guider la pratique des professionnels de santé en matière de violence conjugale est réputée pour faciliter et encourager les pratiques professionnelles⁽²⁰⁾. Bien qu'elles ne soient pas spécifiques au contexte des services périnataux, il est logique de penser, si ces conditions sont pertinentes pour favoriser les interventions en violence conjugale en milieu institutionnel, qu'elles soient tout aussi pertinentes pour favoriser les interventions en période périnatale.

1.2 L'offre de services périnataux au Québec

Au Québec, la Politique de périnatalité 2008-2018 encadre l'offre de services périnataux. Plusieurs buts sont visés par cette politique dont ceux d'aider les femmes enceintes à vivre une grossesse sereine et en santé, de favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant ainsi que de soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale, leur adaptation à leur nouveau rôle et, plus particulièrement, dans le développement de leurs habiletés parentales. La Politique recommande de « systématiser l'examen des indices de violence conjugale et l'utilisation des outils de détection lorsque les premiers indices laissent entrevoir la présence de violence, et ce, dès le début de la grossesse, tout au long de celle-ci et en période postnatale, en profitant particulièrement des moments où des soins sont donnés à la femme enceinte, à la mère et à son enfant »⁽⁴⁾.

Les soins et les services généraux

Les soins et les services généraux offerts au Québec à la femme enceinte, aux parents ou à l'enfant comprennent : un suivi de grossesse, des rencontres prénatales de groupe, un suivi postnatal immédiat et un suivi à long terme du développement de l'enfant.

Le suivi de grossesse débute idéalement à la 12^e semaine de grossesse. Il est offert par un médecin omnipraticien, une sage-femme ou une infirmière (clinicienne ou praticienne spécialisée). Dans quelques régions, un avis de grossesse est transmis par le professionnel au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour faciliter la coordination des soins en fonction des attentes et besoins des futurs parents. Les femmes sont habituellement revues environ six semaines après l'accouchement pour clore le suivi de grossesse⁽⁴⁾.

La femme enceinte et son ou sa partenaire peuvent prendre part, durant la grossesse, à des rencontres prénatales en groupe. Celles-ci visent à informer les couples sur plusieurs thématiques de santé, à les préparer à l'accouchement ainsi qu'à leur nouveau rôle de parent. Les rencontres débutent généralement au deuxième trimestre de grossesse⁽²¹⁾.

Après l'accouchement, un programme de suivi postnatal immédiat est déployé au CISSS ou CIUSSS dès la réception d'un formulaire régional de continuité de soins nommé « avis de naissance ». C'est au moment de la réception de cet avis que les infirmières contactent les familles, dans un délai de 24 heures suivant le congé hospitalier. Une visite dans les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance est proposée aux nouveaux parents⁽²²⁾.

À plus long terme après l'accouchement, un suivi du développement de l'enfant est recommandé entre deux et quatre semaines après la naissance pour l'ensemble des familles. Cette visite marque le début d'un suivi médical périodique jusqu'à l'âge de cinq ans. Au Québec, les pédiatres et les omnipraticiens peuvent recourir à un outil standardisé (ABCdaire ou Rourke) qui sert de guide de référence sur la santé et le développement de l'enfant⁽²³⁾. Pour les familles défavorisées, le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offre un suivi intensif à domicile qui peut débuter en période prénatale et se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint cinq ans. Ce programme mise sur l'établissement d'une relation de confiance entre la famille et une intervenante privilégiée.

2 But, objectif et questions de recherche

Cet avis a pour but de soutenir les professionnels et les gestionnaires de la santé et des services sociaux dans l'intégration de la problématique de la violence conjugale dans les services périnataux.

L'objectif de cet avis est de dégager des orientations pour favoriser l'intégration de mesures de prévention de la violence conjugale dans les services offerts durant la période périnatale.

Afin d'atteindre cet objectif, trois questions ont guidé la démarche :

1. Quelle est la pertinence d'aborder la prévention de la violence conjugale dans les services périnataux en considérant en particulier la prévalence de la violence conjugale, les opportunités liées aux services périnataux et les effets attendus?
2. Quels sont les enjeux organisationnels, éthiques et ceux relatifs à la sécurité soulevés par l'inclusion de la prévention de la violence conjugale dans ce type de services?
3. Quelles sont les conditions à mettre en place qui permettent de tenir compte des différents enjeux soulevés?

3 Méthodologie

Cette section présente le cadre de référence développé ainsi que la démarche retenue pour répondre aux questions de recherche.

3.1 Cadre de référence

Un cadre mettant en évidence les différentes dimensions des questions de recherche a été élaboré pour guider l'ensemble de la démarche. Il est illustré à la figure 1. Les dimensions seront présentées brièvement.

La pertinence

Différents arguments peuvent appuyer l'intégration de la prévention de la violence conjugale dans les services comme la prévalence et les conséquences de celle-ci, les opportunités liées à la période périnatale ou aux types de services offerts ou encore, l'efficacité des interventions préventives.

Le type d'activité

Dans le contexte des services périnataux, la prévention de la violence conjugale peut inclure des activités générales de prévention ou de promotion, des activités spécifiques qui visent à informer et à sensibiliser à la violence conjugale ainsi qu'à repérer le plus précocement possible les situations de violence conjugale. Dans cet avis, le terme dépistage² est utilisé de façon large et inclusive pour désigner toute activité réalisée par un professionnel de la santé visant à repérer des femmes qui vivent de la violence conjugale. Le dépistage se fait souvent à l'aide d'un outil ou d'un instrument standardisé⁽²⁰⁾. Il est supposé qu'au moment de réaliser cette activité, la violence conjugale n'est pas connue du professionnel et que la femme ne présente pas nécessairement de signes ou de symptômes apparents³. Les activités offertes peuvent aussi être destinées aux professionnels. Elles comprennent alors des formations, l'utilisation de protocole, la supervision clinique ou des discussions de cas.

Les actions coercitives, sociojudiciaires et correctionnelles ainsi que les services à plus long terme auprès des victimes ou des auteurs de violence sont exclus de cet avis.

Le type d'effets

Les activités préventives peuvent avoir des effets sur : 1) les connaissances, les attitudes, les habiletés ou les pratiques des professionnels, 2) les femmes pour le dévoilement, la référence vers des ressources, leur sécurité et la diminution de la violence conjugale et 3) le développement du fœtus ou la santé du nourrisson.

Les enjeux et les conditions pour en tenir compte

Plusieurs enjeux peuvent être soulevés par l'intégration de la problématique de la violence dans les services périnataux. Les enjeux peuvent être organisationnels (ex. : budget requis, protocole, environnement clinique favorable), de sécurité (ex. : confidentialité des informations, sécurité des professionnels) ou éthiques (ex. : obligations quant au signalement d'une situation d'exposition à la

² Dans le Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, le dépistage est défini comme une pratique qui « consiste à reconnaître les indices de la violence conjugale et à créer un climat de confiance propice à amener les victimes et les agresseurs à dévoiler leur situation de même qu'à se mobiliser pour la changer »⁽²⁴⁾.

³ Cette définition correspond à celle utilisée dans la majorité des études consultées lorsqu'il est question de « screening », bien que certains auteurs lui préfèrent d'autres termes (*enquiry, case finding, assessment*).

violence conjugale). Diverses stratégies documentées permettent d'en tenir compte. Il s'agit par exemple de l'adoption de directives claires concernant les règles de sécurité à respecter.

Figure 1 Le cadre de référence



3.2 Démarche méthodologique

Une démarche en trois étapes a été privilégiée pour atteindre l'objectif de cet avis. Dans un premier temps, une analyse documentaire a été réalisée par une équipe multidisciplinaire. Les différents constats dégagés de la première étape ont ensuite été soumis aux membres d'un comité consultatif pour une analyse critique. Enfin, pour la dernière étape, l'ensemble de l'avis a été analysé par une conseillère en éthique, afin d'en dégager les principaux enjeux.

3.2.1 ANALYSE DOCUMENTAIRE PAR UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Trois professionnelles spécialisées en prévention de la violence conjugale ou en promotion de la santé durant la période périnatale ont participé aux différentes étapes de l'analyse documentaire.

Une recherche approfondie de publications scientifiques a d'abord été réalisée afin d'identifier les études pertinentes.

Types d'études retenues et types de résultats considérés

Toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été retenues, et ce, sans égard à la nature ou à la qualité du devis méthodologique. La nécessité d'une analyse des diverses dimensions des questions de recherche a motivé ce choix, ainsi que le nombre limité de publications pertinentes repérées pour certains services. Ce sont 33 articles qui ont été sélectionnés, puis analysés. Les précisions sur la stratégie de recherche et les critères de sélection se retrouvent à l'annexe 1.

Classification des études selon les services

L'offre de services généraux présentée dans la politique de périnatalité a été utilisée comme référence pour le classement des articles en quatre groupes : le suivi de grossesse (incluant l'avis de grossesse), les rencontres prénatales de groupe, le suivi postnatal immédiat (incluant l'avis de naissance) et le suivi à long terme du développement des enfants (tableau 1). Il est à noter que certains articles abordaient plus d'un service, c'est pourquoi le décompte total est 36 et non 33.

Tableau 1 Répartition des articles scientifiques selon le type de service de périnatalité et le pays de provenance

Services périnataux	N total	Provenance
Suivi de grossesse	20	Allemagne (1), Australie (2), Belgique (1), États-Unis (5), Royaume-Uni (6), Suède (1), Divers pays (4)
Rencontres prénatales	0	NA
Suivi postnatal immédiat	4	Varié (1), Canada (3)
Suivi à long terme ¹	12	Australie (2), Canada (1), États-Unis (4), Pays-Bas (1), Divers pays (4)

¹ La catégorie Suivi à long terme inclut trois des études qui se trouvent également dans d'autres catégories.

Analyse

Une grille reprenant les dimensions du cadre de référence a été utilisée pour extraire l'information des études (annexe 1). Les informations extraites ont ensuite été classées puis synthétisées en fonction des types de services, afin d'en dégager les principaux constats.

L'analyse documentaire a été complétée par une recherche de la littérature grise. Elle visait spécifiquement à documenter les recommandations et les conditions organisationnelles et de sécurité privilégiées par des organisations de santé ou des autorités de santé publique. Elle a également permis de combler l'absence d'article scientifique sur les rencontres prénatales de groupe. Une grille d'extraction simplifiée (annexe 1) a été utilisée pour la littérature grise.

3.2.2 ANALYSE CRITIQUE DES MEMBRES D'UN COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif constitué de huit membres a été mis sur pied pour accompagner l'ensemble de la démarche. Ce comité était formé de représentants du MSSS, d'une conseillère en éthique et d'experts dans le domaine de la périnatalité ou de la violence conjugale, provenant du milieu universitaire ou œuvrant dans le réseau de santé. Les membres du comité consultatif ont participé aux discussions à titre d'experts et non pas à titre de représentants de leur organisme.

Plus spécifiquement, le mandat du comité consistait à :

- Commenter les principaux constats issus de l'analyse documentaire;
- Fournir des documents de la littérature grise portant sur l'objet de recherche;
- Commenter les orientations et la version finale de l'avis.

Le comité s'est réuni à quatre reprises essentiellement pour discuter des synthèses produites sur chaque service et pour commenter les principaux constats dégagés. Certains membres du comité ont par ailleurs été interpellés individuellement à différentes étapes du projet pour jeter un éclairage spécifique selon leur domaine d'expertise.

3.2.3 ANALYSE ÉTHIQUE

En plus de participer aux rencontres du comité consultatif, une conseillère en éthique a repris l'ensemble des enjeux soulevés par l'analyse documentaire et ceux émis par le comité consultatif pour les analyser d'un point de vue éthique et proposer des pistes pour en tenir compte dans les orientations.

3.2.4 LIMITES

Une stratégie de recherche documentaire, à partir de mots-clés précis, a été utilisée pour repérer les articles inclus dans cet avis (annexe 1). Il se peut que cette stratégie ait fait en sorte que certaines interventions déployées dans des services périnataux et ayant un effet sur la violence conjugale n'aient pas été repérées, par exemple, parce que le terme violence conjugale n'apparaît pas dans le titre ou le résumé de l'article.

Par ailleurs, il est nécessaire de souligner que pour certains services (suivi postnatal immédiat, rencontres prénatales de groupe), il y a peu ou pas d'études et les informations demeurent, par conséquent, parcellaires et peu exhaustives. Aussi, la plupart des informations ne proviennent ni du Québec ni même du Canada. Des efforts ont été faits pour contextualiser les enjeux, tels qu'ils peuvent se décliner au Québec, mais des différences peuvent limiter l'applicabilité de certaines stratégies permettant de les contourner.

4 Résultats

Les sections suivantes décrivent les résultats de la recension des écrits relativement aux trois questions de recherche.

Les résultats présentés s'appuient principalement sur les connaissances scientifiques tirées de 33 articles, dont dix revues de littérature (certaines étant des revues systématiques)^(6,25-33), onze études avec un devis quantitatif⁽³⁴⁻⁴⁴⁾, sept avec un devis qualitatif⁽⁴⁵⁻⁵¹⁾ et cinq avec un devis mixte (quantitatif et qualitatif)⁽⁵²⁻⁵⁶⁾. Il est à noter que des documents de la littérature grise ont servi à compléter l'information disponible lorsque nécessaire.

Tout d'abord, les résultats généraux, quant à la pertinence d'aborder la violence conjugale dans les services périnataux, ainsi que les enjeux soulevés par la prévention de la violence conjugale dans ces services sont abordés. Les conditions pour en tenir compte sont aussi présentées. La dernière section fait état des résultats spécifiques aux quatre types de services périnataux dispensés au Québec.

4.1 Pertinence d'aborder la violence conjugale dans les services périnataux

Quatre constats généraux se dégagent de l'analyse de la documentation scientifique. Ces constats concernent : 1) les opportunités liées à l'intensité et à la répétition des contacts avec des professionnels de la santé dans les services périnataux, 2) l'existence de recommandations d'instances de santé sur cette question, 3) l'acceptabilité du recours au dépistage de la violence conjugale et 4) l'efficacité des interventions préventives.

4.1.1 OPPORTUNITÉS LIÉES À L'INTENSITÉ ET À LA RÉPÉTITION DES CONTACTS

La période périnatale et les services de santé qui s'y rattachent sont considérés comme un contexte opportun pour aborder la violence conjugale^(6,52). Les services de santé dispensés durant la période périnatale, de par leurs caractéristiques mêmes, présentent une fenêtre d'opportunités pour dépister la violence conjugale^(6,25,39,49). Tout d'abord, le suivi étroit de l'évolution de la grossesse et de l'ajustement de la famille à la suite de la naissance de l'enfant implique une intensité et une répétition des contacts avec des professionnels de la santé⁴, et ce, à travers une gamme de services (ex. : suivi de grossesse, rencontres prénatales de groupe, suivi postnatal immédiat).

De plus, ces services offrent la possibilité de rejoindre un large éventail de femmes⁽³⁸⁾. Pour certaines femmes vivant des situations de violence conjugale, il peut s'agir du premier point de contact – voire le seul – avec des professionnels de la santé^(25,27,44,52,53).

De par leurs caractéristiques d'intensité et de régularité, les services périnataux permettent d'accroître les occasions d'aborder la violence conjugale^(26,27,43,44,52,56) et offrent la possibilité de développer une relation de confiance avec les femmes^(26,27,43,47,56). Un climat de confiance peut faciliter l'aisance des femmes à se confier et à dévoiler une situation de violence conjugale^(33,51,55).

⁴ Le terme « professionnel de la santé » est utilisé dans ce chapitre pour faire référence aux divers intervenants évoqués dans les études analysées (infirmières, sages-femmes, omnipraticiens ou médecins de famille, pédiatres, gynécologues et obstétriciens). Dans cette section portant sur les constats généraux, ils réfèrent aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les soins périnataux dans leur ensemble.

4.1.2 EXISTENCE DE RECOMMANDATIONS D'INSTANCES DE SANTÉ

Plusieurs instances de santé ont émis des recommandations concernant des interventions en violence conjugale dans le cadre des services périnataux⁽⁵⁷⁾. Ces recommandations facilitent l'intégration de cette problématique dans ces services⁽²⁸⁾. Elles traduisent une reconnaissance de la pertinence, de la légitimité et de la capacité d'agir des professionnelles et des professionnels concernés : infirmières, sages-femmes, médecins, gynécologues et autres intervenants de la santé. Le tableau 2 présente des recommandations de certaines organisations concernant le dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux en tenant compte de la diversité des services couverts dans cet avis.

Tableau 2 **Recommandations de certaines organisations professionnelles ou instances de santé concernant le dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux**

Nom de l'organisme (Pays, année de publication)	Services périnataux et/ou période	Résumé des recommandations
American College of Obstetricians and Gynecologists ¹ (États-Unis, 2012) ⁽⁵⁹⁾	Suivi de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes enceintes. ▪ Fréquence : à la première visite, à chaque trimestre et à une occasion après l'accouchement.
Best Start Resource Centre – Nexus Santé (Canada, 2015) ⁽⁶⁰⁾	Rencontres prénatales de groupe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes enceintes non recommandé dans ce type de service.
National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni, 2006; 2008) ^(61,62)	Services prénataux et postnataux : suivi de grossesse, suivi immédiat et à long terme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale par un personnel formé en présence de signes. ▪ Femmes enceintes et ayant accouché récemment sont considérées comme un groupe à risque.
NHS Royal Berkshire (Royaume-Uni, 2015) ⁽⁶³⁾	Suivi de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes enceintes. ▪ Fréquence : à la première visite et à une autre occasion durant le suivi.
Northern Health and Social Care Trust (Royaume-Uni, 2012) ⁽⁶⁴⁾	Suivi de grossesse Suivi à long terme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes enceintes. ▪ Fréquence : au premier contact et à une autre reprise durant le suivi, à une occasion après l'accouchement et à tout autre moment si indiqué.
Organisation mondiale de la santé (2013) ⁽⁶⁵⁾	Suivi de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunité pour faire un dépistage de routine. ▪ Double vulnérabilité durant la grossesse.
Perinatal Services BC (Canada, 2014) ⁽⁶⁶⁾	Suivi de grossesse Suivi postnatal immédiat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes non recommandé. ▪ Évaluation du fonctionnement familial en présence de violence conjugale ou d'antécédents et référence au besoin.

¹ Les recommandations de l'Association canadienne des obstétriciens et des gynécologues n'ont pas été reprises dans ce tableau puisqu'elles datent de 2005⁽⁵⁸⁾. Or, les études ou les documents publiés avant 2006 ont été exclus de la présente analyse documentaire.

Concrètement, ces recommandations reconnaissent la violence conjugale comme une problématique présente durant la période périnatale en plus d'explicitier et de baliser ce qui est attendu de la part des professionnels et parfois des organisations en matière de prévention de la violence conjugale. Par exemple, certaines instances recommandent de dépister la violence conjugale auprès de toutes les femmes enceintes^(59,63-65,67) ou uniquement en présence de signes^(61,62,66).

Selon l'OMS, pour réaliser des activités de dépistage de la violence conjugale dans un milieu, certaines exigences organisationnelles minimales doivent être assurées : la disponibilité d'un protocole, une formation adéquate des professionnels, la possibilité d'avoir accès à un lieu privé, l'assurance de la confidentialité des informations et la mise en place d'un système ou corridor de référence⁽⁶⁵⁾.

4.1.3 ACCEPTABILITÉ DU RECOURS AU DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE DANS LES SERVICES PÉRINATAUX

L'une des préoccupations des professionnels de la santé lorsqu'ils ont à questionner des femmes sur la violence conjugale est la crainte de les offenser⁽²⁰⁾ ou d'être perçus négativement par les femmes⁽⁴⁸⁾. Or, lorsqu'on les interroge sur la question, les femmes considèrent le dépistage de la violence conjugale en contexte de services périnataux comme acceptable, et ce, indépendamment du fait qu'elles soient victimes de violence conjugale ou non^(25,41,42,52-54).

Par ailleurs, certains professionnels de la santé tels que les sages-femmes et les infirmières perçoivent le dépistage comme faisant partie intégrante de leur pratique^(31,43), particulièrement lorsque des mesures, telles que l'offre de formation ou l'instauration d'une politique recommandant le dépistage systématique de la violence conjugale, sont mises en place pour le normaliser^(37,55,56). Il importe cependant de préciser que la violence conjugale est un sujet que les médecins sont moins à l'aise d'aborder comparativement à d'autres facteurs de risque (ex. : tabagisme)⁽⁴⁰⁾.

4.1.4 EFFICACITÉ DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE CONJUGALE DANS LES SERVICES PÉRINATAUX

De l'ensemble des études considérées dans cet avis, onze rapportent des résultats sur les effets des interventions sur : 1) les professionnels (n = 8), 2) les femmes (n = 2) et 3) le fœtus et l'état de santé du nourrisson (n = 1). Deux revues systématiques ont également servi à l'analyse. Le tableau 3 présente le nombre et le type d'études par services périnataux. Les résultats des études, quant à eux, sont présentés dans le tableau 4 et décrits dans les sections suivantes. À noter que la majorité des études concernent le suivi de grossesse et le suivi à long terme, qu'aucune étude n'a porté sur les rencontres prénatales et qu'aucune étude n'a utilisé un devis quasi expérimental. Une description détaillée des études et de leurs résultats sont aussi présentées à l'annexe 2.

Tableau 3 Nombre d'études ayant évalué les effets d'une intervention, selon le type d'études par service de périnatalité

	Type d'études ayant évalué les effets d'une intervention				N total/service
	Revue systématique	Devis expérimental avec randomisation	Devis quasi-expérimental	Devis avant-après sans groupe contrôle	
Suivi de grossesse	2	1	0	4	7
Rencontres prénatales	0	0	0	0	0
Suivi postnatal immédiat	0	0	0	2	2
Suivi à long terme	2*	4	0	1*	7
Total	2	5	0	6	

* Sont déjà comptées dans un autre service.

Tableau 4 Résultats des interventions préventives en violence conjugale selon les types d'effets rapportés

Études/devis (type de services) (n = 11)	Nature de l'intervention (nom du programme)	Professionnels		Femmes (n = 2)	Santé du fœtus et du nourrisson (n = 1)
		Connaissances, habiletés, attitudes (n = 4)	Pratiques (n = 7)		
Bacchus et collab., 2010/avant-après (suivi de grossesse) ⁽⁵⁴⁾	Programme de dépistage universel - formation	↑ connaissances et habiletés (perçues)	↑ dépistage	-	-
Baird, Salmon et White, 2013/avant-après (suivi de grossesse) ⁽⁵⁶⁾	Programme de dépistage universel - formation (Bristol)	↑ connaissances et habiletés (perçues)	-	-	-
Calderón et collab., 2008/expérimental (suivi de grossesse) ⁽⁴⁰⁾	Repérage de facteurs de risque pour orienter le <i>counselling</i>	-	↑ discussion de la VC* avec les femmes	-	-
Coker et collab., 2012/avant-après (suivi de grossesse) ⁽⁴¹⁾	Programme de dépistage universel - formation	-	-	-	issue de grossesse plus favorable
Price, Baird et Salmon, 2007/avant-après (suivi de grossesse) ⁽⁵⁵⁾	Programme de dépistage universel - formation (Bristol)	↑ connaissances et attitudes (perçues)	↑ dépistage	-	-
Grafton et collab., 2006/avant-après (suivi postnatal immédiat) ⁽³⁸⁾	Programme de dépistage universel - formation (RUSC)	-	↑ dépistage	-	-
Vanderburg et collab., 2010/avant-après (suivi postnatal immédiat et suivi long terme) ⁽³⁹⁾	Programme de dépistage universel - formation (RUSC)	-	↑ respect confidentialité ↑ dévoilement VC* ↑ dépistage	-	-
Bair-Merritt et collab., 2010/expérimental (suivi long terme) ⁽³⁴⁾	Programme de visites à domicile	-	-	↓ VC* subie et commise (autorapportée)	-
Hooker, Small et Taft, 2016/expérimental (suivi long terme) ⁽³⁷⁾	Programme de dépistage universel - formation (MOVE)	↓ barrières au dépistage (perçues)	↑ utilisation des outils VC* ↑ dépistage	-	-
Mejdoubi et collab., 2013/expérimental (suivi long terme) ⁽³⁵⁾	Programme de visites à domicile - formation	-	-	↓ VC* subie et commise (autorapportée)	-
Taft et collab., 2015/expérimental (suivi long terme) ⁽³⁶⁾	Programme de dépistage universel - formation (MOVE)	-	± dépistage ↑ plan de sécurité	-	-

* VC : Violence conjugale – non évalué.

Effets sur les professionnels : connaissances, attitudes et habiletés

Selon les professionnels, les formations sur la violence conjugale qui accompagnent l'implantation de programmes ou d'activités de dépistage améliorent leurs connaissances sur cette problématique⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾, sur la manière de questionner les femmes, sur la façon d'agir suite à un dévoilement ainsi que sur les processus de collaboration avec les autres services⁽⁵⁶⁾. En plus d'améliorer les connaissances des participantes, les formations augmentent leur confiance quant aux habiletés à questionner les femmes⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ et à gérer un dévoilement⁽⁵⁶⁾. Enfin, les infirmières rapportent qu'un programme de dépistage incluant le recours à des mentors, des lignes directrices et une trajectoire de soins a permis de diminuer différentes barrières⁵ perçues en matière de dépistage de la violence conjugale⁽³⁷⁾.

Effets sur les professionnels : pratiques

En plus d'améliorer les connaissances et la confiance envers les habiletés à questionner les femmes, la formation peut augmenter les probabilités qu'un dépistage de la violence conjugale soit réalisé par un professionnel⁽⁵⁴⁾.

La mise en œuvre de programmes visant à systématiser le dépistage de la violence conjugale à l'ensemble des femmes en période périnatale peut améliorer les pratiques de dépistage^(38,39,55). Par exemple, un programme de dépistage universel (outil standardisé, budget, formation, protocole pour la référence, guides de pratique, etc.) mis sur pied en Ontario lors des visites à domicile après l'accouchement a accru le nombre de cas documentés de violence conjugale auprès de l'ensemble⁶ des femmes⁽³⁸⁾ et a diminué la proportion de dépistage réalisé lorsque les conditions minimales de sécurité n'étaient pas réunies⁽³⁹⁾. Ce programme a également permis d'augmenter le taux de violence conjugale dévoilée lors des visites (suivi postnatal immédiat : de 3 % à 11 %; lors du suivi à long terme : de 48 % à 75 %)⁽³⁹⁾.

Les résultats obtenus dans un autre programme implanté en Australie dans le cadre de services de suivi à long terme sont plus limités. Ce programme de prévention de la violence conjugale, comprenant plusieurs outils, dont un questionnaire sur la santé maternelle autorapportée, une trajectoire de soins et des lignes directrices, n'a pas permis d'accroître le dépistage universel à 4 semaines et à 4 mois⁽³⁶⁾. Cependant, le taux de violence conjugale détectée par un questionnaire complété par les femmes elles-mêmes lors d'une consultation à 3-4 mois est plus élevé que pour le dépistage standard, c'est-à-dire un dépistage à l'aide de questions posées verbalement à la femme par une infirmière, effectué à cette même période⁽³⁶⁾. Ce résultat se maintient deux ans après l'implantation du programme⁽³⁷⁾. L'étude rapporte également que l'implantation du programme accroît l'utilisation des outils par des professionnels qui y sont exposés⁽³⁷⁾. Enfin, ce programme contribue également à augmenter le nombre de plans de sécurité élaborés avec les femmes victimes durant son implantation. Ce résultat se maintient et demeure significatif lors d'un second temps de mesure effectué deux ans plus tard⁽³⁶⁾.

En contexte d'évaluation en clinique, le recours à un outil informatique de *counseling* personnalisé pour les médecins permettant de repérer la présence de certains facteurs de risque chez les femmes

⁵ Les barrières à l'identification/dépistage de la violence conjugale les plus souvent rapportées dans les études sont les suivantes : manque de connaissances et d'habiletés, attitude négative quant à la problématique, malaise, sentiment d'impuissance, attitudes personnelles nuisibles⁽²⁰⁾.

⁶ Avant l'implantation du programme, les femmes de moins de 20 ans ou célibataires étaient plus susceptibles de faire l'objet d'un dépistage de la violence conjugale que les femmes d'autres groupes considérés à risque plus faible (ex. : femmes plus âgées ou vivant avec un partenaire).

enceintes (ex. : violence conjugale, consommation d'alcool) a permis d'accroître le nombre de femmes victimes avec qui les médecins ont eu un échange sur la violence conjugale⁽⁴⁰⁾.

Effets sur les femmes

Les programmes de visites à domicile intensifs et à long terme qui comprennent un volet de transmission d'informations sur la violence conjugale peuvent réduire la prévalence de la violence conjugale subie ou commise pendant la durée du programme^(34,35). Par exemple, le programme étudié par Mejdoubi et collaborateurs (2013) réduit la prévalence des agressions physiques, psychologiques et sexuelles subies à 32 semaines de grossesse et les agressions physiques subies à 24 mois après la naissance de l'enfant⁽³⁵⁾. De plus, la prévalence de femmes à la fois victimes et auteures de violence est significativement plus faible pour l'agression psychologique pendant la grossesse et pour l'agression physique lors de la grossesse et à 24 mois. Bien que certaines études révèlent des résultats mitigés des programmes ciblés de visite à domicile sur la violence conjugale⁽²⁵⁾, une revue systématique a conclu que les programmes de visites à domicile font partie des interventions obtenant des résultats les plus prometteurs en termes de réduction de la violence conjugale⁽⁶⁾.

Effets sur le développement du fœtus et sur la santé du nourrisson

Une seule étude a été recensée concernant l'effet des programmes de prévention de la violence conjugale en période périnatale sur la santé du fœtus ou du nourrisson. Dans cette étude réalisée aux États-Unis dans des cliniques offrant un suivi de grossesse, les auteurs concluent que le dépistage universel de la violence conjugale réalisé par des infirmières peut améliorer certains indicateurs de santé du nourrisson. En effet, les femmes ayant accouché après l'instauration de cette pratique étaient moins susceptibles de donner naissance à un bébé de faible poids, à un bébé prématuré et à avoir eu des complications lors de la grossesse (ex. : diabète gestationnel). Elles étaient également plus susceptibles d'avoir un bébé ayant un score Apgar élevé à 5 minutes que les femmes n'ayant pas bénéficié de ce programme⁽⁴¹⁾.

4.2 Enjeux soulevés par la prévention de la violence conjugale dans les services périnataux et conditions pour en tenir compte

Cette section vise à répondre aux deux questions de recherche suivantes : 1) quels sont les enjeux organisationnels, de sécurité et éthiques soulevés par l'inclusion d'activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux et 2) quelles sont les conditions qui permettent d'en tenir compte lors de l'intervention.

La démarche d'analyse a permis de dégager plusieurs enjeux qui réfèrent à des barrières à la transmission d'informations et au dépistage de la violence conjugale. Bien que liés entre eux, ils sont classés selon qu'ils relevaient davantage de considérations organisationnelles, de sécurité ou éthiques. Les conditions recensées dans la littérature pour contourner ces divers enjeux sont précédées du symbole (+).

4.2.1 ENJEUX ORGANISATIONNELS

En plus de lacunes dans les connaissances et les habiletés, les professionnels font face à des défis de nature organisationnelle lorsque vient le temps d'insérer des activités de dépistage de la violence conjugale, d'une part, et d'offrir une réponse appropriée en cas de dévoilement, d'autre part^(28,30,33,43,48,49,52,54,55,68).

Formation et compétences des professionnels

L'absence de formation ou des lacunes dans la formation des professionnels de la santé ressortent comme une barrière au dépistage de la violence conjugale en contexte de périnatalité^(27,33). En général, les professionnels de la santé œuvrant auprès de femmes enceintes rapportent un niveau de compétences faible dans le domaine de la violence conjugale, limitant leur capacité d'aborder le sujet avec les femmes qu'ils rencontrent ainsi que leur confort et leurs habiletés à répondre à un dévoilement^(27,28,44,48,51,69). Par exemple, certaines sages-femmes se sentent peu préparées à faire face à des situations de violence conjugale, notamment parce que cette problématique n'est pas abordée dans leur formation initiale⁽⁴⁸⁾. Par ailleurs, les femmes enceintes interrogées sur le dépistage de la violence conjugale considèrent qu'un certain niveau de formation chez le professionnel est une condition nécessaire pour qu'il réponde de façon adéquate à un dévoilement^(52,53).

Modalités et balises de l'intervention en matière de violence conjugale

Un contexte de travail, où les ressources pour soutenir les professionnels de la santé sont déficientes, freine le recours au dépistage et limite la capacité à offrir une intervention efficace en matière de violence conjugale^(33,37,46). À ce titre, l'absence d'outils de dépistage standardisés ou de protocole clairement défini en ce qui a trait à la violence conjugale⁽²⁷⁾ et une méconnaissance ou une absence de ressources d'aide destinées aux victimes de violence conjugale vers lesquelles les professionnels peuvent orienter les femmes^(44,51,55), constitue des barrières déterminantes à l'implantation du dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux. Un faible taux de dépistage est d'ailleurs observé dans un contexte organisationnel où les professionnels de la santé n'ont pas à suivre de protocole clair en matière de dépistage ou lorsqu'ils perçoivent que le dépistage de la violence conjugale durant la période périnatale est une pratique peu fréquente^(26,47,48).

Cohérence de l'intervention en violence conjugale avec les finalités des services

Les services de santé durant la période périnatale sont d'abord orientés autour de la santé de la mère et de l'enfant ; ils impliquent de réaliser plusieurs actes et observations cliniques (ex. : *counseling* sur l'alimentation de la mère pendant la grossesse, l'allaitement, la vérification de la croissance et du développement du bébé) dans un laps de temps souvent limité^(48,55,56). De plus, il s'agit d'une période durant laquelle les parents ont de multiples besoins immédiats jugés prioritaires, par les parents eux-mêmes ou par les professionnels : soutien et conseil en lien avec la grossesse, la naissance de l'enfant, puis l'adaptation à la parentalité. Or, la violence conjugale est considérée comme un sujet très différent des autres thèmes abordés avec les parents lors des visites postnatales (ex. : les pratiques parentales ou des questions plus générales sur la sécurité de l'enfant)⁽⁴⁹⁾, ce qui peut générer plus de réticences à aborder le sujet⁽⁴⁶⁾. Lorsque les attentes organisationnelles à cet égard ne sont pas explicites, les questions relatives à la violence conjugale risquent donc de passer au second plan^(31,36,49), surtout dans un contexte où les professionnels font face à des contraintes de temps^(28,30,43,52,55,68).

Conditions pour contourner les enjeux organisationnels

+ Pour accroître le niveau de compétences des professionnels sur la violence conjugale, il appert que des contenus de formation adaptés et spécifiques au contexte clinique pendant la grossesse ou aux visites à domicile pourraient être utiles⁽⁵⁴⁾. Il s'agit notamment de connaissances portant sur :

- Le cycle de la violence conjugale, les formes de violence, les conséquences de la violence conjugale sur la femme et l'enfant⁽⁵¹⁾;
- La parentalité en contexte de violence conjugale⁽⁵¹⁾;

- La spécificité et les implications de la violence conjugale durant la période périnatale⁽⁴²⁾;
- Les obligations et les modalités de signalement des situations de violence conjugale aux services de protection de l'enfance⁽⁵⁰⁾.

La formation est d'autant plus pertinente que, comme on l'a présenté plus haut, il s'agit d'une stratégie considérée efficace pour améliorer les connaissances, les habiletés et les pratiques. En plus des séances de formation, plusieurs conditions peuvent contribuer au développement et à l'application des connaissances des professionnels de la santé et diminuer leurs réticences au dépistage de la violence conjugale⁽³³⁾ :

- + Le soutien et la supervision clinique^(31,39,51);
- + L'identification d'un intervenant pivot en violence conjugale^(27,28);
- + La création de partenariats avec des ressources communautaires spécialisées en violence conjugale^(37,54).

Pour clarifier les modalités et les balises de l'intervention en violence conjugale et réconcilier cette intervention avec les finalités des services périnataux, les pratiques de dépistage de la violence conjugale doivent être soutenues par des mesures organisationnelles, et ce, afin de contourner les défis auxquels font face les professionnels. Ces mesures comprennent :

- + La diffusion de guides de pratiques ou de protocoles clairs pour le dépistage, l'élaboration d'un plan de sécurité et l'orientation vers les services ou les ressources d'aide ainsi que des mécanismes pour assurer le suivi^(28,31,48);
- + La collaboration étroite avec des organismes en violence conjugale pour faire face aux dévoilements. Ceci pourrait permettre un meilleur respect des conditions de sécurité⁽³⁹⁾;
- + La disponibilité d'un budget dédié à l'intervention^(37,39).

4.2.2 ENJEUX DE SÉCURITÉ

Les risques d'atteinte à la sécurité constituent un enjeu à considérer lorsqu'il est question d'intégrer la prévention de la violence conjugale dans les services périnataux. De par sa nature même, la violence conjugale met en danger les femmes et les enfants qui en sont victimes, mais elle est aussi susceptible de compromettre la sécurité des professionnels qui interviennent auprès des familles. La peur ou le risque de représailles envers la femme ou envers le professionnel de la santé^(32,55) peut freiner le dévoilement d'une situation de violence par la femme^(30,45) ou décourager le professionnel à signaler aux autorités une situation de violence en raison du risque pour sa sécurité personnelle⁽⁴⁸⁾.

Les activités de prévention de la violence conjugale en période périnatale doivent ainsi se préoccuper d'assurer la sécurité des femmes et des enfants, notamment en transmettant l'information sur la violence conjugale et en questionnant les femmes lorsque les conditions d'intimité sont réunies (ex. : dans un lieu privé, en l'absence d'un tiers). Il s'avère également important de respecter la confidentialité des informations en faisant preuve de prudence dans la protection et la divulgation des informations contenues dans les dossiers. Plusieurs éléments du contexte dans lequel les services périnataux sont dispensés peuvent affecter la sécurité des professionnels et des femmes et constituer une barrière à l'intervention en violence conjugale : la présence du père et des membres de la famille, le recours à un interprète, l'accès à un lieu privé et le bris de la confidentialité.

Présence du père et des membres de la famille

La grossesse et la naissance d'un enfant sont des événements de la vie propices à la participation du père, voire même de la famille immédiate, ce qui est fortement encouragé⁽²⁷⁾. Or, la présence du conjoint et d'autres membres de la famille lorsque sont dispensés de nombreux services périnataux (ex. : lors de rencontres prénatales de groupes, de consultations pour le suivi médical ou de visites à domicile) compromet la capacité des professionnels à aborder la violence conjugale^(27,28,31,44,48,49,54-56).

Recours à un interprète

Plusieurs études évoquent les difficultés liées aux barrières linguistiques, particulièrement lorsqu'il s'agit de dépister la violence conjugale^(28,31,44,49,54-56). Or, le recours à un interprète pour contourner les barrières linguistiques peut potentiellement soulever des enjeux de sécurité^(28,55,56).

Étant donné que l'implication et la présence du père sont valorisées, les professionnels pourraient être tentés d'y recourir comme interprète, surtout dans un contexte où les ressources financières sont limitées pour engager des interprètes professionnels^(48,55). Une telle pratique peut cependant être critique au moment de dépister la violence conjugale. Faire appel à un autre membre de la famille comme interprète plutôt qu'un interprète « professionnel » pourrait aussi compromettre la sécurité de la femme, compte tenu d'une brèche possible à la confidentialité⁽²⁷⁾.

Accès à un lieu privé

Dans certains services, l'accès à un lieu privé permettant d'assurer les conditions d'intimité nécessaires à une intervention en violence conjugale qui ne compromet pas la sécurité de la femme est plus difficile. C'est le cas, par exemple, des rencontres prénatales de groupe où le conjoint et d'autres participants sont présents⁽⁶⁰⁾ ou encore lorsque des soins sont offerts à domicile puisqu'il peut être difficile d'y faire une entrevue confidentielle⁽³⁹⁾.

Protection de la confidentialité des informations

Lorsqu'une situation de violence conjugale est détectée par un professionnel de la santé, les règles habituelles de respect de la confidentialité revêtent une importance toute particulière. Un bris de la confidentialité dans un contexte de violence conjugale peut en effet constituer un risque pour la sécurité⁽⁵⁴⁾.

Conditions pour contourner les enjeux de sécurité

- + Pour assurer la sécurité, il est recommandé que le dépistage se fasse en l'absence du conjoint, d'un autre membre de la famille et même d'un enfant de plus de 18, 24 ou 36 mois, selon les études^(31,38,39,49). La mise en œuvre de protocoles et de directives explicites pour assurer la sécurité des femmes peut avoir un impact sur les pratiques des professionnels de la santé à cet égard^(38,39).
- + L'accès facile à un lieu où la femme est rencontrée seule et où la confidentialité peut être garantie (c'est-à-dire que l'on peut y discuter sans craindre d'être entendue et vue) permet d'assurer la sécurité de la femme. Lorsque l'intervention se fait à domicile ou requiert un contact téléphonique, la nécessité d'avoir accès à un lieu privé signifie non seulement que le conjoint ne soit pas dans la pièce, mais également qu'il soit absent du domicile⁽³²⁾.
- + Le choix des interprètes devrait se faire en portant attention aux relations qu'ils peuvent entretenir avec la communauté locale ou le fait qu'ils peuvent connaître personnellement la famille⁽⁵⁶⁾.

- + Il est possible de contrôler ou de prévenir les représailles du conjoint en respectant des règles claires en matière de sécurité et de confidentialité⁽⁴²⁾, par exemple en prenant soin que ces informations ne se retrouvent pas dans le dossier médical de l'enfant accessible aux parents⁽³¹⁾.
- + L'encadrement de l'information en circulation, par exemple, en codifiant l'information sensible se retrouvant dans le dossier de la femme ou en colligeant cette information dans un dossier distinct peut permettre d'accroître la sécurité des femmes^(54,67,70).
- + Les mesures et les précautions prises afin d'assurer la sécurité devraient être communiquées aux femmes avant d'entreprendre le dépistage⁽³⁹⁾, ce qui pourrait possiblement avoir un impact positif sur le dévoilement de la violence conjugale⁽⁴²⁾.

4.2.3 ENJEUX ÉTHIQUES

En plus des enjeux organisationnels et ceux liés à la sécurité, une intervention en violence conjugale soulève certains dilemmes pour les professionnels de la santé. Ces enjeux éthiques peuvent prendre une connotation particulière dans les services en périnatalité, surtout que la violence conjugale peut être considérée comme un sujet sensible ou tabou. Ces enjeux concernent plus précisément la capacité d'offrir une réponse adéquate lors d'un dévoilement, la difficulté à réconcilier la participation du père et l'intervention en violence conjugale et les situations où un signalement aux services de protection de la jeunesse est requis.

Capacité d'offrir une réponse adéquate lors d'un dévoilement

Les professionnels de la santé peuvent être confrontés au dilemme entre leur désir de respecter la volonté des femmes (ex. : ne pas dévoiler la violence conjugale, rester avec le conjoint violent) et celui de les protéger ou de protéger les enfants^(48,50,51,56). Par ailleurs, sans être spécifique à cette période, les professionnels se sentent parfois incapables de pouvoir réellement aider et soutenir les femmes en cas de dévoilement de la violence conjugale. Ce sentiment d'impuissance pourrait avoir une influence sur l'adoption d'une pratique de dépistage ainsi que sur le confort à la réaliser^(30,33,44). Les contraintes de temps durant la consultation, les compétences et les connaissances limitées sur la violence conjugale génèrent un certain inconfort des professionnels, entre autres, sur la marche à suivre en cas de dévoilement^(28,31). Ce sentiment, notamment la crainte d'ouvrir une boîte de Pandore sur une situation complexe⁽²⁸⁾, est lié en partie au fait que les professionnels ne considèrent pas toujours avoir les compétences requises^(30,32,33,48), les ressources nécessaires^(40,49) ou le temps suffisant^(30,47,49) pour aborder le sujet de manière sensible et réagir adéquatement⁽³³⁾.

Valorisation de la participation du père

Une approche familiale centrée sur la parentalité et sur l'implication du père, plutôt qu'axée uniquement sur la mère, est de plus en plus valorisée dans les services périnataux⁽⁴⁾. Cette approche peut sembler en contradiction avec une intervention préventive en violence conjugale qui requiert l'absence du conjoint, particulièrement lors du dépistage⁽²⁷⁾. Les professionnels de la santé doivent alors réconcilier la participation du père aux rencontres de suivi périnatal avec les obligations pour assurer leur sécurité et celle des femmes⁽⁵⁶⁾. Cette tension entre une approche familiale des services périnataux et une approche de prévention de la violence conjugale, bien que parfois soulevée sous l'angle de la sécurité, demeure peu discutée dans la littérature sur le plan éthique.

Signalement de la situation de violence conjugale aux services de protection de la jeunesse

Les obligations légales et déontologiques en matière de signalement des situations de violence conjugale aux services de protection de la jeunesse engendrent de la crainte et des questionnements chez les professionnels de la santé qui dépistent la violence conjugale⁽⁴⁸⁾. En plus de ne pas toujours savoir dans quelles circonstances un signalement est requis, les professionnels de la santé sont aussi préoccupés par le fait qu'une telle intervention compromette le lien de confiance établie avec la femme⁽³²⁾. Ce dilemme est d'autant plus grand que l'établissement et le maintien d'une relation de confiance entre les professionnels de la santé et les femmes sont une dimension fondamentale des services périnataux, particulièrement dans le suivi à long terme. Il s'avère aussi que certaines femmes victimes de violence conjugale ne dévoilent pas la violence, de crainte que les services sociaux soient impliqués et qu'elles perdent alors la garde de l'enfant^(45,51,53). Or, cela pourrait aller jusqu'à compromettre la participation des femmes aux services⁽⁵⁰⁾. L'expérience de certaines femmes victimes de violence conjugale, qui redoutent, si elles dévoilent leur vécu, de perdre le respect du professionnel de la santé en plus du contrôle sur les décisions les concernant et concernant leur enfant semble confirmer cette possibilité⁽⁵¹⁾.

Conditions pour contourner les enjeux éthiques

Pour faire face à ces enjeux, des mesures organisationnelles nommées précédemment peuvent soutenir les pratiques des professionnels et augmenter leur sentiment d'efficacité pour dépister la violence conjugale :

- + L'accès à la formation et à la supervision clinique;
- + La mise à disposition de protocoles, de lignes directrices et de procédures qui offrent des balises claires sur l'intervention en violence conjugale (dépistage, référence, obligations en matière de signalement, outils, continuum de services après un dévoilement, ressources disponibles);
- + Des partenariats avec des ressources d'aide spécialisées en violence conjugale^(36,37).

En somme

Tel qu'il a été présenté dans cet avis, la pertinence d'une intervention préventive en violence conjugale s'appuie sur les constats suivants :

- Les opportunités particulières liées à l'intensité et à la répétition des contacts avec des professionnels de la santé durant la période périnatale;
- Les recommandations en faveur du dépistage de la violence conjugale chez les femmes enceintes émises par certaines instances de santé au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde;
- L'acceptabilité du dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux pour les femmes et, dans une moindre mesure, pour les professionnels;
- L'existence de données prometteuses sur l'efficacité de certaines interventions pour améliorer les connaissances, les habiletés, les attitudes et les pratiques professionnelles, le repérage des femmes victimes ou, plus largement, pour réduire la violence conjugale et ses conséquences sur la santé.

Les principaux **enjeux organisationnels** sont :

- Le manque de formation et un niveau de compétences faible en matière de violence conjugale chez les professionnels de la santé;

- Des modalités et des balises de l'intervention en matière de violence conjugale peu définies;
- Une incompatibilité perçue entre la nature et les finalités des services périnataux et l'intervention en violence conjugale.

Les principaux **enjeux de sécurité** concernent la capacité des professionnels à réaliser un dépistage en l'absence d'un tiers et à préserver la confidentialité des informations. Ces enjeux réfèrent à :

- La présence du père et des membres de la famille qui limite la possibilité de questionner la femme seule;
- Le recours à un interprète qui ne soit ni le conjoint, ni un membre de la famille ou un proche;
- L'accès parfois difficile à un lieu privé;
- Le bris possible de la confidentialité lorsque des informations sont colligées ou partagées.

Enfin, trois enjeux **éthiques** ressortent plus spécifiquement lorsqu'il est question d'intervention préventive en matière de violence conjugale dans les services périnataux. Il s'agit :

- Des questionnements des professionnels de la santé quant à leur capacité d'offrir une réponse adéquate lors d'un dévoilement d'une situation de violence conjugale;
- Du conflit perçu entre la valorisation de l'implication du père dans le suivi périnatal et la nécessité de mener certaines activités de dépistage en l'absence de ce dernier;
- De l'obligation de signalement de la situation de violence conjugale aux services de protection de la jeunesse versus les craintes de la mère d'une telle démarche et le risque de nuire à une relation de confiance bien établie.

Pour contourner ces divers enjeux et améliorer l'efficacité des interventions, plusieurs conditions organisationnelles sont possibles :

- L'offre d'activités de formation, de soutien et de supervision clinique, incluant l'identification d'intervenant pivot;
- L'optimisation des collaborations et des partenariats avec des organismes spécialisés en violence conjugale;
- La mise à disposition de protocoles, de lignes directrices et de procédures qui offrent des balises claires sur l'intervention en violence conjugale (dépistage, référence, obligations en matière de sécurité et de signalement, outils, continuum de services après un dévoilement, ressources disponibles);
- La disponibilité de ressources humaines, financières et matérielles dédiées à l'intervention en violence conjugale.

4.3 Pertinence, enjeux et conditions à mettre en place spécifiques aux différents types de services périnataux

Cette section vise à présenter l'analyse des publications pour chacun des services. Après avoir décrit sommairement le service et les constats des études⁷ qui s'y rapportent, un tableau vient résumer ce qu'il faut en retenir.

4.3.1 LE SUIVI DE GROSSESSE

Dans les études issues de la littérature scientifique, 20 articles abordent spécifiquement le suivi de grossesse^(25-30,40-48,52-56). Ce suivi de plusieurs rencontres est généralement réalisé par un médecin ou une sage-femme. L'intervention préventive en violence conjugale peut prendre différentes formes : la transmission d'informations sur les ressources d'aide, la sensibilisation à la problématique ou le dépistage.

Plusieurs raisons font que les professionnels de la santé peuvent identifier puis soutenir les femmes victimes de violence durant le suivi de grossesse⁽²⁶⁾. La fréquence des contacts est d'abord mentionnée^(26,27,44,52,56). En effet, la propension des femmes à dévoiler la violence serait augmentée lorsqu'elles sont questionnées de manière répétée^(26,30,42) sur leur bien-être ou leur santé mentale⁽⁵⁶⁾. Puis, la possibilité d'entrer en contact avec des professionnels de la santé^(25,44,52,53) et d'établir une relation de confiance^(26,27,43,47,56), l'intimité de la relation⁽⁵⁵⁾ et l'écoute des préoccupations⁽⁴⁷⁾ sont d'autres raisons évoquées.

La nature du dépistage à réaliser (universel ou selon les signes ou indices) ne fait cependant pas l'unanimité au sein des professionnels lors du suivi de grossesse (Feder et collab., 2009 cité dans Bailey⁽³⁰⁾) ; certains privilégiant une approche basée sur leur jugement clinique en observant les signes ou indices, plutôt que faire un dépistage universel^(44,47). Ceci dit, plusieurs études mentionnent que le dépistage est bien accepté par les femmes^(41,42,52,53), et ce, indépendamment de l'historique de violence conjugale.

Les pratiques de dépistage lors du suivi de grossesse sont parfois balisées par des lignes directrices^(59,61,63-66). Certaines organisations suggèrent un dépistage de la violence conjugale à au moins une occasion durant le suivi de grossesse⁽²⁷⁾. D'autres recommandent de répéter le dépistage à chaque trimestre⁽⁵⁹⁾.

Les effets⁸ des programmes de dépistage incluant un volet formation destiné aux professionnels impliqués dans le suivi de grossesse ont été démontrés sur les connaissances, les habiletés⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ et les pratiques de dépistage^(54,55). L'implantation du dépistage universel (comparativement à l'absence de dépistage) peut être associée à des retombées positives sur la grossesse et l'enfant⁽⁴¹⁾.

⁷ Le classement des articles s'est fait en fonction des catégories de services périnataux au Québec. Notez que la prestation de ces services, telle que décrite dans les études, n'est pas nécessairement équivalente à celle du Québec.

⁸ Pour obtenir de l'information plus détaillée, voir section 4.1.4 sur les effets des interventions préventives en violence conjugale.

Quatre enjeux reviennent fréquemment dans les études retenues sur le suivi de grossesse. Le premier est la présence du père, valorisée lors de ces suivis^(27,28,43,44,55,56) qui peut apparaître incohérente avec la nécessité d'un dépistage sans la présence d'un tiers. L'utilisation d'un lieu privé pour réaliser le dépistage^(27,28,56), ou encore, de moyens indirects pour que la femme signifie son désir de parler en privé de violence conjugale^(56,63) peuvent contourner cet enjeu. La deuxième enjeu touche le recours à un tiers en présence de barrières linguistiques ou culturelles^(27,28,44,47,55,56). Faire appel à un traducteur professionnel plutôt qu'au conjoint s'impose dans ce contexte⁽²⁷⁾. Le troisième enjeu traite des réticences des professionnels à aborder la violence conjugale^(43,44) compte tenu des contraintes de temps^(44,47), de la peur de briser le lien de confiance⁽⁵⁵⁾ ou des craintes pour leur sécurité personnelle^(28,48,55). La formation, la disponibilité de guides, de protocoles, de plan pour assurer la protection des femmes et la connaissance des services ou les ressources d'aide soutiennent les pratiques des professionnels^(28,48). Le quatrième enjeu concerne la confidentialité des informations au dossier de la femme⁽⁵⁴⁾. L'encodage des informations dans les dossiers médicaux⁽⁶⁷⁾ ou dans un formulaire distinct⁽⁷¹⁾ peuvent permettre de contourner cet enjeu.

Tableau 5 Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi de grossesse

Pertinence (opportunité, acceptabilité et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact avec des professionnels de la santé ▪ Fréquence des contacts ▪ Possibilité de développer une relation de confiance ▪ Acceptabilité du dépistage ▪ Existence de recommandations ▪ Effets sur les connaissances, les habiletés et les pratiques des professionnels ▪ Effets sur la santé du nourrisson 	
Enjeux et conditions	Enjeux	Conditions pour en tenir compte
	Présence du conjoint	Accès à un lieu privé ou moyens indirects pour signifier le besoin de parler en privé
	Barrières linguistiques ou culturelles	Faire appel à un traducteur, non le conjoint
	Réticences des professionnels à aborder le sujet (temps, confiance, sécurité)	Formation, guides, protocoles, connaissances des ressources existantes
	Confidentialité des informations au dossier	Codification ou formulaire distinct

4.3.2 LES RENCONTRES PRÉNATALES DE GROUPE

Le seul document de la littérature grise qui aborde la violence conjugale dans le contexte des rencontres prénatales de groupe déconseille la transmission d'informations ou le dépistage dans ce service, surtout lorsqu'il s'agit de groupes mixtes⁽⁶⁰⁾. En effet, l'accès à un lieu privé permettant d'assurer les conditions d'intimité nécessaires et qui ne compromet pas la sécurité de la femme peut être difficile à orchestrer lors des rencontres prénatales de groupe où le conjoint et d'autres participants sont présents⁽⁶⁰⁾.

Tableau 6 Pertinence, enjeux et conditions propres aux rencontres prénatales de groupe

Pertinence (opportunité, acceptabilité et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un guide de pratique ne recommande pas d'intervention en prévention de la violence conjugale dans ce service 	
Enjeux et conditions	Enjeux	Conditions pour en tenir compte
	Présence du conjoint ou respect de la confidentialité en contexte de groupe	Aucune

4.3.3 LE SUIVI POSTNATAL IMMÉDIAT

Quatre études portent sur le suivi postnatal immédiat^(31,38,39,49) ; trois de ces études concernent le même programme ontarien^(38,39,49). Ce suivi peut comprendre un appel téléphonique puis une visite après le retour à la maison. Lors de cette visite, où la présence du père est encouragée, les sujets abordés sont nombreux. L'intervenante évalue l'état de santé du nouveau-né et de la mère ainsi que l'ajustement des nouveaux parents à la naissance, encourage l'adoption de saines habitudes de vie et donne de l'information sur les ressources communautaires. Une évaluation de la situation familiale a généralement lieu lors de la visite. Un organisme recommande d'ailleurs de profiter de cette évaluation pour explorer les antécédents ou la présence de violence conjugale⁽⁷²⁾.

Le dépistage est l'intervention préventive en matière de violence conjugale évoquée dans le cadre de la visite postnatale immédiate et son bien-fondé n'est pas remis en question^(38,39,49). Le lieu de prestation du service, c'est-à-dire à domicile, ainsi que la période visée fournissent des opportunités particulières pour le faire^(31,39,49). Toutefois, le contexte de la visite peut être perçu comme moins propice à la mise en œuvre d'un dépistage universel en raison des soins à prodiguer à la mère et à l'enfant et les nombreux sujets à aborder, habituellement en une seule rencontre^(31,38,49).

Néanmoins, avec la mise en place d'un programme de dépistage universel incluant une formation, la proportion de dépistage effectuée chez les femmes s'accroît^(38,39). De plus, la proportion de femmes ayant dévoilé la violence conjugale augmente ainsi que le pourcentage de situations où le dépistage n'a pas été fait en raison de la présence d'une tierce personne (amélioration du respect des règles de sécurité)⁽³⁹⁾.

Les conditions de sécurité et de confidentialité requises pour réaliser le dépistage sont difficilement réunies lors de la visite postnatale immédiate puisque le soutien du père et de l'entourage est fréquent. Les études consultées soulignent l'importance du respect des conditions de confidentialité : c'est-à-dire de ne pas faire le dépistage si le conjoint, un membre de la famille ou un enfant de plus de 18 mois⁽⁴⁹⁾ ou 2 ans^(38,39) est présent. Lorsque les conditions de respect de la confidentialité sont bien explicitées dans un protocole, elles sont respectées par les infirmières, ce qui se traduit par un changement de pratique documenté⁽³⁹⁾.

Plusieurs mesures organisationnelles ont été documentées pour accroître le dépistage dans ce service comme l'offre d'activités de formation^(31,38,39,49), un budget dédié, le mentorat et la supervision clinique, la formation et l'existence de protocole^(38,39).

Tableau 7 Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi postnatal immédiat

Pertinence (opportunité, acceptabilité et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le lieu de la visite et la période visée ▪ Évaluation de la présence de violence conjugale au sein de la famille est recommandée ▪ Effets sur les pratiques de dépistage des professionnels et le dévoilement 	
Enjeux et conditions	Enjeux	Conditions pour en tenir compte
	Présence du conjoint ou d'un autre membre de la famille	Respect des conditions de sécurité comme ne pas faire un dépistage en présence du conjoint, d'un membre de la famille ou d'un enfant de plus de 18 mois ou deux ans
	Le manque de temps des professionnels pour aborder le sujet	Mesures organisationnelles pour accroître la capacité des professionnels à dépister la violence conjugale

4.3.4 LE SUIVI À LONG TERME DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Dans les études issues de la littérature scientifique, douze articles abordent l'intervention en prévention de la violence conjugale au cours du suivi du développement à long terme de l'enfant^(6,25,31-37,39,50,51).

Le suivi à long terme, tel que décrit dans ces études, est habituellement proposé aux familles dont la situation de vie peut compromettre le développement de l'enfant. Ce suivi est offert à domicile. Il peut débuter durant la grossesse ou après la naissance et se poursuivre jusqu'à 5 ans. Le suivi à long terme peut parfois être offert comme un service universel⁽³⁷⁾. Le cas échéant, une première visite à domicile est proposée quelques semaines après la naissance, puis les autres visites se déroulent dans un établissement de santé. Ce type de service était cependant très peu documenté dans les études consultées.

Les études abordent l'information à transmettre aux femmes et le dépistage principalement dans le cadre de suivi à long terme à domicile. Concrètement, elles soulignent la pertinence de la transmission d'information sur les situations de violence conjugale, comment les reconnaître et ses conséquences^(34,35). Les études sont partagées quant aux possibilités d'intégrer le dépistage dans le cadre de services ciblés à domicile^(31,33). Quelques auteurs considèrent qu'il est possible d'intégrer un dépistage systématique dans ces services^(33,34,73) en raison de la fréquence des rencontres et des occasions d'observer l'environnement familial au fil du temps.

Des organisations de santé recommandent d'ailleurs le dépistage des femmes après l'accouchement et à tout autre moment après la naissance^(62,64).

La possibilité d'intervenir en prévention de la violence dans ce service s'appuie aussi sur le lien de confiance qui s'établit entre la mère et le professionnel^(31,32,34,51), ainsi que sur les effets positifs des interventions dans ce service.

En effet, des programmes de dépistage universel incluant de la formation permettent de diminuer les barrières perçues⁽³⁷⁾, d'accroître l'utilisation d'outils spécifiques⁽³⁷⁾, d'améliorer les pratiques des professionnels^(37,39), d'augmenter le dévoilement et le respect des règles de confidentialité⁽³⁹⁾, ainsi que le nombre de plans de sécurité élaborés⁽³⁶⁾. De plus, l'utilisation d'un protocole qui inclut une visite supplémentaire durant laquelle un questionnaire autoadministré est utilisé au troisième ou quatrième mois augmenterait significativement le dépistage⁽³⁶⁾. Des effets positifs des programmes de visites à domicile sur la violence conjugale subie et commise par les femmes sont également rapportés^(34,73).

Certains enjeux sont propres à ce service. Par exemple, Taft et ses collaborateurs (2015) et Hooker et ses collaborateurs (2016) mentionnent la pertinence d'effectuer un dépistage, mais seulement au troisième ou quatrième mois, car les barrières au dépistage sont moindres à ce moment (ex. : le conjoint est moins souvent à la maison, les femmes seraient plus disposées à se concentrer sur leurs propres besoins et un lien de confiance a pu être établi)^(36,37).

De plus, une étude⁽⁵⁰⁾ rapporte des enjeux liés au devoir de l'infirmière de signaler l'exposition à la violence conjugale et la peur qu'elle engendre chez les femmes de perdre la garde de leur enfant. Ces craintes peuvent nuire à la relation entre la mère et l'infirmière et peuvent constituer des obstacles au dévoilement de la violence vécue, limiter la capacité à atteindre les objectifs du programme, et même, engendrer l'abandon du programme par la clientèle⁽⁵¹⁾. Pour atténuer ces craintes, les professionnels misent sur l'établissement d'une relation de confiance et de non-jugement^(50,73), ainsi que sur une approche ouverte quant à leurs obligations en matière de signalement et au rôle des services de protection de l'enfance⁽⁵⁰⁾.

Enfin, un autre enjeu concerne la peur des professionnels pour leur propre sécurité, notamment lorsqu'ils ont à se rendre à domicile⁽³²⁾. Certaines stratégies peuvent atténuer leur insécurité et réduire les risques comme le fait d'aviser une collègue d'un déplacement à domicile, afin qu'une action soit prise en cas de problème⁽³¹⁾.

Il est à noter que l'insuffisance d'information spécifique sur le suivi à long terme en établissement de santé ne permet pas de tirer de conclusion quant aux enjeux et aux conditions requises pour aborder la violence conjugale avec les femmes dans ce type de service.

Tableau 8 Pertinence, enjeux et conditions propres au suivi du développement à long terme

Pertinence (opportunité, acceptabilité et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fréquence des contacts et le cumul des visites ■ Possibilité de développer une relation de confiance ■ Existence de recommandations en faveur du dépistage ■ Effets sur les pratiques et les attitudes des professionnels ■ Effets sur les femmes de la violence subie ou commise 	
Enjeux et conditions	Enjeux	Conditions pour en tenir compte
	Lien de confiance à établir	Différer le dépistage 3-4 mois après la naissance
	Signalement de l'enfant en cas d'exposition à la violence conjugale	Établir une relation de confiance, être transparent dans les obligations et démystifier le rôle des services de protection de l'enfant
Sécurité des professionnelles	Avertir un collègue des déplacements à domicile	

En somme

L'analyse spécifique de chaque service au regard de la pertinence, des enjeux et des conditions pour en tenir compte révèle que certains services, comme le suivi de grossesse et le suivi à long terme du développement de l'enfant, sont propices à l'intégration de la préoccupation de la violence conjugale. Le suivi postnatal immédiat soulève de nombreux enjeux alors que peu de conditions pour en tenir compte ont été étudiées. Enfin, les interventions de prévention de la violence conjugale ne sont pas recommandées lors des rencontres prénatales de groupe.

5 Orientations pour le Québec

Les orientations présentées dans cet avis s'appuient, d'une part, sur une analyse exhaustive de la littérature consultée et, d'autre part, sur l'analyse et la mise en contexte par un comité consultatif des constats tirés de celle-ci. L'implication du comité consultatif a été nécessaire pour formuler les orientations dans le contexte où les connaissances scientifiques en lien avec certaines questions étaient peu étayées, ou même, inexistantes. De plus, les délibérations du comité ont permis de vérifier l'applicabilité de ces orientations dans les services périnataux telles que déployées au Québec.

Considérant :

La prévalence de la violence conjugale durant la période périnatale, les conséquences documentées de cette violence sur les femmes, sur le développement du fœtus, sur la santé du nouveau-né et sur les enfants qui y sont exposés;

La pertinence de cette période pour aborder la violence conjugale, notamment en raison de la répétition et l'intensité des contacts avec des professionnels de la santé;

L'acceptabilité pour les femmes et les professionnels du recours au dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux et le peu d'effets nuisibles rapportés lorsque les conditions de sécurité sont assurées;

Les données prometteuses sur l'efficacité de certaines interventions pour augmenter les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels en matière de violence conjugale, et possiblement, pour réduire la violence conjugale vécue par les femmes.

Cinq orientations générales pour favoriser l'intégration de mesures de prévention de la violence conjugale dans les services offerts durant la période périnatale ont été dégagées. Il est entendu que ces orientations doivent être contextualisées en fonction de l'organisation des services spécifique à chaque territoire, et ce, tant en violence conjugale qu'en périnatalité.

Orientation 1 :

Afin d'offrir une intervention préventive en violence conjugale dans les services périnataux, il est nécessaire de mettre en place les conditions organisationnelles minimales essentielles pour favoriser le dépistage, la référence et la prise en charge des victimes.

- Plus particulièrement, il s'agit de s'assurer qu'il soit offert aux professionnels de la santé en contact avec des femmes enceintes, que ce soit en personne ou par téléphone, ou offrant du suivi à long terme (principalement des médecins, des sages-femmes ou des infirmières) une formation de base sur la violence conjugale, incluant des notions spécifiques sur la violence conjugale dans la période périnatale;
- De rendre disponibles des documents explicitant des balises claires sur les interventions attendues à chacune des étapes (ex. : guides sur le processus de référence et de suivi, protocoles, outils adaptés, précisions sur les obligations légales, corridors de services et ressources d'aide où diriger les femmes);
- D'expliciter les conditions de sécurité à respecter;

- De désigner une personne-ressource responsable du dossier violence conjugale dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à laquelle les professionnels offrant des services périnataux peuvent se référer;
- De s'assurer de la présence d'une **trajectoire de services** accessible, efficiente et connue de tous les professionnels interpellés par des situations de violence conjugale, afin que les victimes et les auteurs soient dirigés vers les ressources et reçoivent l'aide requise.

Orientation 2 :

Lorsque les conditions organisationnelles essentielles sont présentes, intégrer une intervention préventive en matière de violence conjugale lors du suivi de grossesse et le suivi à long terme du développement de l'enfant.

- **Suivi de grossesse**

Une intervention préventive en matière de violence conjugale lors du suivi de grossesse peut avoir des bénéfices potentiels sur l'issue de grossesse et la santé du nouveau-né. La fréquence des contacts ainsi que l'établissement possible d'une relation de confiance ressortent comme des conditions favorables à une intervention en violence conjugale. Par contre, l'utilisation de l'avis de grossesse, modalité de coordination des services dans certaines régions du Québec, pour questionner les femmes sur la violence conjugale exige des précautions supplémentaires compte tenu de l'absence d'un lien de confiance établi et du risque à la sécurité. Il peut, en effet, être difficile de s'assurer que les conditions de sécurité sont présentes lorsque l'intervention se fait par téléphone.

- **Suivi à long terme du développement de l'enfant**

Les données scientifiques justifient amplement que la violence conjugale soit abordée dans le cadre de programmes de suivi à long terme par des visites à domicile. Au Québec, on peut en conclure que les services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) sont propices à l'intervention en violence conjugale (transmission d'informations, dépistage). Cela tient notamment à l'approche d'accompagnement basée sur une relation de confiance, qui est compatible avec une intervention en violence conjugale, au cumul des visites sur une période prolongée qui favorise une intervention au temps opportun et plus largement, aux retombées du service qui semblent avoir des répercussions positives en termes de réduction de la violence conjugale. Étant donné que ce service s'étend dans la période postnatale et que les professionnels peuvent devoir signaler une situation d'exposition à la violence conjugale, une attention particulière devrait être accordée à rendre explicites pour les professionnels de la santé et les femmes, les circonstances dans lesquelles un signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse est requis, ainsi que la marche à suivre le cas échéant.

Pour ce qui est du suivi du développement de l'enfant en établissement de santé, l'insuffisance d'information spécifique à ce type de service ne permet pas de tirer de conclusion en faveur ou en défaveur d'une intégration d'une intervention en violence conjugale, ainsi que sur les conditions requises.

Orientation 3 :

- **Suivi postnatal immédiat**

Pour les professionnels offrant le suivi postnatal immédiat, privilégier l'observation des signes et des indices et référer la femme au besoin vers des services appropriés.

Une intervention préventive en violence conjugale durant le suivi postnatal immédiat, souvent orchestré au Québec à partir de l'avis de naissance, présente des défis particuliers. Le caractère

unique de la visite, le contexte dans lequel le suivi est réalisé, c'est-à-dire quelques jours après la naissance, les besoins et l'adaptation aux soins du nouveau-né ainsi que la difficulté de réunir les conditions d'intimité nécessaires pour aborder la violence conjugale, font en sorte que l'intervention en violence conjugale n'est pas recommandée d'emblée. Il est préférable d'utiliser le jugement clinique pour l'observation des indices et ainsi référer au besoin, car, même si le moment n'est pas optimal, il s'agit d'une occasion de repérer la violence conjugale et d'intervenir. C'est pourquoi la sensibilisation et la formation des intervenants à la problématique de la violence conjugale sont suggérées pour que ces derniers puissent être attentifs aux signes et référer au besoin.

Les mêmes précautions s'appliquent pour l'avis de naissance en raison de la forte possibilité qu'un tiers soit présent à l'hôpital ou au domicile au moment de compléter l'évaluation de la situation familiale.

Orientation 4 :

- Rencontres prénatales de groupe

Ne pas inclure d'intervention préventive en matière de violence conjugale dans les rencontres prénatales de groupe, mais privilégier la formation des professionnels sur la violence conjugale pour qu'ils puissent faire face à un dévoilement de façon adéquate.

La transmission d'informations ou le dépistage de la violence conjugale durant les rencontres prénatales ne sont pas recommandés puisqu'elles se font en groupe et en présence du conjoint, ce qui présente un risque pour la sécurité. Les professionnels qui offrent des rencontres prénatales de groupe devraient cependant avoir des connaissances sur la violence conjugale et les ressources disponibles, afin d'être en mesure de répondre adéquatement à un dévoilement le cas échéant. Le tableau 9 résume les orientations pour chacun des services périnataux analysés et les conditions requises pour intégrer des activités de prévention de la violence conjugale.

Orientation 5 :

Évaluer les interventions en violence conjugale mises en place au Québec dans les services périnataux, afin d'améliorer les connaissances scientifiques disponibles sur l'efficacité et les conditions de succès de ces interventions. L'état actuel des connaissances en matière de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux demeure en effet limité.

Tableau 9 Résumé des orientations

SOUHAITABLES	Orientations	Conditions
Suivi de grossesse (avis de grossesse)	<ul style="list-style-type: none"> Service propice à l'intégration d'interventions préventives en matière de violence conjugale. 	<p>Sécurité : Connaissances et respect des conditions d'intimité (accès à un lieu privé, absence d'un tiers) et de la confidentialité (consignation de l'information et prudence lors du recours à un interprète).</p> <p> <i>Précautions supplémentaires pour l'avis de grossesse en raison de la forte possibilité qu'un tiers soit présent à la consultation ou au domicile au moment de remplir le formulaire (en incluant par téléphone).</i></p>
Suivi à long terme du développement de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Service à domicile propice à l'intégration d'interventions préventives en matière de violence conjugale. 	<p>Sécurité : Connaissances et respect des conditions d'intimité (accès à un lieu privé, absence d'un tiers) et de la confidentialité (consignation de l'information et prudence lors du recours à un interprète).</p> <p>Éthique déontologique : Connaissances quant aux obligations d'un signalement de situations d'exposition à la violence conjugale en vertu de la Loi sur la Protection de la jeunesse.</p>
AVEC PRÉCAUTION	Orientations	Conditions
Suivi postnatal immédiat (avis de naissance)	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi postnatal immédiat constitue une opportunité de repérer la violence conjugale et d'intervenir. Il faut faire appel au jugement clinique et à l'observation des signes et indices pour référer au besoin, même si le moment n'est pas optimal. 	<p>Sécurité : Connaissances et respect des conditions d'intimité (accès à un lieu privé, absence du père ou d'un tiers) et de la confidentialité (consignation de l'information et prudence lors du recours à un interprète).</p> <p> <i>Précautions supplémentaires pour l'avis de naissance en raison de la forte possibilité qu'un tiers soit présent à l'hôpital ou au domicile au moment de remplir le formulaire.</i></p>
NON RECOMMANDÉES	Orientations	Conditions
Rencontres prénatales de groupe	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention préventive en matière de violence conjugale dans ce service n'est pas recommandée. Un personnel formé doit être en mesure de prendre en charge un dévoilement. 	<p>Sécurité : Difficulté et même impossibilité de réunir les conditions d'intimité (accès à un lieu privé, absence d'un tiers) dans ce service.</p>
ÉVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions en violence conjugale mises en place au Québec dans les services périnataux devraient faire l'objet d'évaluation. 	<p>Documenter l'efficacité et les conditions de succès de ces interventions.</p>

Conclusion

Au-delà de la prévalence préoccupante de la violence conjugale durant la période périnatale et des répercussions de celle-ci sur la sécurité et la santé des femmes et des nourrissons, il existe suffisamment d'informations justifiant la pertinence d'inclure des activités de prévention de la violence conjugale (transmission d'informations et dépistage) dans deux services périnataux au Québec, soient le suivi de grossesse et le suivi à long terme du développement de l'enfant. Pour les autres services, davantage d'études sur le sujet sont nécessaires pour documenter les meilleures conditions d'intégration d'activités en matière de violence conjugale. De même, il serait pertinent de poursuivre la recherche pour déterminer comment concilier l'intégration des pères dans les services périnataux, notamment les rencontres prénatales de groupe, et les possibilités de prévenir les comportements violents chez les futurs ou nouveaux pères.

Références

- (1) Ministère de la Sécurité publique (2017). Statistiques 2015 sur les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec, Québec, ministère de la Sécurité publique.
- (2) Gouvernement du Québec (2016). Loi sur la protection de la jeunesse.
- (3) Gouvernement du Québec (1995). Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer, Québec, Gouvernement du Québec.
- (4) MSSS (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie, Québec, Gouvernement du Québec.
- (5) Brownridge, D. A., T. L. Taillieu, K. A. Tyler, A. Tiwari, K. L. Chan et S. C. Santos (7 janvier 2011). « Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects », *Violence Against Women*, vol. 17, n° 7, p. 858-881.
- (6) Van Parys, A.-S., A. Verhamme, M. Temmerman et H. Verstraelen (17 janvier 2014). « Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. », *Plos One*, vol. 9, n° 1, p. e85084-e85084.
- (7) Alhusen, J. L., E. Ray, P. Sharps et L. Bullock (1 janvier 2015). « Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes », *Journal of Women's Health*, vol. 24, n° 1, p. 100-106.
- (8) Bisson, V., et S. Lévesque (juin 2017). *Violence conjugale et période périnatale : état succinct des connaissances*, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF).
- (9) James, L., D. Brody et Z. Hamilton (2013). « Risk factors for domestic violence during pregnancy: A meta-analytic review », *Violence and Victims*, vol. 28, n° 3, p. 359-380.
- (10) Taillieu, T. L., D. A. Brownridge, K. A. Tyler, K. L. Chan, A. Tiwari et S. C. Santos (28 novembre 2015). « Pregnancy and Intimate Partner Violence in Canada: a Comparison of Victims Who Were and Were Not Abused During Pregnancy », *Journal of Family Violence*, p. 1-13.
- (11) Daoud, N., M. L. Urquia, P. O'Campo, M. Heaman, P. A. Janssen, J. Smylie et K. Thiessen (octobre 2012). « Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 10, p. 1893-1901.
- (12) Flores, J., M.-A. Gravel et C. Lecours (2017). *Compendium sur la mesure de la violence conjugale au Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- (13) Agence de santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- (14) Hill, A., C. Pallitto, J. McCleary-Sills et C. Garcia-Moreno (11 mars 2016). « A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*.

- (15) Donovan, B. M., C. N. Spracklen, M. L. Schweizer, K. K. Ryckman et A. F. Safflas (juillet 2016). « Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis », *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 123, n° 8, p. 1289-1299.
- (16) Céline Thibault, et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (dir.) (2004). *Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- (17) SOGC (2005). *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES: Intimate Partner Violence Consensus Statement no 157*, [en ligne], <sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/157E-CPG-April2005.pdf> (consulté le 20 juillet 2016).
- (18) Finnbogadóttir, H., A.-K. Dykes et C. Wann-Hansson (1 mai 2014). « Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. », *BMC Women's Health*, vol. 14, p. 63-63.
- (19) Agrawal, A., J. Ickovics, J. B. Lewis, U. Magriples et T. S. Kershaw (23 février 2014). « Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 18, n° 8, p. 1985-1992.
- (20) Flores, J., C. Lampron et P. Maurice (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*, [en ligne], Institut national de santé publique du Québec, <www.inspq.qc.ca/publications/1061> (consulté le 20 juillet 2016).
- (21) Tu, T. M., et J. Poissant (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- (22) Gamache, L., et J. Poissant (2016). *Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier*, Montréal.
- (23) Brunet, G. G., D. Cossette et D. Lemieux (2012). *L'ABCdaire : guide de référence du praticien*.
- (24) Gouvernement du Québec (2012). *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- (25) Jahanfar, S., L. M. Howard et N. Medley (12 novembre 2014). « Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. », *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, vol. 11, p. CD009414.
- (26) O'Reilly, R., B. Beale et D. Gillies (octobre 2010). « Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. », *Trauma, Violence & Abuse*, vol. 11, n° 4, p. 190-201.
- (27) LoGiudice, J. A. (février 2015). « Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. », *Applied Nursing Research*, vol. 28, n° 1, p. 2-9 8p.
- (28) Stonard, G., et E. Whapples (janvier 2016). « Domestic violence in pregnancy: midwives and routine questioning. », *The Practising Midwife*, vol. 19, n° 1, p. 26-29.
- (29) Grier, G., et S. Geraghty (juin 2015). « Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women. », *British Journal of Midwifery*, vol. 23, n° 6, p. 412-416 5p.

- (30) Bailey, B. A. (9 août 2010). « Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. », *International Journal Of Women's Health*, vol. 2, p. 183-197.
- (31) Hooker, L., B. Ward et G. Verrinder (octobre 2012). « Domestic violence screening in maternal and child health nursing practice: a scoping review. », *Contemporary Nurse*, vol. 42, n° 2, p. 198-215.
- (32) Evanson, T. A. (2006). « Addressing Domestic Violence Through Maternal–Child Health Home Visiting: What We Do and Do Not Know. », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 23, n° 2, p. 95-111.
- (33) Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS et Bair-Merritt MH (7 août 2008). « Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. », *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 37, n° 4, p. 480-491 12p.
- (34) Bair-Merritt, M. H., J. M. Jennings, R. Chen, L. Burrell, E. McFarlane, L. Fuddy et A. K. Duggan (janvier 2010). « Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. », *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 164, n° 1, p. 16-23.
- (35) Mejdoubi, J., S. C. C. M. van den Heijkant, F. J. M. van Leerdam, M. W. Heymans, R. A. Hirasings et A. A. M. Crijnen (21 octobre 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*, vol. 8, n° 10, p. e78185-e78185.
- (36) Taft, A. J., L. Hooker, C. Humphreys, K. Hegarty, R. Walter, C. Adams, P. Agius et R. Small (25 juin 2015). « Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. », *BMC Medicine*, vol. 13, p. 150-150.
- (37) Hooker, L., R. Small et A. Taft (mars 2016). « Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: process evaluation from a 2-year follow-up of the MOVE trial. », *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 72, n° 3, p. 533-544.
- (38) Grafton, D., B. L. Wright, I. Gutmanis et S. Ralyea (11 décembre 2006). « Successful implementation of universal woman abuse inquiry. », *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, vol. 23, n° 6, p. 535-540.
- (39) Vanderburg, S., L. Wright, S. Boston et G. Zimmerman (7 août 2010). « Maternal child home visiting program improves nursing practice for screening of woman abuse. », *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, vol. 27, n° 4, p. 347-352.
- (40) Calderón, S. H., P. Gilbert, R. Jackson, M. A. Kohn et B. Gerbert (février 2008). « Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. », *American Journal Of Preventive Medicine*, vol. 34, n° 2, p. 134-137.
- (41) Coker, A. L., L. S. Garcia, C. M. Williams, T. N. Crawford, E. R. Clear, J. McFarlane et J. E. Ferguson 2nd (juin 2012). « Universal psychosocial screening and adverse pregnancy outcomes in an academic obstetric clinic. », *Obstetrics And Gynecology*, vol. 119, n° 6, p. 1180-1189.
- (42) Renker, P. R., et P. Tonkin (février 2006). « Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. », *Obstetrics And Gynecology*, vol. 107, n° 2 Pt 1, p. 348-354.

- (43) Lazenbatt A, Taylor J et Cree L (décembre 2009). « A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. », *Midwifery*, vol. 25, n° 6, p. 622-636 15p.
- (44) Jeanjot, I., P. Barlow et S. Rozenberg (mai 2008). « Domestic Violence During Pregnancy: Survey of Patients and Healthcare Providers. », *Journal of Women's Health (15409996)*, vol. 17, n° 4, p. 557-567.
- (45) Spangaro, J., J. Koziol-McLain, A. Zwi, A. Rutherford, M.-A. Frail et J. Ruane (avril 2016). « Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care », *Social Science & Medicine*, vol. 154, p. 45-53.
- (46) Herzig, K., Dung Huynh, P. Gilbert, D. W. Danley, R. Jackson et B. Gerbert (mars 2006). « Comparing Prenatal Providers' Approaches to Four Different Risks: Alcohol, Tobacco, Drugs, and Domestic Violence. », *Women & Health*, vol. 43, n° 3, p. 83-101.
- (47) Hindin PK (mai 2006). « Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 51, n° 3, p. 216-236 8p.
- (48) Finnbogadóttir, H., et A.-K. Dykes (avril 2012). « Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. », *Midwifery*, vol. 28, n° 2, p. 181-189 9p.
- (49) Jack, S. M., E. Jamieson, C. N. Wathen et H. L. MacMillan (juin 2008). « The feasibility of screening for intimate partner violence during postpartum home visits. », *The Canadian Journal Of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmières*, vol. 40, n° 2, p. 150-170.
- (50) Davidov, D. M., et S. M. Jack (août 2014). « Nurse home visitors' perceived awareness of mandatory reporting requirements: pregnant women's and children's exposure to intimate partner violence. », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 70, n° 8, p. 1770-1779 10p.
- (51) Jack, S. M., M. Ford-Gilboe, C. N. Wathen, D. M. Davidov, D. B. McNaughton, J. H. Coben, D. L. Olds et H. L. MacMillan (29 février 2012). « Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence », *BMC Health Services Research*, vol. 12, p. 50.
- (52) Stöckl, H., L. Hertlein, I. Himsl, N. Ditsch, C. Blume, U. Hasbargen, K. Friese et D. Stöckl (26 mars 2013). « Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. », *BMC Pregnancy And Childbirth*, vol. 13, p. 77-77.
- (53) Salmon, D., K. M. Baird et P. White (octobre 2015). « Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy. », *Health Expectations*, vol. 18, n° 5, p. 867-878.
- (54) Bacchus, L. J., S. Bewley, C. T. Vitolas, G. Aston, P. Jordan et S. F. Murray (novembre 2010). « Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. », *Reproductive Health Matters*, vol. 18, n° 36, p. 147-157.
- (55) Price S, Baird K et Salmon D (septembre 2007). « Does routine antenatal enquiry lead to an increased rate of disclosure of domestic abuse? Findings from the Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme. », *Evidence Based Midwifery*, vol. 5, n° 3, p. 100-106 7p.

- (56) Baird, K., D. Salmon et P. White (août 2013). « A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. », *Midwifery*, vol. 29, n° 8, p. 1003-1010 8p.
- (57) Reinsperger, I., R. Winkler et B. Piso (31 janvier 2015). « Identifying sociomedical risk factors during pregnancy: recommendations from international evidence-based guidelines », *Journal of Public Health*, vol. 23, n° 1, p. 1-13.
- (58) Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2005). *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. Directives cliniques de la SOGC.*
- (59) American College of Obstetricians and Gynecologists (février 2012). « ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 119, n° 2 Pt 1, p. 412-417.
- (60) Best Start Resource Centre (2015). *Abuse in Pregnancy: Information and Strategies for Prenatal Education*, [en ligne], Best Start Resource Centre, <http://www.beststart.org/resources/anti-violence/pdf/bs_abuse_lr_f.pdf> (consulté le 20 juillet 2016).
- (61) National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies: Clinical guideline*, [en ligne], National Institute for Health and Care Excellence, <www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-975564597445> (consulté le 20 juillet 2016).
- (62) National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Postnatal care up to 8 weeks after birth - clinical guideline*, [en ligne], National Institute for Health and Care Excellence, <www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-975391596997> (consulté le 20 juillet 2016).
- (63) NHS Royal Berkshire (2015). *Domestic abuse in pregnancy guidelines (GL828)*, [en ligne], <www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Social%20issues%20and%20Public%20Health/Domestic_abuse_in_pregnancy_V5.0_GL828.pdf> (consulté le 8 juillet 2016).
- (64) Northern Health and Social Care Trust (2012). *Domestic Abuse Guidelines for Public Health Nursing, Midwifery, and Children's Nursing Services*, [en ligne], <www.northerntrust.hscni.net/pdf/Domestic_Abuse_Guidelines_for_Public_Health_Nursing_Midwifery_and_Childrens_Nursing_Services_12.516.pdf> (consulté le 8 juillet 2016).
- (65) WHO (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, Geneva, World Health Organization.
- (66) Perinatal Services BC (2014). *Perinatal Services BC Provincial Perinatal Guidelines: Population and Public Health Prenatal Care Pathway*, [en ligne], <www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/PrenatalCarePathway.pdf> (consulté le 20 juillet 2016).
- (67) Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland et Directorate of Quality and Strategy Health Service Executive (2014). *Clinical practice guideline: antenatal routine enquiry regarding violence in the home*, [en ligne], Directorate of Quality and Strategy Health Service Executive, <www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/antenatalviolence.pdf> (consulté le 8 juillet 2016).

- (68) Baird, K. (octobre 2015). « Women's lived experiences of domestic violence during pregnancy (2). », *Practising Midwife*, vol. 18, n° 9, p. 37-40 4p.
- (69) Torres-Vitolas C, Bacchus LJ et Aston G (août 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 (Elsevier)*, vol. 124, n° 8, p. 472-478 7p.
- (70) National Institute for Health and Care Excellence (2010). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors: Clinical guideline*, [en ligne], National Institute for Health and Care Excellence, <www.nice.org.uk/guidance/cg110/resources/pregnancy-and-complex-social-factors-a-model-for-service-provision-for-pregnant-women-with-complex-social-factors-35109382718149> (consulté le 20 juillet 2016).
- (71) King Edward Memorial Hospital (2014). *Antepartum clinic visits, screening for family and domestic violence. Clinical guidelines obstetrics and midwifery*, [en ligne], <www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/1/b1.1.7.pdf> (consulté le 8 juillet 2016).
- (72) Perinatal Services BC (2011). *Perinatal Services BC Obstetrics Guideline 20: Postpartum Nursing Care Pathway*, [en ligne], <www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/PostpartumNursingCarePathway.pdf> (consulté le 20 juillet 2016).
- (73) Mejdoubi, J., S. van den Heijkant, E. Struijf, F. van Leerdam, R. HiraSing et A. Crijnen (21 octobre 2011). « Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. », *BMC Public Health*, vol. 11, p. 823-823.

Annexe 1

Précisions sur l'analyse documentaire

Données provenant de la littérature scientifique

Une recherche documentaire rigoureuse a été réalisée à travers la plateforme EbscoHost. Des mots-clés liés aux concepts, de l'intervention prévention et de l'enjeu de la violence conjugale ont été utilisés (tableau A1). Cette recherche a permis d'extraire 965 articles.

Tableau A1 Mots-clés

Catégories	Concepts	Mots-clés
Contexte	Périnatal (grossesse à un an)	Perinatal, antenatal, antepartum, intrapartum, neonatal, postnatal, postpartum, puerperium, pregnancy, reproductive health, maternal health, childbirth.
	Services de santé	Service, care, health care, program, provider, setting, visit, follow-up, consult, class, pediatric follow-up, pregnancy notification, pregnancy registration, birth record, declaration of birth, birth statement
Intervention	Prévention, information et détection	Preventing, screening, detecting, suspecting, assessing, identifying, disclosing, informing, referring, reporting, cueing, educating, awareness, intervening, reducing, empowering, improving, counselling, finding, managing, addressing, interviewing.
Enjeu	Violence conjugale	Abusive, violent, aggressive, menacing, terrorizing, coercive, constraining. Domestic, spousal, marital, marriage, husband, partner, wife, relationship.

Processus de sélection des articles

Après avoir retiré les doublons et les articles non-pertinents, les titres et résumés de 335 articles ont été survolés par les trois professionnelles. Toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été retenues, et ce, sans égard à la nature ou à la qualité du devis méthodologique. Au total, 33 articles ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.

Critères d'inclusion

- Présenter les interventions de prévention liées à la violence conjugale et aborder au moins un des trois enjeux suivants : les conditions organisationnelles, les considérations éthiques, les considérations en lien avec la sécurité.
- Faire état d'interventions préventives en santé similaires à celles offertes au Québec.
- Différents types d'études, tels que les essais contrôlés randomisés, les études de cas, les études transversales, les études qualitatives ou encore les revues de littérature (méta-analyses, systématiques ou narratives).

Critères d'exclusion

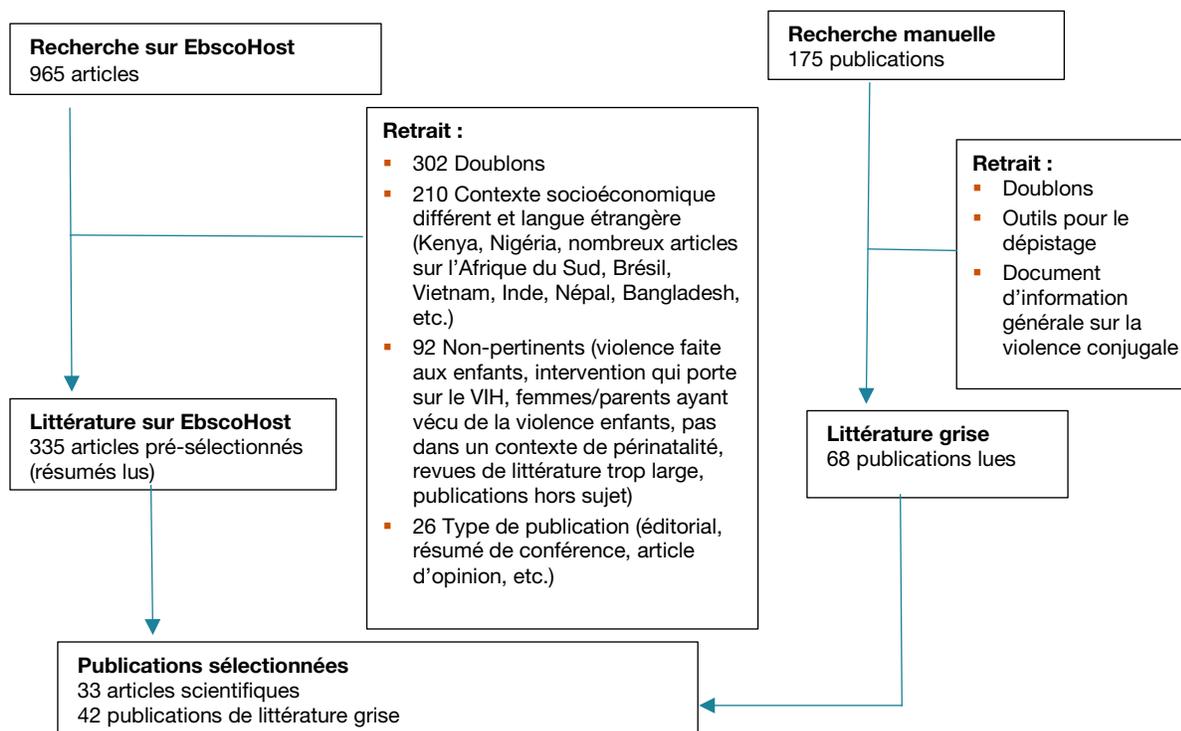
- Publications qui portent principalement sur la prise en charge de la violence conjugale (services destinés aux conjoints ayant des comportements violents), la prévention de la récidive ou de la revictimisation, les thérapies et les interventions judiciaires.
- Publications qui portent principalement sur la violence faite aux enfants ou l'exposition à la violence conjugale.
- Les études coût-bénéfice, les articles d'opinion, éditoriaux et thèses ou mémoires.
- Les études publiées avant 2006.
- Les documents rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais.

Données provenant de la littérature grise

Après la recherche de littérature scientifique, une recherche de la littérature grise a été réalisée à partir des sites Web d'organisations québécoises, canadiennes et internationales, dont les ordres professionnels, les instituts de santé publique et de recherche ainsi que des sites gouvernementaux susceptibles d'avoir des lignes directrices ou proposer des protocoles en lien avec la prévention de la violence conjugale en période périnatale. Cet exercice a permis d'extraire 42 documents.

Diagramme de sélection des publications

Au total, 965 articles publiés dans des revues scientifiques et 175 publications de la littérature grise ont été repérés. Après le retrait des doublons et l'exclusion des articles non-pertinents selon les critères d'inclusion/exclusion, les résumés de 335 articles, ainsi que 68 documents de la littérature grise ont été lus pour en déterminer la pertinence en fonction des questions de recherche. La lecture par les trois professionnelles a permis de retenir 33 articles, ainsi que 42 documents issus de la littérature grise.



Extraction et synthèse des données

Les articles retenus ont ensuite été classés selon leur correspondance avec les services périnataux au Québec tels que décrits dans la Politique de périnatalité 2008-2018 : suivi de grossesse, rencontres prénatales, suivi postnatal immédiat, suivi à long terme. Certains articles ont été classés dans plus d'un service.

Afin d'en systématiser l'analyse documentaire, une grille reprenant les catégories proposées dans le cadre de référence a été utilisée pour extraire l'information des articles scientifiques. Pour chaque article, la grille était complétée par les trois professionnelles. Par la suite, une synthèse de tous les articles associés à un service a été réalisée afin de tirer les principaux constats. Pour ce qui est de la littérature grise, après avoir retiré les documents non-pertinents, les documents ont été survolés par au moins deux professionnelles. Une grille simplifiée a été utilisée pour extraire l'information (tableau A3).

Tableau A2 Grille d'extraction pour les articles scientifiques

1. Est-ce que des effets nuisibles (ou non attendus) ont été documentés en lien avec une intervention préventive ¹ en violence conjugale dans ce service?
2. A) Est-ce qu'une intervention visant à augmenter la transmission d'informations (connaissances, ressources, etc.) sur la violence conjugale dans ce service obtient des résultats? Si oui, lesquels? B) À quel moment l'information sur la violence devrait-elle être transmise?
3. A) Est-ce qu'une intervention visant à augmenter le dépistage de la violence conjugale dans ce service obtient des résultats? Si, oui lesquels? B) À quel moment l'information sur les activités de dépistage devrait-elle être menée?
4. Auprès de qui l'intervention en violence conjugale (souvent dépistage) devrait-elle être menée?
5. Quel est le rationnel d'une intervention préventive en matière de violence conjugale dans ce service? 5.1. Existe-t-il des opportunités spécifiques à ce service (conditions de réussite)? Si oui, comment les maximiser? 5.2. Existe-t-il des barrières spécifiques à ce service? Si oui, comment les contourner?
6. Quelles sont les conditions organisationnelles à mettre en place pour considérer la violence conjugale dans ce service? 6.1. Formation. 6.2. Protocoles/outils de détection/balises signalement. 6.3. Financement, budget dédié. 6.4. Supervision clinique/discussion de cas. 6.5. Adhésion de l'organisation : nouvelle politique, appui gestionnaire, intégration aux pratiques existantes, etc.
7. Quelles sont les considérations de sécurité qui sont soulevées en lien avec ce service et la violence conjugale? 7.1. Victime : ex. : risque de représailles, être seule au moment, élaboration d'un plan de sécurité. 7.2. Professionnelle : ex. : contexte/lieu confidentiel, information consignée, mesures pour assurer la sécurité (ex. : informer un collègue). 7.3. Est-ce qu'il existe des conditions de sécurité à respecter? Si oui, quelles sont-elles? Maintien dans le temps des pratiques de sécurité (normalisées). 7.4. Est-ce que certaines activités doivent être faites particulièrement en considérant la sécurité?
8. Enjeux éthiques : Quelles sont les valeurs qui sont en présence/en tension dans ce service en ce qui a trait à la violence conjugale? 8.1. Santé, bien-être, bien commun. 8.2. Bienfaisance et non-malfaisance. 8.3. Utilité et efficacité. 8.4. Autonomie et autonomisation. 8.5. Liberté. 8.6. Égalité, équité, justice. 8.7. Solidarité. 8.8. Valeurs professionnelles : responsabilité et imputabilité, transparence, prudence, ouverture, confidentialité et vie privée.

¹ Intervention qui vise à informer, éduquer, sensibiliser et détecter/dépister la violence conjugale.

Tableau A3 Grille d'extraction pour la littérature grise

Nom de l'organisme, types de rapport, année de publication
Description du contenu du rapport (types de services, clientèle visée, professionnels impliqués, recommandations)
Enjeux organisationnels soulevés
Enjeux de sécurité soulevés
Enjeux éthiques abordés
Autres informations pertinentes

Annexe 2

**Description des 11 études ayant rapporté
des résultats sur les effets des interventions
préventives en violence conjugale**

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Bacchus, Bewley et collab. (2010) Suivi de grossesse Avant-après Méthodologie mixte (entrevues auprès de patientes et des professionnels; analyse de dossiers de patientes; questionnaires avant et après formation auprès des professionnels)	Royaume-Uni	L'ensemble des sages-femmes (487) et les professionnels de santé sexuelle (644) d'une unité des services de maternité et de santé sexuelle d'un hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices ▪ Formation (une journée) ▪ Inclusion d'un dépistage systématique ▪ Mécanismes de référencement 	Connaissances Obstacles au dépistage Habileté perçue à effectuer le dépistage Taux de dépistage Taux de dévoilement Expérience vécue par les femmes de violence conjugale	Taux de dépistage a plus que triplé après la formation (15 % avant la formation, 47 % après la formation). Impact de l'intervention sur le taux de dévoilement ne peut être évalué en l'absence de données fiables pré intervention. 82 % des sages-femmes rapportent que leurs connaissances se sont grandement améliorées suite à la formation. 43/56 des sages-femmes évoquent plusieurs problèmes (présence du père, contraintes de temps, barrières de langue).	La formation en matière de violence conjugale entraîne des changements dans les connaissances des professionnels de santé et dans leur pratique à court terme. Le dépistage de routine universel n'a toutefois pas été atteint, même en présence de soutien organisationnel, de lignes directrices, de formation et de groupes de défense. Quelques effets nuisibles (peu fréquents) ont été répertoriés, incluant un non-respect de la confidentialité, l'absence de documentation des preuves ou un suivi inadéquat. Les services de maternité et de santé sexuelle ont été reconnus comme étant un contexte opportun pour une intervention en violence conjugale qui combine le dépistage, du soutien après le dévoilement et une attention à la réduction des méfaits.	a (autorapporté) b

¹ Code :

- a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.
- b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.
- c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.
- d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Baird, Salmon et White (2013) Suivi de grossesse Avant-après Méthodologie mixte (sondage et groupes de discussion auprès de sages-femmes)	Royaume-Uni	Sages-femmes travaillant dans les services de santé nationaux (NHS) au sud-ouest de l'Angleterre. L'étude porte sur les effets d'un programme de dépistage 5 ans après son implantation et comprend un sondage auprès de 58 sages-femmes et des groupes de discussion avec 11 sages-femmes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation ▪ Adoption d'un dépistage prénatal de routine 	<p>Connaissances perçues sur la violence conjugale</p> <p>Connaissances perçues sur le dépistage</p> <p>Habilité et confiance perçue à effectuer le dépistage</p> <p>Capacité de travailler avec les autres organisations impliquées</p>	<p>Maintien de l'amélioration des connaissances sur la violence conjugale</p> <p>Augmentation des connaissances sur le dépistage en 2010 comparativement à 2005 (2010 : 61 % des sages-femmes rapportent avoir de très bonnes connaissances comparativement à 42 % en 2005), sur la manière de poser les questions (de très bonnes connaissances : 61 % en 2010 comparativement à 37 % en 2005).</p> <p>Augmentation de la confiance dans l'habileté à répondre à un dévoilement (très grande confiance : 39,5 % en 2010; 21,1 % en 2005) et à travailler avec les autres organisations (très grandes connaissances : 44,2 % en 2010; 19,7 % en 2005).</p>	Les résultats suggèrent une amélioration du dépistage prénatal 5 ans après son implantation, avec la présence d'une formation obligatoire. Cela dit, des barrières continuent d'exister, dont la présence du conjoint et le manque de services d'interprètes.	a (autorapporté)

¹ Code :

- a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.
- b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.
- c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.
- d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Bair-Merritt, Jennings et collab. (2010) Suivi à long terme Expérimental Essai contrôlé randomisé	États-Unis	Familles ayant un enfant à risque élevé de maltraitance (270 femmes pour le GC et 373 femmes pour le GI)	Programme de visites à domicile (Programme Hawaii Healthy Start) : visites hebdomadaires, une semaine après la naissance jusqu'à 3 ans. Ces visites ont pour objectif de transmettre du contenu en lien avec le développement des enfants, la parentalité et des stratégies de résolution de problèmes, ainsi que du soutien émotionnel.	Blessures et violence verbale, physique, sexuelle subie et commise (utilisation d'un outil de détection)	Durant l'implantation du programme : taux de victimisation plus faible (0,86 à 95 % CI 0,73-1,01) et de perpétration plus faible (0,83 à 95 % CI 0,72-0,96). Plus faible taux d'agression physique subie (0,85 à 95 % CI 0,71-1,00) et commise (0,82 à 95 % CI 0,70-0,96). Niveau de victimisation et de perpétration diminue dans les deux groupes sans différence significative entre eux à long terme (de 7 à 9 ans après le début de l'intervention). Violence verbale subie augmenterait peut-être (1,14 à 95 % CI 0,97-1,34), mais le résultat est non significatif.	Les auteurs considèrent que les résultats du programme sont encourageants, mais doivent être interprétés avec prudence puisque les programmes de visites à domicile sont très variés en ce qui a trait au contenu, à la formation, à la fréquence et à la durée des visites. Il faut obtenir des résultats comparables dans d'autres études et surtout cerner les éléments du programme qui entraînent les réductions de violence.	c

GC : groupe contrôlé.

GI : groupe ayant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Calderón, Gilbert et collab. (2008) Suivi de grossesse Expérimental Essai contrôlé randomisé	États-Unis	Population ciblée par l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> professionnels de santé offrant un suivi de grossesse dans 5 cliniques de santé Population ciblée pour évaluer l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> 63 femmes enceintes adultes recevant les soins périnataux et ayant rapporté au moins un facteur de risque (37 femmes pour la violence conjugale). 	Programme (Health in Pregnancy) inclut : <ul style="list-style-type: none"> un questionnaire d'évaluation de risques complété par ordinateur en privé par les patientes avant la consultation (permet d'aiguiller les professionnels de santé sur la discussion à avoir en fonction des facteurs de risque); une feuille d'aiguillage pour le professionnel avec le dossier médical (profil de risque de la patiente et suggestions d'approche de <i>counselling</i>); courte formation sur l'utilisation de la feuille d'aiguillage 	Capacité des professionnels de santé de discuter de violence conjugale Appréciation du système d'évaluation de risque, de la confidentialité lors de son utilisation et de la discussion avec le professionnel de santé par les femmes	17/20 des femmes du GI ayant rapporté avoir vécu de la violence conjugale affirment avoir eu une conversation sur le sujet avec le professionnel (comparativement à 4/17 des femmes du GC). 19/21 femmes ayant eu une conversation avec le professionnel sur la violence conjugale l'ont perçu comme étant aidante. Toutes les femmes (37) qui ont rapporté avoir vécu de la violence conjugale ont affirmé avoir apprécié le système informatisé et l'ont trouvé facile à utiliser. 33/37 ont jugé avoir eu assez d'intimité pour effectuer l'évaluation des risques.	La propension de discuter de violence conjugale est grandement influencée par l'aiguillage des professionnels de santé ; il s'agit d'un moyen efficace et approprié, complémentaire au <i>counselling de risques</i> effectué dans le cadre du suivi de grossesse.	b

GC : groupe contrôle.

GI : groupe ayant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Coker, Garcia et collab. (2012) Suivi de grossesse Étude avant-après sans groupe de comparaison	États-Unis	Nouvelles patientes pour les soins prénataux d'une clinique (417 femmes avant l'implantation du dépistage universel et 464 femmes après son implantation)	Implantation d'un dépistage psychosocial universel (violence conjugale, grossesse non voulue, symptômes dépressifs) à la première visite du suivi de grossesse, au second et au troisième trimestre et 6 semaines après l'accouchement Questions de dépistage disponibles au besoin Formation pour communiquer un message standard (consistant) (avant l'implantation de ce dépistage, des questions étaient posées sur l'usage de tabac, d'alcool et de drogues, mais non sur la violence conjugale et le stress).	Poids à la naissance Âge gestationnel Score Agpar Niveau de complications vécu par la mère	Les femmes pour lesquelles le dépistage universel a été effectué sont moins susceptibles d'avoir un bébé de faible poids à la naissance (4,5 % après implantation comparativement à 10,3 % avant l'implantation); de donner naissance à un bébé prématuré (9,9 % après implantation comparativement à 14,9 % avant l'implantation); d'avoir eu des complications lors de la grossesse, l'accouchement (30 % après l'implantation comparativement à 41,2 % avant l'implantation) et ont un nouveau-né dont le score Agpar est en moyenne plus élevé que celles dépistées avant l'implantation du dépistage universel.	Les résultats de cette étude indiquent que le dépistage universel est associé à l'amélioration de l'issue de grossesse.	d

¹ Code :

- a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.
- b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.
- c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.
- d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
<p>Grafton, Wright et collab. (2006)</p> <p>Visite postnatale</p> <p>Étude avant-après sans groupe de comparaison</p>	Canada	<p>Population ciblée par l'intervention : Infirmières de santé publique travaillant au centre de santé d'une région et qui offrent la visite à domicile postnatale (Healthy Babies, Healthy Children).</p> <p>Population ciblée par l'évaluation de l'intervention : analyse secondaire des dossiers des femmes de cette région qui ont reçu la visite à domicile (1 151 pré interventions et 1 193 post interventions).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction d'un protocole (Routine Universal Comprehensive Screening) incluant des questions sur la violence conjugale ▪ Budget dédié ▪ Changements de politiques ▪ Promoteurs de bonnes pratiques ▪ Formation 	<p>Pratique de dépistage</p> <p>Dévoilement de la violence conjugale</p>	<p>Démarches de dépistage documentées ont augmenté significativement, passant de 0,8 % avant l'adoption du protocole de dépistage universel à 20,5 % après. Avant la mise en place du protocole, les femmes à faible risque de moins de 20 ans étaient significativement plus susceptibles d'être interrogées que les femmes plus âgées, tout comme les mères célibataires comparativement aux mères qui vivent avec un conjoint.</p> <p>Après la mise en place du protocole, il n'y a pas de différence significative selon l'âge et le statut matrimonial.</p>	<p>Des changements de politiques qui incluent des attentes définies et de la documentation aide-mémoire peuvent améliorer le dépistage de la violence conjugale. De nouvelles politiques en matière de dépistage de la violence conjugale peuvent être combinées de manière efficace avec des programmes et infrastructures existants et faciliter à long terme le succès de nouvelles initiatives.</p>	b

¹ Code :

- a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.
- b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.
- c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.
- d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
<p>Hooker, Small et Taft (2016)</p> <p>Suivi à long terme</p> <p>Expérimental : essai contrôlé randomisé</p> <p>Méthodologie mixte (étude de suivi incluant des entrevues et un sondage auprès d'infirmières 2 ans après une intervention)</p>	Australie	Infirmières de 8 équipes de santé maternelle et infantile (entrevues auprès de 14 d'entre-elles et sondage auprès de 123 infirmières)	<p>L'intervention MOVE inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ présence d'infirmières mentores; ▪ implication d'intervenants en violence conjugale régionaux; ▪ inclusion d'un formulaire autocomplété par les femmes sur leur santé et leur bien-être; ▪ lignes directrices et trajectoire de soins. (Cette étude-ci examine les facteurs qui contribuent aux maintiens des pratiques de dépistage et de soutien acquises 2 ans après l'intervention MOVE. À noter qu'après celle-ci, les ressources développées pour l'intervention MOVE ont été offertes aux équipes du GI et du GC.) 	Indicateurs en lien avec le maintien de pratiques (appréciation, barrières au dépistage perçues, utilisation des outils, connaissances perçues)	<p>Plus grande utilisation des ressources MOVE: questionnaire sur la santé et le bien-être des mères (GI 81 % comparativement à GC 22 %, $p < 0,001$), lignes directrices des pratiques cliniques (GI 43% comparativement à GC 20 %, $p = 0,03$) et les trajectoires de soins (GI 34 % comparativement à GC 11 %, $p = 0,01$).</p> <p>Niveau élevé d'inconfort des infirmières à effectuer le dépistage (1/3 des infirmières du GI et plus de 1/2 du GC).</p> <p>Diminution de l'utilisation des divers outils dans le GI 2 ans après la fin de l'intervention.</p> <p>Formulaire de santé et bien-être de la mère (où il y a le dépistage autorapporté) est la ressource la plus aidante pour cerner la violence conjugale vécue par la femme selon les infirmières (35 % GI comparativement à 5 % GC $p < 0,001$)</p> <p>Dépistage effectué au début du suivi plus fréquent (GI 59 % comparativement à GC 38 % $p = 0,02$).</p>	<p>Des pratiques de dépistage et de soutien peuvent être maintenues dans le contexte d'une implantation globale conçue par les infirmières et fondée sur la théorie. De la formation continue, des discussions et le monitoring des activités sont nécessaires pour assurer le maintien des pratiques.</p>	<p>a (autorapporté)</p> <p>b (autorapporté)</p>

GC : groupe contrôle.

GI : groupe ayant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Mejdoubi, Heijkant et collab. (2013) Suivi à long terme Expérimental : essai contrôlé randomisé	Pays-Bas	460 femmes enceintes (GI : 237 qui participent au programme Voorzorg; GC : 223 femmes qui reçoivent les soins et services standards). Voorzorg est un programme qui vise le développement des enfants et les visites sont axées sur les pratiques parentales, les saines habitudes de vie, la santé et la sécurité, ainsi que le soutien de la famille.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En plus des soins standards, 10 visites d'une infirmière durant la grossesse, 20 durant la 1^{re} année de vie de l'enfant et 20 autres durant la 2^e année de vie. ▪ GC : soins standards, soit le suivi de grossesse et après quelques visites d'une aide en soin maternel après la naissance et le suivi pédiatrique (en tout 9 à 11 rencontres) 	Violence psychologique, physique, sexuelle et blessure selon 2 niveaux de sévérité (subie et commise; utilisation d'un outil de détection)	<p>Subie : Prévalence de la violence psychologique sévère subie (niveau 2) est significativement plus basse à 32 semaines de grossesse (GI 39 % comparativement à GC 56 % à $p < 0,05$), tout comme les agressions physiques de niveau 1 (GI 40 % comparativement à GC 58 % à $p < 0,001$) et de niveau 2 (GI 20 % comparativement à GC 31 % à $p < 0,05$), ainsi que la coercition sexuelle de niveau 1 (GI 8 % comparativement à GC 16 % à $p < 0,05$).</p> <p>Prévalence des agressions physiques de niveau 1 subies est plus basse, 24 mois après la naissance (GI 26 % comparativement à GC 44 % à $p < 0,05$).</p> <p>Prévalence de la violence psychologique sévère commise (niveau 2) est significativement plus basse à 32 semaines de grossesse (GI 46 % comparativement à GC 60 % à $p < 0,05$), tout comme les agressions physiques de niveau 1 commises (GI 52 % comparativement à GC 65 % à $p < 0,05$) ainsi que les blessures infligées (GI 17 % comparativement à GC 27 % à $p < 0,05$),</p> <p>Prévalence de la coercition sexuelle infligée de niveau 1 subie est plus basse, 24 mois après la naissance (GI 3 % comparativement à GC 18 % à $p < 0,005$).</p>	Le programme VoorZorg, comparativement aux soins standards, réduit de manière efficace la violence conjugale durant la grossesse et 2 ans après la naissance chez les femmes à risque élevé.	c

GC : groupe contrôle.

GI : groupe avant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets¹
Price , Baird et Salmon (2007) Suivi de grossesse Étude avant-après sans groupe de comparaison Méthodologie mixte (sondage et groupes de discussion auprès de sages-femmes; analyse de dossiers de patientes)	Royaume-Uni	83 sages-femmes travaillant dans les services de santé nationaux (NHS) du nord de Bristol. Le Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme (BPDVP) a été mis sur pied afin d'outiller les sages-femmes pour qu'elles puissent avoir les connaissances et la confiance nécessaire à dépister de manière efficace la violence conjugale au cours de la période anténatale.	Programme (Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme) comprenant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ formation; soutien des sages-femmes; ▪ utilisation d'un formulaire supplémentaire de divulgation de la violence conjugale (incluant du temps prévu pour soutenir la femme, pour faire le lien avec les divers services appropriés et faire le référencement). 	Taux d'identification Habilité des sages-femmes à faciliter la divulgation Perception du dépistage (possibilité de l'effectuer, barrières présentes)	Augmentation du taux d'identification de cas préoccupants (Pré intervention : 0,12 % soit 8/6 764 dossiers de patientes; Post intervention : 0,66 %, soit 25/3 779 dossiers de patientes). Le sondage des sages-femmes (65) indique la divulgation de 100 cas de violence conjugale (présente ou passée). Trois sages-femmes rapportent pouvoir effectuer le dépistage 81-100 % du temps; 38 sages-femmes 61-80 % du temps; 7 sages-femmes 21-40 % du temps et une 0-20 % du temps. La majorité des sages-femmes rapportent avoir été capables d'effectuer le dépistage seulement 50 % du temps. La barrière la plus souvent évoquée est la présence d'un membre de la famille.	Le dépistage de routine peut accroître le nombre de divulgation de la violence conjugale durant la grossesse. Tout programme de dépistage doit être accompagné de soutien et de références appropriées, ainsi que des mécanismes de suivi auprès des femmes, de la formation et du soutien auprès des sages-femmes.	b

GC : groupe contrôlé.

GI : groupe ayant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
<p>Taft, Hooker et collab. (2015)</p> <p>Suivi à long terme</p> <p>Expérimental : essai contrôlé randomisé</p>	Australie	<p>163 infirmières de santé maternelle et infantile de 91 centres de santé au nord-ouest de l'Australie</p> <p>(L'étude porte sur les effets en lien avec l'implantation d'une stratégie (MOVE) pour soutenir les pratiques de dépistage systématique)</p>	<p>GI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'infirmières mentores; Implication d'intervenants en violence conjugale; ▪ Inclusion d'un formulaire autocomplété par les femmes dans le cadre d'une visite supplémentaire; ▪ Formation; ▪ Lignes directrices et trajectoires de soins. <p>GC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation; ▪ Offre des soins standards (sans visite supplémentaire); ▪ Questions de dépistage suggérées 	<p>Taux de femmes dépistées</p> <p>Taux de femmes qui effectuent un dévoilement</p> <p>Taux de femmes pour lesquelles un plan de la sécurité a été effectué</p> <p>Taux de référencement</p>	<p>L'intervention n'a pas permis d'accroître davantage le dépistage de routine à 4 semaines et à 4 mois (pas de différence significative entre le GC et le GI), ni le taux de référencement (nombre trop petit).</p> <p>Augmentation du taux de plans de sécurité durable dans le GI (4,2 % à l'année 1 à 5,9 % à l'année 3) et significativement différente du GC.</p> <p>Taux de dépistage effectué dans le GI à partir d'un formulaire complété par les femmes dans le cadre d'une visite supplémentaire à 3-4 mois est plus élevé que pour le dépistage standard effectué à cette même période par le GC (63,1 % pour le GI comparativement à 23,5 % pour le GC).</p>	<p>L'intervention supplémentaire auprès des infirmières ne permet pas d'accroître davantage le dépistage de routine ou le référencement, mais permet d'accroître de manière significative le taux de plans de sécurité complétés auprès des femmes, 36 mois après la naissance. Le dépistage autorapporté supplémentaire est apprécié des infirmières et contribue au maintien de la pratique.</p>	b

GC : groupe contrôle.

GI : groupe ayant reçu l'intervention.

¹ Code :

a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.

b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.

c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.

d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

Tableau A4 Description des 11 études ayant rapporté des résultats sur les effets des interventions préventives en violence conjugale (suite)

Auteurs, service(s) et pays, méthodologie	Pays	Population et contexte	Intervention	Mesure de l'effet	Résultats	Conclusions des auteurs	Effets ¹
Vanderburg, Wright et collab. (2010) Visite postnatale Suivi à long terme Étude avant-après sans groupe de comparaison	Canada	Population ciblée par l'intervention : infirmières de santé publique qui appliquent le programme Healthy babies Healthy Children. Population ciblée par l'évaluation de l'intervention : analyse des dossiers de patientes ayant reçu la visite postnatale (459 pré interventions et 485 post interventions) et pour le suivi à long terme (79 pré interventions et 59 post interventions).	Introduction du protocole "Routine Universal Comprehensive Screening" incluant des questions sur la violence conjugale (dépistage universel); un budget dédié, du soutien du directeur de programme, l'identification de promoteurs de meilleures pratiques et formation	Pratique de dépistage Dévoilement de la violence conjugale « Statut seule » de la femme	Augmentation de la documentation du « statut seule » pour la visite postnatale et le suivi à long terme (visite postnatale : 32 % avant implantation, 86 % après implantation à $p < 0,001$; suivi à long terme: 75 % avant implantation, 92 % après implantation à $p < 0,01$). Augmentation du respect des règles de sécurité où le dépistage n'est pas fait pour les femmes qui n'étaient pas seules (visite postnatale : 19 % avant implantation, 98 % après implantation à $p < 0,001$; suivi à long terme : 2,3 % avant implantation, 38 % après implantation à $p < 0,001$). Diminution du nombre de femmes visitées pour lesquelles un dépistage a été effectué (visite postnatale : 388/459 avant implantation (demandé indirectement), 76/485 après implantation (demandé directement); suivi à long terme : 77/79 avant implantation (demandé indirectement), 52/66 après implantation (demandé directement)). Augmentation significative du taux de violence conjugale dévoilée (visite postnatale : 3 % avant implantation, 11 % après implantation à $p < 0,01$; suivi à long terme : 48 % avant implantation, 75 % après implantation à $p < 0,01$).	L'étude démontre que l'implantation de ce protocole et l'intégration de ce dernier dans un programme existant se sont traduites dans des améliorations de pratiques en lien avec la sécurité et la confidentialité de la femme, ainsi qu'une augmentation du dévoilement de la violence conjugale.	b

¹ Code :

- a : effets sur les connaissances et les attitudes des professionnels.
- b : effets sur les pratiques organisationnelles ou des professionnels.
- c : effets sur les femmes victimes de violence conjugale.
- d : effets sur le fœtus et sur l'état de santé du nourrisson.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca