



## *Table des matières*

<b>1. Résumé.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Problématique .....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Le cycle de la violence.....</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Point de vue légal .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 Modèle conceptuel.....</b>	<b>8</b>
<b>3.4 Causes et facteurs de risque de la violence conjugale .....</b>	<b>10</b>
<b>3.5 Question de recherche.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Méthodologie de recherche d'articles .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Analyse critique des articles .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Axe détection .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Axe accompagnement .....</b>	<b>21</b>
<b>6. Comparaison des résultats.....</b>	<b>24</b>
<b>6.1 Axe détection .....</b>	<b>24</b>
<b>6.2 Axe accompagnement .....</b>	<b>28</b>
<b>7. Discussion et perspectives.....</b>	<b>32</b>
<b>7.1 Axe dépistage.....</b>	<b>32</b>
<b>7.2 Axe dépistage : pistes pour la pratique.....</b>	<b>33</b>
<b>7.3 Axe accompagnement .....</b>	<b>34</b>
<b>7.4 Axe accompagnement : pistes pour la pratique .....</b>	<b>35</b>
<b>7.5 La violence conjugale analysée selon le modèle écologique .....</b>	<b>36</b>
<b>7.6 Limites et perspectives de la revue de littérature .....</b>	<b>37</b>
<b>8. Conclusion.....</b>	<b>38</b>
<b>9. Liste de références.....</b>	<b>39</b>
<b>10. Annexes .....</b>	<b>42</b>

# 1. RÉSUMÉ

## But

En Suisse, une femme sur cinq est victime de violence conjugale. Cette forme de violence a des conséquences sur la vie physique, psychologique, émotionnelle, environnementale et sociale de l'individu et de son entourage. De plus, elle engendre des coûts importants qui sont assumés par l'ensemble de la population. Le service d'urgences est un des lieux où les victimes se rendent en premier. L'infirmière est la personne de référence lors de l'accueil et de la prise en soins des patients. En lien avec ces différents constats, notre revue de littérature vise à répondre à la question de recherche suivante : « Comment l'infirmière peut-elle détecter des signes de violences chez des patientes admises dans un service d'urgences et proposer un accompagnement adéquat ? »

## Méthode

Nous avons scindé notre question de recherche, qui comprend deux sous-thématiques distinctes, en deux axes de recherche de littérature : un axe « détection » et un autre « accompagnement ». Des équations de recherches spécifiques à chacune des bases de données Cinahl et PubMed ont été créées dans le but d'effectuer une revue de littérature. Les articles ont été analysés par le biais d'une grille validée au préalable. Nous avons choisi le modèle écologique comme grille de lecture de nos résultats.

## Résultats

Concernant la détection, il apparaît qu'un dépistage systématique, associé à une formation des infirmières sur la violence conjugale, pouvait augmenter le taux de cas dépistés. Des outils comme un questionnaire de dépistage sur papier (à remplir par les patientes) ou des questions spécifiques à poser aux victimes sont des atouts considérables pour la détection des violences conjugales. Un questionnaire de dépistage sur ordinateur est aussi apprécié par les patientes qui se trouvent dans les salles d'attente ; cet outil permet en outre à l'équipe de les orienter rapidement.

À l'inverse, la méconnaissance de la langue, le manque de formation, le manque de temps et le vécu personnel ou familial des infirmières peuvent représenter des obstacles majeurs à la détection des situations de violence conjugale.

Au niveau de l'accompagnement, une attitude empathique des infirmières est primordiale pour que les victimes de violence conjugale se sentent prises en considération. Un aiguillage en rapport avec les besoins des victimes et l'élaboration d'un plan de sécurité sont bénéfiques pour la tranquillité des patientes. Afin que les infirmières puissent offrir ces accompagnements de façon adéquate, un soutien institutionnel est nécessaire, notamment par la mise à disposition de protocoles spécifiques. Des formations sur la violence conjugale contribuent à l'amélioration de l'accompagnement des victimes, car elles permettent de diminuer les stéréotypes associés à ces patientes.

Le modèle écologique met en lien les niveaux de contexte sur lesquels il serait possible d'agir, sur le plan tant de la prise en soins que de la prévention.



## 2. INTRODUCTION

La violence conjugale envers les femmes est un sujet tabou : on en parle peu, elle fait partie de la sphère privée. On pense que cela ne nous arrivera pas. Pourtant, en Suisse, selon Hofner et Viens Python (2015), « une femme sur cinq dans le courant de sa vie subira de la violence physique ou sexuelle de la part de son partenaire ou ex-partenaire » (p. 15). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirme qu'une femme sur trois est victime de violence conjugale dans le monde (2015). Il s'agit donc d'un problème de santé publique sur lequel il est primordial de se pencher, tant en raison des conséquences sur la santé des personnes concernées et de leur entourage familial que des effets sociétaux, financiers et environnementaux. C'est pourquoi de nombreuses mesures ont été prises sur le plan national et international afin de diminuer ce fléau.

Au niveau international, beaucoup de personnalités publiques et politiques s'engagent et luttent contre la violence à l'égard des femmes. À l'instar de M. Ban Ki-moon, secrétaire général des Nations Unies, qui affirme : « Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable. » (2013) Mais, hélas, ce grave problème est toujours existant et ne cesse de s'accroître (Tibault, 2004, p. 4).

À ce propos, l'infirmière qui travaille dans un service d'urgences, avec ses outils de recueil de données, son raisonnement clinique et sa vision holistique de la personne, peut et doit jouer un rôle important dans le dépistage de la violence conjugale. Elle doit pouvoir offrir un accompagnement adéquat.

C'est dans le but de trouver des réponses à nos multiples interrogations concernant le rôle autonome de l'infirmière dans un service d'urgences face à la violence conjugale que nous commençons ce travail de Bachelor.

## 3. PROBLÉMATIQUE

La violence conjugale a toujours existé ; les victimes sont plus souvent des femmes que des hommes (Poilpot, 2001). Des recherches et des statistiques ont démontré que, au niveau mondial, une femme sur trois est victime de violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire. Pas moins de 38% du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes (OMS, 2013). Des chercheurs ont constaté que, dans pratiquement tous les milieux, la violence à laquelle les femmes risquent le plus d'être exposées est celle exercée par des partenaires intimes masculins ou des membres de l'entourage proche (OMS, 2012).

Selon l'OMS, on entend par violence conjugale « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (2015).

Afin de promouvoir les droits des femmes et surtout de sensibiliser le public face à cette violence, les Nations Unies ont décrété en décembre 1999 que le 25 novembre serait la Journée mondiale de lutte contre les violences faites aux femmes. Certains pays ont commencé à revoir leur législation et à l'adapter pour une meilleure prise en soins des femmes victimes de violence. Selon Peyret (2015), qui



publie le sondage de l'Agence européenne des droits fondamentaux mené auprès de 42 000 femmes, 41% des participantes ne savent pas qu'il existe des lois pour protéger les femmes en cas de violence domestique. Le sondage révèle aussi qu'en Europe, 32% des femmes victimes de violence physique ou sexuelle n'en parlent à personne ; seules 31% des victimes de violence physique et 39% des victimes de violence sexuelle ont contacté la police (Libération, 2015).

Selon le Rapport annuel 2015 de la statistique policière de la criminalité (2016), en Suisse, en 2015, près de deux tiers des homicides ont été commis dans la sphère privée. Il y a eu une augmentation de 56,6% entre 2014 et 2015. Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG, 2016), dans sa feuille d'information numéro 9, relève qu'en moyenne, au niveau national, deux femmes sont tuées chaque mois par leur partenaire ou ex-partenaire.

L'Office fédéral de la statistique (OFS, 2015), dans son rapport intitulé *Statistique policière de la criminalité* (SPC), affirme que 36 homicides ont été commis et 17 297 infractions de violence conjugale ont été recensées en 2015. Selon Addor et al. (1997), cités dans la brochure *C'est assez* (Hofner & Viens Python, 2004), en Suisse « 40,3% des femmes se sont déclarées victimes de la violence psychologique » (p. 12).

### 3.1 LE CYCLE DE LA VIOLENCE

Le cycle de la violence a été modélisé en 1983 par Lenore Walker, psychologue américaine, suite au travail fait avec les femmes victimes de violence conjugale :

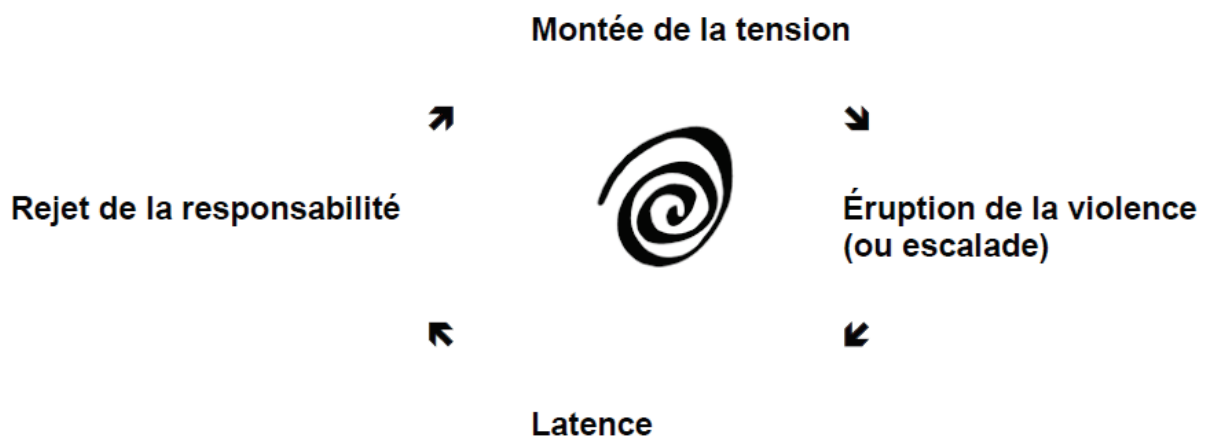


Figure 1 : Tiré de BFEG (2012b, p. 3).

Selon ce modèle, la phase de montée de la tension est caractérisée surtout par des insultes, des paroles dévalorisantes et des humiliations. La victime porte son attention sur son agresseur et va essayer d'éviter la montée de la violence. Lorsqu'elle n'y arrive plus, elle passera à l'évitement ou endurera la violence. Il est courant d'avoir des angoisses de mort dans cette phase. Lors de la phase de latence, la personne violente regrette ses actes et l'exprime à la victime. Il arrive aussi que, dans cette période, cette personne cherche de l'aide. Elle se sent impuissante. La victime, quant à elle, peut penser que son compagnon pourra changer et c'est durant ce laps de temps qu'elle souhaitera retirer une plainte



déposée. Elle refoule ce qui lui est arrivé et peut même défendre son compagnon. Elle minimise la violence qu'elle a endurée précédemment. La personne violente, dans la phase de rejet de sa responsabilité, impute les actes violents à des facteurs extérieurs tels qu'une consommation d'alcool, des problèmes au travail ou sa compagne. Cela lui donne l'illusion de pouvoir éviter une escalade de violence (BFEG, 2012).

Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes affirme que « l'expérience des maisons d'accueil pour femmes et des centres de consultation pour victimes montre que la maltraitance devient de plus en plus fréquente et qu'elle s'aggrave avec le temps. Le cycle se répète et ne peut, la plupart du temps, être interrompu qu'au moyen d'une intervention et d'une prise en charge extérieure » (BFEG 2012, p. 4).

Selon Hofner et Viens Python (2015), en Suisse, à Lausanne, le programme « C'est assez » a été développé comme mesure de prévention de la violence conjugale en mobilisant une collaboration pluriprofessionnelle entre le domaine des soins, la police, la justice et les services sociaux. Le programme visait essentiellement des actions au niveau communautaire : « développement de protocoles d'intervention et de cartes du réseau d'aide, formation intensive et extensive des professionnels de la santé, du social et de la police, mise sur pied d'une permanence d'orientation, collaboration avec une ligne téléphonique d'écoute permanente : "La Main Tendue", campagne d'affichage, diffusion extensive des brochures du BEFH "Violences conjugales", conférences publiques, conférences de presse, passages dans les radios et TV locales, etc. » (Hofner & Viens Python, 2004, p. 14). Le programme en question a permis l'ouverture de l'Unité de médecine des violences (UMV), qui a eu pour conséquence l'arrêt de la formation du personnel des urgences à la détection qui se faisait systématiquement entre 2002 et 2006 (Hofner, Stalder, Pedevilla, Detraz & Saturno, 2011).

Au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), à Lausanne, il existe une collaboration entre le Centre interdisciplinaire des urgences (CIU) et l'Unité de médecine des violences (UMV), située à proximité (Romain-Glassey et al., 2009). Une infirmière de l'UMV passe chaque jour aux urgences. De plus, chaque patient admis pour motif de violence aux urgences est réorienté vers l'UMV. Dans le cadre de la préparation de notre travail de Bachelor, nous avons pris rendez-vous avec une infirmière de l'UMV qui nous a donné des informations concernant le fonctionnement du service, l'examen physique, l'anamnèse et la rédaction d'un constat médical. Ainsi, nous avons pu comprendre le rôle de l'infirmière dans ce service, qui prend en compte les besoins des patients. Des brochures d'adresses utiles leur sont distribuées. Les patientes peuvent ensuite être orientées vers le centre de consultation LAVI (Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions), vers le foyer pour femmes victimes de violence conjugale (Malley Prairie, qui accueille femmes et enfants) ou d'autres institutions. Concernant l'attitude des patients, l'infirmière rencontrée relève que, spontanément, les patients ne racontent pas tout mais ils répondent volontiers aux questions. L'expertise et l'observation clinique infirmière ont donc toute leur importance. Le fait de poser des questions précises et pertinentes est primordial pour l'obtention des informations recherchées. Cela montre également au patient que l'infirmière est prête à entendre ses réponses. La traçabilité et la précision des transmissions écrites et des interventions effectuées dans les dossiers de soins sont capitales, d'autant plus que le patient peut déposer plainte dans un laps de temps de trois mois. Un tiers des consultations de l'UMV sont dues aux violences conjugales et celles-ci sont en augmentation depuis dix ans.



### 3.2 POINT DE VUE LÉGAL

Selon le Bureau d'information et de communication de l'État de Vaud (BIC, 2016), depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 :

Les actes de violence sont poursuivis d'office lorsqu'ils sont commis entre conjoint-e-s ou entre partenaires hétérosexuel-le-s ou homosexuel-le-s faisant ménage commun pour une durée indéterminée et pendant un an après la séparation, poursuivis d'office même s'ils vivent séparés et pendant un an après le divorce. Les actes de violence entre conjoint-e-s sont poursuivis d'office même si les époux ont chacun un domicile ou vivent séparés et pendant un an après le divorce.

Sont désormais poursuivis d'office :

- Les lésions corporelles simples (art. 123 CP)
- Les voies de fait réitérées (art. 126, al. 2, let. b et c CP)
- Les menaces (art. 180, al. 2, let. a CP)
- La contrainte sexuelle (art. 189 CP)
- Le viol (art. 190 CP) entre conjoints ou partenaires

Le BIC (2016) indique aussi que « le Code de droit privé judiciaire vaudois autorise la police à expulser immédiatement la-le partenaire violent-e du logement en cas de violence, menace et harcèlement. »

Nous avons exposé ci-dessus quelques articles de loi qui nous paraissent utiles lors de la prise en soins des patientes victimes de violence conjugale. Du point de vue juridique, les textes de loi semblent suffisamment à jour et permettent une prise en charge policière et juridique. Cependant, la majorité des femmes n'osent pas avertir la police par peur des conséquences que leur partenaire pourrait leur faire subir. De plus, « l'expulsion du domicile ordonnée par la police est limitée dans le temps, et varie entre 10 et 14 jours selon les cantons » (Prévention Suisse de la Criminalité PSC, 2015, p. 11).

Concernant le rôle de l'infirmière, le code déontologique recommande : « Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. » (Conseil international des infirmières CII, 2012) Selon Ernst, Aeschbacher et Spencer (1999), « 19 à 25% des femmes qui consultent un service d'urgences, tous motifs confondus, sont victimes de violence conjugale » (p. 23). Hofner et Viens Python (20014) affirment que « toutes les personnes concernées par la violence en souffrent, tant la victime que l'agresseur/euse et l'entourage témoin de cette violence. Les premiers interlocuteurs sont souvent les services d'urgence » (p. 2). À ce propos, les auteurs d'un de nos ouvrages de référence, *Soins infirmiers médecin et chirurgie* (Brunner, Sudarth, Smeltzer & Bare, 2011), soutiennent que « le service des urgences est souvent le premier endroit où les personnes viennent chercher de l'aide : si l'infirmière ne saisit pas cette occasion pour déceler le problème, la personne se trouve à un risque important de récurrence, pouvant entraîner le décès par homicide ou par suicide » (p. 545).

La violence peut conduire au décès de la personne ou lui causer préjudice. Elle peut notamment porter atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique, à la dignité, à la vie sociale, au développement de la personnalité, à la jouissance des biens, des ressources ou des libertés (Brunner et al., 2011). Les mêmes auteurs concernant la détection, affirment que « l'infirmière du service des urgences se trouve dans une situation idéale pour accomplir cette tâche, surtout lorsque la maltraitance occasionne des



lésions visibles. Cependant, si les signes sont ténus, elle ne songera peut-être pas à la maltraitance » (Brunner et al., 2011, p. 545).

### 3.3 MODÈLE CONCEPTUEL

Pour mieux comprendre les domaines dans lesquels des interventions peuvent être entreprises, nous choisissons un modèle conceptuel afin d'exposer les résultats de la présente recherche de littérature.

Dans le but d'éclaircir la complexité de la violence conjugale, de comprendre ses facteurs de risques et les circonstances qui lui donnent naissance, puis de mettre en évidence sa multi-factorialité, nous avons choisi le modèle écologique publié par Bronfenbrenner en 1979 et repris par l'OMS en 2010. Ce modèle démontre les influences venant de plusieurs directions entre différents niveaux et prend en compte les facteurs de risque et de protection. Il facilite la compréhension de certaines interactions conduisant à la violence. Non seulement les facteurs sont en interaction, mais ils impliquent aussi plusieurs systèmes (OMS, 2012), ce qui permet l'étude d'un comportement en prenant en compte l'influence des systèmes qui composent l'environnement et les caractéristiques de l'individu. Ce cercle écologique est composé de plusieurs couches systémiques. Le modèle écologique (Bronnenfonbrenner, 1979) est cohérent avec le méta-paradigme infirmier et englobe ses concepts centraux, à savoir la personne, la santé, l'environnement et les soins (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010), permettant ainsi d'agir sur les champs bio-psycho-socio-environnementaux et culturels qui entourent la personne.

Selon Pauzé (2016), la première couche, l'**ontosystème**, concerne l'ensemble « des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu. »

Le **microsystème** comprend les différents systèmes et les différentes personnes avec lesquels l'individu a des relations directes.

Le **mésosystème** explique des relations entre plusieurs microsystèmes permettant ainsi de comprendre la nature des conflits. Les interactions entre les microsystèmes peuvent ne pas impliquer directement l'individu mais jouer un rôle important dans son évolution.

L'**exosystème** prend en compte tous les environnements qui n'ont pas d'interaction directe avec l'individu mais qui peuvent l'affecter.

Le **macrosystème** englobe l'ensemble des valeurs culturelles, religieuses et idéologiques partagées par une communauté et qui dictent les règles de conduite des individus.

Le **chronosystème** comprend la chronologie des événements qu'un individu ou les familles ont vécus. Il permet donc de tracer les périodes de transition ainsi que l'influence des changements sur le comportement de l'individu ou de la famille.



\* Tiré et adapté de Bronfenbrenner (1979, 1986) par H. Lefebvre et M.-J. Levert (2005)

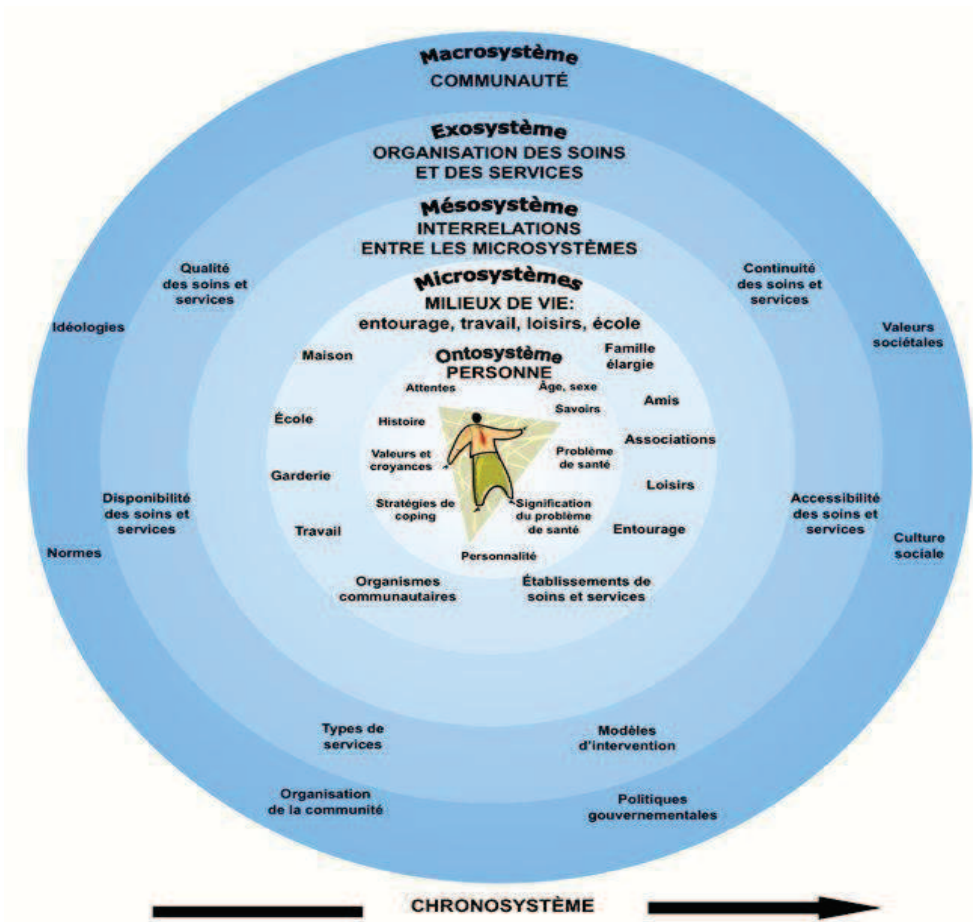


Figure 2 : Tiré de Deslauriers, 2015





### 3.4 CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Selon la feuille d'information 2 du BFEG (2012, pp. 4-7), les causes et les facteurs de risque de la violence peuvent être liés aux niveaux suivants.

#### **Individus**

Les hommes ayant été victimes de violence directe ou indirecte dans leur enfance sont plus à risque de commettre des actes de violence sur leur partenaire. La consommation d'alcool et toutes les formes de toxicomanies sont également un facteur de risque de violence conjugale, ainsi que les comportements répréhensibles socialement (tels que voler, mentir, enfreindre les règles de la circulation routière, etc.). Lorsque le partenaire ou ex-partenaire s'est comporté de façon violente en dehors du cercle familial, le risque d'être victime de violence de sa part est accru. Les situations stressantes (chômage, surmenage, etc.) corrélées à d'autres facteurs de risques engendrent l'émergence de la violence lorsque les stratégies de gestion du stress ne sont pas efficaces.

#### **Relation**

Les conflits au sein du couple et les problèmes de communication favorisent l'apparition de la violence. Les hommes usant de la violence ont tendance à humilier et insulter leur partenaire, s'inscrivant ainsi dans un comportement de domination. Dans la vie conjugale, les événements marquants sont à risque : un déménagement, une grossesse, l'arrivée d'un enfant ou une séparation.

#### **Communauté**

Un réseau social insuffisant, en particulier pour les hommes, entraîne un risque de violence conjugale. Il en est de même lorsque le couple est isolé socialement. Un réseau social étoffé est un facteur protecteur, sauf dans le cas où le milieu tolère la violence.

#### **Société**

Les facteurs de risque au niveau sociétal sont l'inégalité entre les hommes et les femmes, la banalisation de la violence, la tolérance de la violence (attitude passive) et la vision stéréotypée du rôle des deux sexes.

#### **Conséquences**

Selon le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, les conséquences de la violence conjugale sont variées. En premier lieu, la santé des femmes victimes de violence conjugale est moins bonne car elles peuvent avoir des complications physiques, psychiques et psychosomatiques telles que des douleurs chroniques, des pertes d'équilibre, des troubles de la mémoire et de la concentration. Elles risquent également de souffrir d'insomnie, d'attaques de panique, de dépendances, de dépression et de syndrome de stress post-traumatique. Au niveau social, la stigmatisation, l'isolement et la honte ont des répercussions négatives sur les victimes de violence. Sur le plan financier, les femmes ayant été en couple ou mariées ne sont souvent pas indépendantes, ce qui pose de nombreux problèmes lors d'une séparation et nécessite de l'assistance sociale.



Les femmes étrangères qui décident de se séparer risquent la perte de leur droit de séjour, facteur qui, bien souvent, les fait rester avec leur partenaire violent. N'oublions pas les co-victimes de la violence conjugale : les enfants et les adolescents. Ils assistent à des altercations verbales, mais aussi à des violences physiques et sexuelles graves. Cela n'est pas anodin dans leur développement et devient un facteur de risque car ils pourraient plus facilement commettre, un jour, des actes de violence à leur tour (BFEG, 2014).

Les conséquences économiques de la violence conjugale sont importantes et supportées par l'ensemble de la société. Le coût global de la violence conjugale, en Suisse, est estimé entre 164 et 287 millions de francs par an (BFEG, 2013). Selon l'OMS (2015), la violence à l'encontre des femmes peut avoir une issue mortelle, qu'il s'agisse d'homicides ou de suicides.

### 3.5 QUESTION DE RECHERCHE

Afin d'en savoir davantage sur l'implication de l'infirmière dans le dépistage des femmes victimes de violences en Suisse, leur accompagnement dans les services d'urgences (où le temps à disposition est parfois très court) et de trouver des réponses à nos interrogations, nous formulons la question de recherche suivante : « Comment l'infirmière peut-elle détecter des signes de violences chez des patientes admises dans un service d'urgences et proposer un accompagnement adéquat ? » C'est à travers une revue de la littérature sur le sujet que nous chercherons à répondre à notre interrogation.

## 4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE D'ARTICLES

Notre question de recherche présentant deux axes distincts, à savoir la détection et l'accompagnement, nous avons décidé de nous les répartir à l'aide d'un tirage au sort. L'axe dépistage a été attribué à Zarlisht Rahiq Fatah et l'axe accompagnement à Nadja Lendi. Ainsi, chacune de nous a effectué ses recherches d'articles et l'analyse en fonction de son axe de travail.

Afin de trouver des articles pertinents en lien avec nos axes de recherches, nous avons identifié des mots-clés issus du langage normalisé en fonction de notre question de recherche. Ceux-ci ont été utilisés comme base afin de trouver des descripteurs utilisables dans nos équations. Nous avons employé le site internet HONsélect, qui permet de trouver des descripteurs selon la classification MeSH (Médical Subject Headings), utilisables dans la base de données Pubmed. En ce qui concerne Cinahl, nous avons utilisé le thesaurus qui nous a permis de trouver les descripteurs les plus pertinents. Nous avons également utilisé le système en arborescence qui nous a permis de trouver les descripteurs connexes. Pour obtenir une confirmation des termes trouvés, nous avons pris rendez-vous avec une bibliothécaire du CEDOC (centre de documentation de la HEdS La Source) qui nous a donné quelques informations supplémentaires que nous avons prises en compte.

Une fois les descripteurs les plus pertinents trouvés, nous avons effectué des équations de recherche, une pour l'axe « détection » et une pour l'axe « accompagnement », spécifiques à chaque base de données. Nous avons voulu que ces équations soient larges afin d'inclure le plus possible d'articles qui pouvaient correspondre à nos axes de recherches. En utilisant les filtres, nous avons ciblé notre population, à savoir les femmes de plus de seize ans (l'âge de la majorité sexuelle en Suisse) et les



publications de ces dix dernières années. Nous avons obtenu une liste de références pour chaque axe dans toutes les bases de données. Une première lecture des titres et des résumés nous a permis d'exclure un certain nombre d'articles qui ne correspondaient pas à nos critères de recherche. Une lecture intégrale des articles sélectionnés nous a permis de garder les plus pertinents. Les articles qui n'étaient pas disponibles sur les bases de données précitées ni sur les liens proposés par celles-ci ont été recherchés sur Google Scholar. Quelques articles non accessibles en ligne ont été demandés auprès du CEDOC. Les articles retenus ont été analysés à l'aide d'une grille adaptée de Fortin (2010) et validée par la directrice du présent travail.

**CINAHL** (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) est une base de données spécialisée dans le domaine des soins infirmiers. Elle contient principalement des articles scientifiques, des références bibliographiques, des mémoires, des thèses, des documents en texte intégral (Favre & Kramer, 2013).

**PubMed** fait partie de l'interface Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) et est une version gratuite de ce moteur de recherche de données scientifiques biologiques et biomédicales. Il contient plus de 5400 titres biomédicaux du monde entier (Favre & Kramer, 2013).

	<b>Descripteurs Cinahl</b>	<b>Descripteurs Pubmed</b>
<b>Femmes victimes de violence</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MH Battered Women</li><li>• MH Domestic Violence</li><li>• MH Intimate Partner Violence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Battered Women</li><li>• Domestic violence</li><li>• Spouse Abused</li></ul>
<b>Service d'urgence</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MH Emergency Service</li><li>• MH Emergency Nursing</li><li>• MH Emergency care</li><li>• MH Emergency patients</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emergency Service, Hospital</li><li>• Emergency Medical Services</li><li>• Emergency Nursing</li></ul>



Descripteurs Cinahl	Descripteurs Pubmed	Descripteurs Cinahl	Descripteurs Pubmed
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Physical Examination</li> <li>• MH Inspection (Clinical)</li> <li>• MH Patient Assessment</li> <li>• MH Nursing Assessment</li> <li>• MH Health Screening</li> <li>• TX Screening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing Diagnosis</li> <li>• Emergency Nursing</li> <li>• Nursing Evaluation Research</li> <li>• Nursing Methodology Research</li> <li>• Physical Examination</li> <li>• Nursing Assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Health Care Delivery, Integrated</li> <li>• MH Health Care Delivery</li> <li>• MH Support, Psychosocial</li> <li>• MH Early Intervention</li> <li>• MH Professional Role</li> <li>• MH Crisis Intervention</li> <li>• MH Nurse Attitudes</li> <li>• MH Nursing Staff, Hospital</li> <li>• MH Nursing Care</li> <li>• MH Primary Health Care</li> <li>• MH Nursing Role</li> <li>• MH Nursing Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical Nursing Research</li> <li>• Primary Nursing Care</li> <li>• Nursing Care</li> <li>• Evidence Based Nursing</li> </ul>

Note : les descripteurs Pubmed sont utilisés en MeSH Terms dans nos équations de recherches ainsi qu'un Text Word (TX). En effet, l'utilisation du TX nous permet d'inclure les articles récents qui n'ont pas encore été indexés.



## Équations de recherche pour l'axe détection

Base de données PubMed	Références trouvées	Articles lus	Articles retenus
((((((("nursing assessment"[MeSH Terms] OR Nursing Assessment[Text Word]) OR ("nursing diagnosis"[MeSH Terms] OR Nursing Diagnosis[Text Word])) OR ("nursing methodology research"[MeSH Terms] OR ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND Methodological[All Fields] AND ("Issues"[Journal] OR "issues"[All Fields] OR "Issues (St Louis Mo)"[Journal] OR "issues"[All Fields]) AND Research[Text Word]))) OR ("physical examination"[MeSH Terms] OR Physical Examination[Text Word])) OR "nursing evaluation research"[MeSH Terms]) AND (((("battered women"[MeSH Terms] OR Battered Women[Text Word]) OR ("spouse abuse"[MeSH Terms] OR Spouse Abuse[Text Word])) OR ("domestic violence"[MeSH Terms] OR Domestic Violence[Text Word])) AND (("emergency medical services"[MeSH Terms] OR ("emergency nursing"[MeSH Terms] OR Emergency Nursing[Text Word])) OR ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR Emergency Service, Hospital[Text Word])) AND ("2006/05/27"[PDat] : "2016/05/23"[PDat] AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	23	5	0



Base de données Cinahl	Références trouvées	Articles lus	Articles retenus
(MH "Battered Women") OR (MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") AND (MH "Emergency Service") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Emergency Care") OR (MH "Emergency Patients") AND ((MH "Physical Examination") OR (MH "Inspection (Clinical)") OR (MH "Patient Assessment") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Health Screening")) OR TX screening	108	13	4

### Articles de recherche retenus pour l'axe détection

N°	Titre de l'article	Noms des auteurs	Date de publication
1	Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview	Yonaka, I., Yoder, M. K., Darrow, J. B. & Sherck, J. P.	2007
2	Identifying domestic abuse in an emergency department	Mannier, M.-C.	2013
3	Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department.	Svavarsdottir, E. K.	2009
4	Intimate Partner Violence and Emergency Department Screening : Computerized Screening Versus Usual Care	Trautman, D. E., McCarthy, M. L., Miller, N., Campbell, J. C., & Gabor D. Kelen, J. D.	2007



## Équations de recherche pour l'axe accompagnement

Base de données Pubmed	Références trouvées	Articles lus	Articles retenus
<p>(((((("battered women"[MeSH Terms] OR battered women[Text Word]) OR ("domestic violence"[MeSH Terms] OR domestic violence[Text Word])) OR ("spouse abuse"[MeSH Terms] OR spouse abuse[Text Word])) AND "2006/05/27"[PDat] : "2016/05/23"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms]) AND (((("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR emergency service, hospital[Text Word]) OR ("emergency medical services"[MeSH Terms] OR emergency medical service[Text Word])) OR ("emergency nursing"[MeSH Terms] OR emergency nursing[Text Word])) AND "2006/05/27"[PDat] : "2016/05/23"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms])) AND (((("clinical nursing research"[MeSH Terms] OR clinical nursing research[Text Word]) OR ("primary nursing"[MeSH Terms] OR primary nursing care[Text Word])) OR ("nursing care"[MeSH Terms] OR nursing care[Text Word])) OR ("evidence-based nursing"[MeSH Terms] OR evidence based nursing[Text Word])) AND "2006/05/27"[PDat] : "2016/05/23"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms]) AND ("2006/05/27"[PDat] : "2016/05/23"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms]))</p>	29	4	1

Base de données Cinahl	Références trouvées	Articles lus	Articles retenus
<p>MH battered women or intimate partner violence or domestic violence AND (MH "Emergency Service") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Emergency Care") OR (MH "Emergency Patients") AND (MH "Health Care</p>	99	8	3



Delivery, Integrated") OR (MH "Health Care Delivery") OR (MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Early Intervention") OR (MH "Professional Role") OR (MH "Crisis Intervention") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Primary Health Care") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Interventions")			
--	--	--	--

### Articles de recherche retenus pour l'axe accompagnement

N°	Titre de l'article	Noms des auteurs	Date de publication
5	Impact of emergency department intimate partner violence intervention	Kendall, J., Pelucio, M. T., Casaletto, J., Parker Thompson, K., Barnes, S., Pettit, E., & Aldrich, M	2009
6	Nurses' understanding of domestic violence	Inoue, K., & Armitage, S.	2006
7	Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base	Olive, Ph.	2007
8	Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective	Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P.	2010





## 5. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES

### 5.1 AXE DÉTECTION

1. **Yonaka, I., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 37-45**

Cette étude a été menée par Mme Yonaka, infirmière et directrice du programme de traumatologie, le Dr Yoder et Mme Darrow, professeure de faculté de l'université de San José, en Californie. Le Dr Sherck est directeur médical de traumatologie au Santa Clara Valley Medical Center, toujours à San José.

Cet article quantitatif a retenu notre attention en raison de sa cohérence avec notre question de recherche et de la pertinence de ses résultats pour la pratique infirmière. L'article ne fait pas référence à une méthode de dépistage à proprement parler ; il se concentre sur les raisons qui font qu'une personne victime de violence n'est pas dépistée dans un service d'urgences.

Un programme de dépistage et d'intervention contre la violence domestique a été supprimé dans un service d'urgences pour des raisons budgétaires, ce qui a poussé les auteurs à effectuer cette recherche. Ils ont mené un projet pilote en se basant sur deux méthodes : une revue de littérature concernant l'utilité du dépistage universel dans les services d'urgences et un questionnaire adapté adressé à 33 infirmières spécialisées dans l'unité d'urgences. Leur question de recherche était la suivante : « Quels sont les facteurs ou les attitudes des infirmières qui font obstacle au dépistage de la violence conjugale dans un service d'urgence ? »

Les recensions des écrits sont pertinentes et mettent en lumière les obstacles que rencontrent les infirmières lors du dépistage de la violence conjugale. L'étude ne s'arrête pas aux résultats attendus mais essaie d'apporter des réponses aux problèmes soulevés. Par exemple, l'application de la loi américaine « récente », qui admet au maximum quatre patients par infirmière en unité d'urgence et non pas huit comme auparavant, permettrait à l'infirmière de faire un dépistage. Les auteurs mettent aussi en place une courte formation en lien avec les résultats obtenus afin d'enseigner comment poser des questions lors du dépistage.

Parmi les limites de l'étude, nous relevons l'usage d'un outil modifié, un seul site d'urgences et un petit échantillon. Du point de vue éthique, les infirmières ont été informées du contenu de l'étude et averties que les résultats des questionnaires resteraient anonymes et confidentiels. En outre, le personnel a été informé que si les résultats étaient publiés, aucune référence directe n'aurait été faite au personnel de l'établissement. Un point faible est qu'il n'y a pas de paragraphe concernant l'éthique dans l'article. De plus, le risque de conflits d'intérêts des auteurs n'est pas explicité.

2. **Mannier, M.-C. (2013). Identifying domestic abuse in an emergency department. *Revue de l'Infirmière*, 195, 40-42.**

Cette étude menée en France est le résultat d'un mémoire de Master professionnel intitulé *Prise en charge des victimes*, effectué par Mme Marie-Claire Mannier, sous la direction du Prof. Christian



Hervé, à l'Université de Paris V. L'auteure travaille comme infirmière dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Paul-Guiraud.

Cet article a été retenu pour sa pertinence avec notre question de recherche, en particulier avec l'axe de dépistage. De plus, l'analyse des facteurs socio-économiques permet d'établir un lien avec le modèle écologique qui rejoint notre travail.

Le but de l'article est d'évaluer un modèle de dépistage de la violence effectué par une infirmière dans un service polyvalent d'urgences de Seine-et-Marne.

Il était proposé à des femmes venant consulter dans un service d'urgences de répondre à un questionnaire de repérage appelé RICCP (cinq questions concernant la violence psychologique, physique et sexuelle) élaboré par Mme Marie-France Casalis, membre de la délégation régionale des droits des femmes d'Île-de-France.

L'infirmière analyse le lien psychopathologique qui unit l'agresseur à sa victime et le risque d'homicide. Pour chacune des femmes ayant donné une ou plusieurs réponses positives, le rôle infirmier consiste à se coordonner avec l'assistante sociale, le médecin référent de la patiente et le médecin-chef du service. L'étude montre également la pertinence du dépistage dans un service d'urgences plutôt que chez un médecin de famille.

Du point de vue éthique, l'auteure déclare qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts dans cette étude. En effet, le questionnaire était proposé aux patientes après les soins. L'infirmière pouvait accéder au dossier informatisé des soins. En cas d'antécédents de violence, elle n'utilisait pas le questionnaire de repérage pour des raisons de cohérence éthique. Avant de transmettre chaque questionnaire, le consentement de la personne était demandé, le refus respecté et la confidentialité assurée.

L'étude a été supervisée par le médecin-chef de service et une assistante sociale. L'auteur souligne comme limite pour cette étude le fait qu'il n'y avait qu'une seule infirmière formée pour le dépistage et un seul centre. Une autre limite que nous avons perçue reste le faible échantillonnage lié à la localisation du service des urgences et le fait qu'il ne représente pas toute la population.

**3. Svavarsdottir, E. K. (2008). Detecting intimate partner abuse within clinical settings : self-report or an interview. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 224-232. doi : 10.1111/j.1471-6712.2009.00709.x**

L'étude a été réalisée par Erla Kolbrun Svavarsdottir, Docteure en sciences infirmières et professeure à la faculté des soins infirmiers à l'Université de Reykjavik en Islande. Nous avons sélectionné cette étude quantitative en raison de son lien avec l'axe de dépistage de notre question de recherche.

Suite aux recommandations liées au dépistage dans les établissements médicaux, la Prof. Erla Kolbrun Svavarsdottir s'est interrogée sur la pertinence des instruments de dépistage et a fait une lecture de la littérature. Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité de deux types de méthodes de dépistage. Le premier est un questionnaire d'auto-déclaration de la patiente nommé Women Abuse Screening Tool (WAST) et le second un entretien de dépistage avec une infirmière/sage-femme. Deux lieux ont été choisis : un service d'urgences (ED) et une clinique prénatale à haut risque (HRPCC). Une méthode transversale a été utilisée pour cette étude.



Le WAST est utilisé pour le dépistage de violences conjugales. Il contient huit items, dont les deux premiers forment le questionnaire WAST-short qui informe sur le taux de tension et sur les difficultés que rencontrent les femmes avec leur partenaire lors des communications ; ces éléments s'évaluent sur une échelle de 1 à 3. Les six questions restantes sont utilisées pour obtenir une évaluation plus complète de l'abus : elles demandent à l'interviewé d'évaluer la fréquence à laquelle se manifestent les divers sentiments et expériences sur une échelle de 1 (souvent) à 3 (jamais). L'outil en question peut être très utile comme guide d'entretien et permet à l'infirmière ou à la sage-femme d'évaluer la complexité de la situation et de faire des interventions pertinentes.

Ce travail de recherche a reçu l'approbation du Comité National Bioéthique d'Islande, de l'École de soins infirmiers, des directeurs des deux établissements et de l'infirmière-chef de la clinique. L'étude a été présentée aux femmes oralement. Après avoir donné leur accord, elles ont reçu par écrit les détails sur l'étude et ont donné leur consentement écrit. L'étude a été financée par Kaupthing Bank, par le Centre islandais des droits de l'homme et par Helka Company.

**4. Trautman, D. E., McCarthy M. L., Miller, N., Campbell, J. C. & Kelen, G. D. (2007). Intimate Partner Violence and Emergency Department Screening : Computerized Versus Usual Care. *Annals of Emergency Medicine*, 49(4), 526-534.**

Deborah E. Trauman est Docteure en soins infirmiers au Département des urgences du Johns Hopkins Hospital, Melissa McCarthy et Gabor D. Kelen sont Docteurs en sciences et travaillent au département de médecine des urgences, mais aussi à la faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins. Nancy Miller est Docteure en psychologie et professeure au département de politique publique (Public Policy) à Université du Maryland à Baltimore County. Jacquelyn C. Campbell est Docteure en sciences infirmières et travaille à l'École de soins infirmiers à l'université Johns Hopkins.

Bien qu'elle mentionne peu le rôle infirmier, cette étude a retenu notre attention pour son investigation du dépistage de la violence conjugale et de ses résultats. Elle a pour objectif de comparer un dépistage informatique effectué à l'aide d'un ordinateur portable et un dépistage de routine mené par l'équipe du service d'urgences. L'étude est pertinente pour notre axe de détection, car elle se base sur des résultats de recherches antérieures montrant des barrières du dépistage de routine comme le manque de temps, le manque de formation, etc.

Les auteurs argumentent sur l'efficacité du dépistage informatisé par le biais des résultats positifs d'une étude quantitative quasiment expérimentale. Un large échantillon de patientes a participé à l'étude qui a été menée sur trois périodes distinctes de deux semaines consécutives. Deux types de formulaires ont été utilisés : le premier servait à recueillir des données sur la santé, le deuxième contenait quatre questions permettant le dépistage de la violence conjugale. Le recours au formulaire informatique incluant les questions sur la violence conjugale a permis de dépister 99,8% des femmes alors que l'autre questionnaire utilisé par les infirmières n'en a dépisté que 33%.

Du point de vue éthique, le consentement des patientes a été obtenu. Les auteurs n'ont pas reçu de financement extérieur. Les limites de l'outil ont été relevées.



## 5.2 AXE ACCOMPAGNEMENT

5. Kendall, J., Pelucio, M. T., Casaletto, J., Parker Thompson, K., Barnes, S., Pettit, E. & Aldrich, M. (2009). **Impact of emergency department intimate violence intervention.** *Journal of Interpersonal Violence, 24(2), 280-306.*

Les trois premiers auteurs de cette recherche sont médecins et travaillent dans des services d'urgences de trois hôpitaux, dont deux sont situés en Caroline du Nord et un en Arizona. Les quatre autres auteurs sont des assistantes sociales qui travaillent ou ont travaillé dans des programmes liés à la violence ou à la violence conjugale.

Cette étude quantitative observationnelle évalue l'impact d'un programme qui avait été mis en place dans un service d'urgences accueillant une population multiculturelle et de classes sociales variées. Cet article est intéressant car il donne des pistes pour la collaboration interdisciplinaire. En effet, les patients étaient, une fois leur accord donné, pris en charge par des conseillers en violence conjugale pour l'intervention *d'advocacy*. Les conseillers les aidaient à développer un plan de sécurité individualisé en cinq points, afin de rendre leur environnement plus sûr. La recherche fait ressortir les ressources les plus utilisées par les patients. L'âge a été considéré : dans la recherche, l'âge minimum d'inclusion est de douze ans alors que nous avons décidé d'inclure les femmes dès seize ans. Dans l'étude, l'âge le plus bas était de 14 ans.

Une des limites principales énoncées par les auteurs est le faible taux de participation, estimé à environ 10% à la fin du suivi, ce qui peut fausser les résultats car les personnes prêtes à participer à l'étude sont peut-être aussi les plus susceptibles de mettre en œuvre des actions protectrices. Une limite que nous avons relevée est liée au système de santé américain. Le fait que tout le monde ne bénéficie pas d'une assurance maladie biaise l'échantillon de personnes se rendant aux urgences, qui n'est pas représentatif de toute la population.

6. Inoue, K., Armitage, S. (2006). **Nurses' understanding of domestic violence.** *Contemporary Nurse, 21(2), 311-323.* doi : 10.5172/conu.2006.21.2.311

Mme Inoue était en train de faire sa thèse à la faculté de soins infirmiers lorsqu'elle a effectué cette recherche. Mme Armitage était Professeure et Doyenne à la Faculté des soins infirmiers et obstétricaux. Toutes deux travaillaient au Collège des sciences de la santé à l'Université de Sydney en Australie.

Cet article offre un point de vue différent, à savoir la compréhension qu'ont les infirmières de la violence conjugale. L'intérêt de cet article est donc de comprendre pourquoi les accompagnements peuvent être adéquats ou non en lien avec la perception, le vécu et la culture des infirmières. Le fait d'en tenir compte permet de trouver des solutions afin que les infirmières puissent accompagner les patientes victimes de violence conjugale de façon adéquate. Des recommandations pour la pratique ont été mises en lien suite aux résultats de la recherche. Les chercheuses ont utilisé la théorie enracinée comme méthode de recherche qualitative. Vingt entretiens ont eu lieu en Australie et vingt et un au Japon auprès d'infirmières travaillant dans des services d'urgences. La collecte de données a été faite jusqu'à saturation de celles-ci. Cette étude offre une vision sur les perceptions liées à des différences culturelles et leurs conséquences.



Il manque une discussion à cette recherche. Cela est probablement dû au fait que, comme l'ont écrit les chercheuses, cet angle de vue n'a pas véritablement fait l'objet d'autres études, ce qui explique aussi l'utilisation de la théorie enracinée. Les chercheuses n'ont pas mentionné de limites. L'échantillon est composé uniquement de femmes (les infirmiers étant sous-représentés au Japon, les hommes n'ont pas été inclus), ce qui peut être une limite de cette étude.

**7. Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1736-1748. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01746.x**

Mme Olive est infirmière. Elle a obtenu un diplôme d'enseignement supérieur en soins infirmiers en pédiatrie, suivi d'un Bachelor en sciences honorifique puis d'un master en sciences du Département des soins infirmiers. Maître de conférences en soins infirmiers d'urgences, elle travaille à l'Université de Central Lancashire à Preston, en Angleterre.

Cette revue de littérature met la pratique et le rôle infirmier au centre des soins, aussi bien au niveau des dépistages qu'en ce qui concerne les interventions à pratiquer avec les patientes victimes de violence conjugale. Elle propose de nombreuses pistes avec une vision globale, concernant d'une part l'attitude infirmière à adopter avec ce type de patientes et, d'autre part, les interventions à mettre en place. L'auteure souligne aussi l'importance de ne pas se focaliser uniquement sur l'aspect somatique mais de prendre également en considération l'état psychologique, ainsi que l'environnement social et familial des patientes. Cette recherche permet de mettre en lumière les bénéfices relatifs à l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité tout en présentant ses risques. L'auteur donne des recommandations pour la pratique – au niveau du dépistage et de l'accompagnement – qui découlent de la revue de littérature.

Les limites indiquées par l'auteur sont pertinentes. Nous ajoutons deux points suite à l'analyse de cette revue. Elle a été effectuée par un seul auteur ; il n'est pas spécifié s'il y a eu une relecture de cette étude par une tierce personne ni si un aval lui a été donné.

**8. Leppäkoski, T., Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. (2010). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19, 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006**

Le premier auteur de cette recherche travaille au Département des sciences infirmières de l'Université de Tampere en Finlande. Les deux auteurs suivants sont professeurs. Tous trois ont un doctorat et travaillent à l'Université de Tampere dans le Département des sciences infirmières.

Cette recherche descriptive transversale multi centrée a recueilli des données auprès de trente-cinq femmes de dix-huit ans et plus, qui ont été exposées à la violence conjugale et qui se sont rendues dans une unité d'urgences. L'intérêt de cette étude est que les patientes donnaient leur avis en remplissant un questionnaire portant sur les accompagnements qu'elles avaient reçus aux urgences. Des questions ouvertes permettaient de recueillir des indications sur leurs besoins, leur ressenti et ce qui leur avait manqué dans les interventions reçues.

La limite principale exprimée par les auteurs est le faible échantillon de participantes. Nous ajoutons qu'un des critères d'inclusion se référait aux femmes nées à l'étranger, ce qui réduit l'échantillonnage



Travail de Bachelor

Nadja Lendi & Zarlisht Rahiq Fatah

et n'est pas représentatif de toute la population. La raison de l'exclusion n'a pas été évoquée par les auteurs.

## 6. COMPARAISON DES RÉSULTATS

### 6.1 AXE DÉTECTION

1. Yonaka, I., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38 (1), 37-45

<b>Question de recherche / buts</b>	« Quels sont les facteurs ou attitudes chez des infirmières qui font obstacle au dépistage de la violence conjugale dans un service d'urgences ».
<b>Principaux résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 87% des participants expriment leur intérêt pour une formation sur le sujet : « comment poser des questions concernant la violence ? »</li><li>• Pour la majorité des infirmières, la langue reste une barrière potentielle au dépistage.</li><li>• Les barrières additionnelles sont le vécu personnel (ou familial) de la violence et un manque de formation sur « que faire face à la violence ? ».</li><li>• 29% des infirmières rapportent que le manque de temps affecte leur capacité de dépistage.</li><li>• Il n'y a pas qu'une seule cause et un effet qui entrave le dépistage de la violence conjugale, mais un ensemble de facteurs qui expliqueraient le manque de dépistage.</li><li>• Selon les diplômes obtenus, les connaissances des infirmiers concernant le dépistage diffèrent sensiblement.</li></ul>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>Des études similaires peuvent être effectuées dans d'autres services d'urgences afin de trouver les barrières au dépistage et de déterminer les besoins de formation des équipes.</p> <p>La mise en place d'une formation pour le dépistage de la violence conjugale dans les unités d'urgences permet d'augmenter le taux de dépistage. Il serait utile d'investir dans la formation des infirmières.</p> <p>Pour venir en aide aux personnes de langue étrangère, des traducteurs ayant une formation et des compétences dans le dépistage sont nécessaires.</p> <p>Il faudrait encore augmenter l'effectif du personnel infirmier dans les services d'urgences afin qu'il puisse avoir du temps pour le dépistage.</p>



2. Mannier, M.-C. (2013). Identifying domestic abuse in an emergency department. <i>Revue de l'Infirmière</i> , 195, 40-42.	
<b>Question de recherche / buts</b>	Évaluer un dépistage de violence conjugale effectué par une infirmière dans un service d'urgences polyvalent de Seine-et-Marne.
<b>Principaux résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majorité des femmes ayant fait état de violence conjugale sont âgées de 18-40 ans ; 64% de ces femmes sont sans travail. Dans cette région de France, le taux de chômage des femmes est plus élevé que celui des hommes.</li> <li>• Du point de vue du rôle infirmier : 32% des femmes ont été dépistées positivement ; 57% d'entre elles sont victimes de violence psychologique et 43% de violence physique.</li> <li>• Six femmes ayant fait état de violence lors du questionnaire ont été suivies par l'assistante sociale.</li> </ul>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>L'utilisation d'un questionnaire comme RICCPs est très utile afin que l'infirmière puisse investiguer de façon précise les violences psychologiques, physiques et sexuelles.</p> <p>Les repérages précoces pourraient prévenir les violences graves. Un entretien de dépistage avec une infirmière éclaire le médecin urgentiste sur la gravité des violences et sur les risques collatéraux pour les enfants. Il en résulte aussi un gain de temps important pour l'orientation médico-légale et judiciaire. En outre, il en découle une baisse des coûts de la santé.</p> <p>Le travail en équipe interdisciplinaire permet une prise en soins globale de la victime et permet aux femmes d'avoir un suivi à l'extérieur des services d'urgences.</p>





<b>3. Svavarsdottir, E. K. (2008). Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>,24, 224-232. doi : 10.1111/j.1471-6712.2009.00709.x</b>	
<b>Question de recherche / buts</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer l'efficacité de deux méthodes de dépistage.</li> <li>2. Mesurer l'utilité d'un formulaire de dépistage WAST et l'entretien mené par une infirmière ou une sage-femme dans deux endroits différents : un service des urgences et une clinique prénatale.</li> </ol>
<b>Principaux résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majorité des femmes dépistées travaillaient à temps partiel.</li> <li>• La santé physique des femmes a été auto-perçue comme bonne ou très bonne.</li> <li>• 10% des femmes aux urgences ont signalé qu'une mésentente avec leur conjoint a souvent ou parfois entraîné des blessures physiques.</li> <li>• 19,6% des femmes indiquent qu'elles étaient souvent ou parfois effrayées par ce que leur partenaire disait ou faisait.</li> <li>• 15,1% des femmes aux urgences ont indiqué que leur mari / partenaire avait exercé une violence physique à leur égard.</li> <li>• 29% des femmes ont indiqué qu'elles étaient victimes de violence psychologique de la part de leur mari / partenaire</li> <li>• 3,2% des femmes ont déclaré que leur mari / partenaire avait abusé sexuellement d'elles.</li> <li>• Sur la base des résultats de leur étude, les auteurs n'estiment pas qu'une procédure d'auto-déclaration puisse augmenter la détection de la violence conjugale par rapport à un entretien face à face.</li> </ul> <p>→ Certaines données n'ont pas été complétées dans le questionnaire.</p> <p>→ Certaines données n'ont pas non plus été dévoilées dans un entretien face à face.</p>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>L'usage conjoint des deux méthodes permet aux patientes de se sentir à l'aise.</p> <p>Il est important que l'infirmière dispose des deux outils et en fasse usage en fonction des souhaits de la patiente.</p>



<b>4. Trautman, D. E., McCarthy M. L., Miller, N., Campbell, J. C., &amp; Kelen, G. D. (2007). Intimate Partner Violence and Emergency Department Screening: Computerized Versus Usual Care. <i>Annals of Emergency Medicine</i>, 49(4), 526-534.</b>	
<b>Question de recherche / buts</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valider l'usage d'un questionnaire de santé informatisé pour procéder au dépistage de la violence conjugale dans un service d'urgences.</li> <li>2. Déterminer l'impact du dépistage informatique sur l'orientation et les services accordés aux victimes de la violence conjugale par les assistantes sociales.</li> </ol> <p>Les auteurs ont pour hypothèse qu'un dépistage de la violence conjugale basé sur une approche informatisée permet d'obtenir, en termes de dépistage, de soutien et d'aiguillage, des résultats plus performants que ceux obtenus par le biais du service des urgences.</p>
<b>Principaux résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le recours au formulaire informatique incluant les questions sur la violence conjugale a permis de dépister 99.8% des femmes alors que l'autre questionnaire utilisé par les infirmières n'en a dépisté que 33%.</li> <li>• Le dépistage informatisé a une durée de six minutes en moyenne.</li> <li>• 88% des femmes se sont dites satisfaites de ce type de dépistage pour donner des informations sur elles-mêmes.</li> <li>• Seules quelques femmes ont eu des difficultés avec l'outil informatique.</li> <li>• 45% des femmes avaient un emploi.</li> <li>• 20% des femmes étaient mariées.</li> <li>• 1/3 des femmes n'avait pas terminé le lycée.</li> <li>• 30% avaient une couverture de santé.</li> <li>• 27% n'avaient pas d'assurance santé.</li> <li>• Le sondage informatique a permis de dépister et d'aiguiller un plus grand nombre de victimes qu'un entretien infirmier.</li> </ul>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>L'usage d'un outil informatique est un plus pour des services d'urgences étant donné qu'il augmente le taux du dépistage. Les femmes apprécient de répondre aux questionnaires informatiques à propos de leur santé lorsqu'elles patientent dans la salle d'attente.</p>



## 6.2 AXE ACCOMPAGNEMENT

**5. Kendall, J., Pelucio, M. T., Casaletto, J., Parker Thompson, K., Barnes, S., Pettit, E. & Aldrich, M. (2009). Impact of emergency department intimate violence intervention. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 280-306.**

<b>Question de recherche / buts</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer l'impact d'un programme fait dans une unité d'urgences concernant les conseils et l'orientation donnés aux patients victimes de violence conjugale, la perception des patients sur la sécurité, et la constitution d'un plan de sécurité constitué de divers points de suivi sur une période de 12 semaines.</li> <li>2. Objectifs secondaires : déterminer quelles ressources et orientations ont été utilisées le plus souvent et considérées comme les plus bénéfiques par les patients. Déterminer quelles populations de patients ont été le plus et le moins au bénéfice de conseils et d'aiguillage.</li> </ol>
<b>Principaux résultats</b>	<p>Les interventions <i>d'advocacy</i> démontrent un impact positif sur les victimes de violences conjugales. En effet, lors du suivi, les patients contactés (96% à 98% des personnes selon les étapes du suivi) ont dit que leur situation de vie était plus sûre après avoir rencontré un conseiller au service d'urgences.</p> <p>Les ressources sollicitées par les participants à l'étude étaient les suivantes, par ordre dégressif d'importance : les informations sur l'application de la loi, les conseils sur la violence conjugale, l'aide juridique, les logements pour femmes battues, un membre du clergé, les services aux victimes, les interventions en cas de crise, les services sociaux, les services de santé mentale, de réhabilitation pour les consommateurs d'alcool et de drogues, les professionnels de l'emploi.</p> <p>La recherche démontre qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre les données démographiques et le pourcentage de plan de sécurité constitué.</p>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a un impact positif des interventions <i>d'advocacy</i> dans une unité d'urgences pour les personnes qui ont été détectées positives à la violence de la part d'un partenaire intime.</li> <li>• Les interventions <i>d'advocacy</i> donnent des effets bénéfiques sur la perception de sécurité des patients.</li> <li>• Les conseils et l'utilisation des ressources locales sont importants pour élaborer des plans de sécurité.</li> <li>• Ce type d'intervention est aidante pour les victimes car il leur donne des informations et des directions appropriées, la validation de leur situation et l'espoir d'une vie sans violence.</li> </ul>



6. Inoue, K., Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. <i>Contemporary Nurse</i> , 21(2), 311-323. doi : 10.5172/conu.2006.21.2.311	
<b>Question de recherche / buts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investiguer la façon dont les infirmières australiennes et japonaises interprètent la violence conjugale en relation avec leur pratique quotidienne de soins.</li> <li>• Construire une théorie substantielle dans le but d'expliquer le chemin de compréhension des infirmières par rapport à la violence conjugale</li> <li>• Enquêter sur la sensibilisation aux questions de violence conjugale dans le domaine des soins infirmiers</li> <li>• Promouvoir la reconsidération des questions de violence conjugale comme un problème de santé important dans les soins pour les infirmières australiennes et japonaises.</li> </ul>
<b>Principaux résultats</b>	<p>Cette recherche a permis de cerner six catégories d'infirmières en fonction de leurs perceptions concernant la violence conjugale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les perceptrices naïves</b> : leurs idées étaient construites par l'interaction de certains facteurs, à savoir les hypothèses et les stéréotypes sur la violence conjugale, la confusion sur la définition de la violence conjugale, le sentiment de honte et la vie privée.</li> <li>• <b>Les perceptrices inexpérimentées</b> : ce groupe affiche une méconnaissance et un vague intérêt envers les questions de violence conjugale.</li> <li>• <b>Les perceptrices compatissantes</b> : ce groupe était restreint autant au Japon qu'en Australie. C'est sur la base de leur propre système de croyances qu'elles affirment qu'« aucune violence n'est acceptable dans quelque circonstance que ce soit. »</li> <li>• <b>Les perceptrices proactives</b> : Ce groupe se caractérise par une maturité sociale développée et par son rôle infirmier axé sur le comportement. Elles se référaient aux protocoles en vigueur. Elles avaient une forte compréhension du besoin de prendre en charge les femmes victimes de violence conjugale.</li> <li>• <b>Les perceptrices actrices</b> : elles sont caractérisées par un comportement approprié de prise en charge mais qui n'est pas congruent avec leurs convictions (stéréotypes et colère).</li> <li>• <b>Les perceptrices réticentes</b> : les caractéristiques structurelles de ce groupe étaient le rejet, l'autoprotection et l'autojustification.</li> </ul>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>L'identification de six catégories de perceptrices a démontré que la compréhension des infirmières peut être façonnée par la reconnaissance sociale de la violence domestique en général et que les structures et systèmes pouvaient être un canal pour faire face à la violence conjugale. Il a été suggéré par les infirmières australiennes que, s'il pouvait y avoir des politiques spécifiques, des protocoles à suivre pour les infirmières, comme un système de référence/aiguillage structuré pour les femmes qui ont été victimes de violence conjugale, cela serait une stratégie utile pour les infirmières, quels que soient leur expérience personnelle ou leurs sentiments.</p> <p>Les infirmières australiennes nouvelles dans le service d'urgences n'étaient pas nécessairement proactives : elles ont besoin d'encouragements pour le devenir.</p> <p>Des stratégies alternatives doivent être développées pour les perceptrices réticentes, en particulier lorsque la réticence est basée sur des expériences personnelles d'abus.</p> <p>Les perceptrices actrices devraient bénéficier d'une formation continue pour réduire au minimum leurs stéréotypes et surmonter leur colère.</p> <p>Au Japon, il est très difficile pour les infirmières de devenir proactives parce que leur compréhension est influencée par un système de croyances traditionnelles et un manque de structure et de politique mises en place. Organiser des formations est donc urgemment nécessaire.</p>



<b>7. Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 16, 1736-1748. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01746.x</b>	
<b>Question de recherche / buts</b>	<p>Les objectifs de cette revue de littérature sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et assembler les études pour constituer une base de connaissances pour les soins d'urgences aux patients qui ont expérimenté la violence domestique.</li> <li>• Discuter de manière critique les résultats à la lumière de la conception de la recherche, les lignes directrices de pratique et le contexte des soins de santé</li> <li>• Développer des recommandations pour la pratique fondée sur la base de recherches récentes.</li> </ul>
<b>Principaux résultats</b>	<p>Les recherches démontrent que les femmes qui ont expérimenté la violence conjugale cherchent des soins aux urgences pour des atteintes physiques et psychologiques.</p> <p>La révélation de la violence domestique devrait avoir lieu dans un environnement soutenant et les patientes devraient être encouragées à développer des réseaux de soutien.</p> <p>Les femmes qui reçoivent des soins aux urgences veulent toutes que leurs besoins soient identifiés et aimeraient avoir la possibilité de répondre aux besoins de leurs enfants, d'explorer les options de sécurité et que des adresses utiles leur soient données.</p> <p>Les femmes auront une perception négative des soins aux urgences si leurs abus sont minimisés, non-identifiés ou si leurs décisions ne sont pas comprises et respectées.</p>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>La prise en charge infirmière des patientes qui sont victimes de violence conjugale dans un service de soins aigus devrait se concentrer sur les trois domaines d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fournir un soutien physique, psychologique et émotionnel,</li> <li>- améliorer la sécurité du patient et de sa famille,</li> <li>- promouvoir l'auto-efficacité.</li> </ul>



**8. Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2010). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19, 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006**

<b>Question de recherche / buts</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire l'histoire de la violence conjugale et ses conséquences sur la santé des femmes qui viennent aux urgences pour des blessures aiguës ;</li> <li>2. Décrire les expériences de soins d'urgences que les femmes victimes de violence ont reçus lors de la visite aux urgences après un épisode de violence conjugale aigu.</li> </ol>
<b>Principaux résultats</b>	<p>Les résultats mettent en évidence les attentes des femmes victimes de violence conjugale lors d'une consultation aux urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que la consultation se fasse dans un lieu sécurisé et calme,</li> <li>• Qu'on leur demande si elles ont été victimes d'agression,</li> <li>• Qu'il puisse y avoir une bonne collaboration avec le personnel soignant,</li> <li>• Que l'examen médical soit minutieux,</li> <li>• Qu'elles soient informées sur les aides possibles (loi, abri, proposition de rester une nuit aux urgences),</li> <li>• Qu'on leur demande si leurs enfants sont en sécurité,</li> <li>• Recevoir une aide pour développer des plans de sécurité si elles sont confrontées à des situations similaires dans le futur,</li> <li>• Rencontrer d'autres professionnels (assistants sociaux par ex.).</li> </ul>
<b>Retombées sur la pratique</b>	<p>La violence conjugale étant un problème multidimensionnel, la prise en charge des victimes et de leur famille consiste en un travail d'équipe entre les soins infirmiers, les travailleurs sociaux, les médecins, la police et les services de protection de l'enfant. Un protocole commun est donc nécessaire afin que tous les prestataires de soins adoptent une approche cohérente.</p> <p>Une approche de travail d'équipe cohérente dont les femmes victimes de violence conjugale ainsi que leur famille pourront profiter exige beaucoup de soutien de la direction. Des programmes de formation systématiques devraient être conçus pour améliorer les compétences professionnelles du personnel des urgences.</p> <p>Afin d'aider le personnel des services d'urgences à maintenir et à renforcer ses compétences professionnelles, un système de soutien spécifique (par exemple conseiller les infirmières si elles en ont besoin) est certainement nécessaire.</p> <p>Un ensemble de suivi coordonné entre les services est essentiel.</p> <p>La collaboration entre les prestataires de services doit être intensifiée.</p>

## 7. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

### 7.1 AXE DÉPISTAGE

Le but de cette partie de la revue de littérature était de répondre à la question suivante : comment l'infirmière peut-elle détecter des signes de violence chez des patientes admises dans un service d'urgences ?

Les résultats de nos analyses d'articles mettent en évidence des outils et des interventions variées qui pourraient permettre à l'infirmière de dépister les femmes victimes de la violence dans un service d'urgences.

La lecture des résultats des études de plusieurs auteurs (Mannier, 2013 ; Svavarsdottir, 2008 ; Trauman et al., 2009 ; Yonaka et al., 2007) permet de relever qu'il existe une faille lors du dépistage des femmes victimes de violence conjugale dans les services d'urgences et qu'une grande majorité des patientes se présentant aux urgences ne sont pas dépistées. Pour revenir à notre problématique, effectivement, en Suisse romande, la violence conjugale n'est pas prise en soins de façon systématique. À ce propos, Hofner et Viens Python (2014) ont aussi relevé que les cas de violence sont traités par le personnel de manière intuitive et en fonction des sensibilités de chacun. En outre, elles relèvent qu'il n'existe pas de protocole de détection.

Nous avons essayé de joindre par courriel le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) afin d'obtenir des informations plus concrètes concernant la détection des situations de violence conjugale, mais nous n'avons pas reçu de réponse pour le moment. Toutefois, une de nos collègues ayant effectué un stage aux urgences du CHUV nous a expliqué qu'il n'y a pas de protocole de dépistage ; néanmoins, si la patiente déclare avoir subi une violence, elle reçoit une carte de visite de l'UMV. Certes, la violence conjugale y sera détectée et accompagnée par une équipe spécialisée. Mais en attendant, la patiente ne risque-t-elle pas de se décourager et de retourner auprès de son agresseur dans l'intervalle ?

Selon Yonaka et al. (2007), les infirmières ne procèdent au dépistage que lorsque les symptômes de la violence sont visibles, ce qui indique que les violences psychologiques, sexuelles et autres sont rarement soulevées dans les services d'urgences. Par ailleurs, Yonaka et al. (2007) confirment que les facteurs majeurs qui inhibent le dépistage de la violence conjugale sont dus à un manque de formation des infirmières ; ils relient cela à la diversité des diplômes et des formations. En effet, certains cursus n'incluent pas de cours concernant la violence et le dépistage. Dans le canton de Vaud, comme mentionné précédemment, le programme de formation pour le dépistage de violence conjugale a été arrêté suite à l'implantation de l'UMV. Cela permet d'expliquer – hypothétiquement – la négligence de détection dans nos services d'urgences qui est relevée par Hofner et Viens Python (2014). La Suisse est tout aussi concernée par la diversité des diplômes que les autres pays. La formation des infirmières concernant la violence conjugale n'est pas uniformisée. La formation de Bachelor en soins infirmiers dans la Haute école de la Santé La Source (HES-SO) délivre une seule conférence sur le thème de la violence/maltraitance sur trois années de formation, ainsi qu'un module à option sur ce sujet. À Lausanne, depuis 2012, l'UMV, en partenariat avec La HEdS La Source, propose une formation de certificat de pratique avancée (CAS) sur une année afin que les professionnels qui abordent la thématique de la violence puissent développer des compétences pour mieux prendre en soins les victimes de la violence (Ghaber, 2015). Mais est-ce suffisant ?



Selon Mannier (2013), une femme sur trois admise aux urgences est victime de violence conjugale. C'est pourquoi Mannier (2013), Svavarsdottir (2008), Trauman (2009) et Yonaka et al. (2007) proposent des outils différents afin d'aider les infirmières à effectuer un dépistage pertinent. D'autre part, Trauman et al. (2009) ont démontré que le dépistage par un questionnaire informatique était plus pertinent que le dépistage effectué par l'équipe soignante.

En outre, Svavarsdottir (2008) affirme que le dépistage par un formulaire a ses limites. Elle met en évidence le fait que lorsque les infirmières ont reçu une formation, il n'y a pas de différence significative quant au taux de dépistage entre l'entretien par une infirmière formée pour le dépistage et le formulaire WAST (Women Abuse Screening Tool). En revanche, elle affirme que la relation de confiance est très importante avant que l'infirmière ne procède au dépistage, et cela indépendamment de l'outil ou de la façon dont elle effectuera le dépistage. La présence d'un environnement sécurisé représente également un atout majeur. Par la suite, les infirmières cliniciennes doivent sélectionner la méthode appropriée, que ce soit par un formulaire de dépistage ou pas, selon la situation. Lorsque le protocole de dépistage n'est pas suivi correctement par l'infirmière, son résultat n'est pas bénéfique pour la patiente.

Mannier (2013) constate qu'un entretien infirmier mené par une infirmière formée augmente le taux de dépistage et améliore la suite de la prise en soins de la patiente tout en stimulant la collaboration interdisciplinaire.

## 7.2 AXE DÉPISTAGE : PISTES POUR LA PRATIQUE

Le premier élément du code déontologique infirmier (CII, 2012) impose que « l'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables ».

Pour être en accord avec l'éthique professionnelle, l'infirmière doit disposer d'un certain nombre de savoirs indispensables à sa pratique. Aussi ancienne qu'elle puisse être, la profession infirmière est assez jeune dans le monde des professions partiellement autonomes. En Suisse romande, la formation Bachelor en soins infirmiers existe seulement depuis 2006. Cette formation sensibilise les étudiants à plusieurs types de violences, mais l'enseignement en la matière n'est pas uniformisé. Toutes les HES n'abordent pas les mêmes thématiques. Sachant que les infirmières travaillant sur le terrain n'ont pas forcément eu l'occasion d'être formées, il nous paraît utile de suggérer des pistes qui permettraient aux infirmières des services d'urgences d'exercer leur profession en fonction des règles et des normes éthiques et déontologiques de la profession. En effet, nos lectures ont démontré que la majorité des femmes victimes de violence conjugale se présentent en premier lieu aux urgences. Ces services doivent être en mesure de former les infirmières à la détection de la violence conjugale.

Preuves à l'appui, nous constatons que l'utilisation d'outils de dépistage dans les services d'urgences est un atout majeur pour une infirmière formée en dépistage et détection de la violence conjugale. Dans le cas contraire, l'aiguillage des patientes est moins adéquat et l'outil utilisé perd son efficacité. Comment procéder ? Nous constatons une forte nécessité de formation avant d'entreprendre toutes les autres actions. Ensuite, dans l'idéal, un questionnaire anonyme devrait être rempli par les infirmières du service des urgences. Cela permettrait aux formateurs de cibler le contenu de la formation en fonction des besoins éthiques, culturels, linguistiques ainsi que des stéréotypes de l'équipe. Une fois





les problèmes identifiés, les infirmières pourraient recevoir une formation adéquate et apprendre à utiliser un outil de dépistage. Ce dernier ne doit pas exclure le contact avec l'infirmière, qui est précieux pour une femme victime de violence, car elle a besoin de se sentir écoutée, en sécurité et en confiance. Des théories de sciences infirmières comme celle de Watson (2002) sont des ressources pour prendre en soins des femmes victimes de violence conjugale. Selon la littérature, le dépistage systématique, comme l'« Universel Screening » qui se pratique aux États-Unis, et la présence d'un protocole dans le service permettrait d'augmenter significativement le taux de dépistage. Au vu de l'ampleur mondiale de la violence conjugale, il serait fort utile d'uniformiser la formation sur la violence conjugale dans toutes les formations HES, par le biais des séminaires cliniques où les étudiants apprendraient l'usage de différents outils de dépistage comme le protocole DOTIP (Détecter, Offrir, Traiter, Informer et Protéger) ou WAST (Women Abuse Screening Tool). Un atelier pratique avec des acteurs serait aussi utile afin que les étudiants puissent mettre en pratique leur outil de dépistage et cibler leurs besoins. Cela leur permettrait d'apporter une vision nouvelle dans leur lieu de pratique.

### 7.3 AXE ACCOMPAGNEMENT

Ci-après, nous chercherons à répondre à la partie « accompagnement » de notre question de recherche « Comment l'infirmière peut-elle détecter des signes de violences chez des patientes admises dans un service d'urgences et proposer un accompagnement adéquat ? » Nous avons sélectionné des articles en rapport avec cet axe de façon à pouvoir l'envisager sous différents angles et de manière globale. Ceci dans le but de trouver des pistes pertinentes pour la pratique.

Leppäkoski (2010) et Olive (2007) démontrent la nécessité d'identifier les besoins des femmes victimes de violence conjugale et le souhait de celles-ci que leur prise en charge se fasse dans un lieu calme où elles se sentent en sécurité. Un plan de sécurité et l'utilisation des ressources reçues, selon Olive (2007), augmentent le sentiment d'auto-efficacité. Cette auteure nous informe aussi du fait que les femmes veulent que les options de sécurité soient explorées et aimeraient recevoir des références et être aiguillées selon leurs besoins. Les résultats de Leppäkoski et al. (2010) vont dans la même direction. Ils font ressortir le besoin des femmes de recevoir une aide pour développer des plans de sécurité pour elles et pour leurs enfants, dans l'éventualité où elles seraient confrontées à des situations similaires dans le futur.

À Lausanne, Hofner et Viens Python (2014) proposaient différentes ressources dans leur programme « C'est assez », concrétisé par des brochures d'adresses utiles ainsi qu'une réorientation des patientes dans diverses structures (foyer pour femmes, centre de consultation LAVI, etc.). Le protocole DOTIP qui avait été instauré au CIU du CHUV lors du programme « C'est assez » permettait d'avoir des orientations pour offrir un bon accompagnement aux patientes. Ce programme s'étant terminé en 2004, les interventions ont été reprises par l'UMV en 2006 (année de la création de cette unité). Les patients détectés se rendent à l'UMV après avoir pris rendez-vous et pourront bénéficier d'un constat médical et recevoir des informations utiles. Néanmoins, les femmes victimes de violences qui ne s'y rendent pas n'obtiennent certainement pas d'informations sur leurs droits et sur les structures existantes, car l'utilisation de protocoles d'accompagnement dans les services d'urgences n'est pas obligatoire. À ce propos, Hofner et Viens Python (2014) relèvent que « lorsqu'un constat est établi, les



patients ne sont pas systématiquement orientés vers les centres spécialisés pour l'aide aux victimes, car le personnel des urgences en ignore souvent l'existence » (p. 24).

Les patientes s'attendent à une attitude empathique de la part des infirmières, selon Leppäkoski et al. (2010). Cela rejoint la définition du rôle de l'infirmière du code déontologique du CII (2012) quant à l'ambiance idéale qu'elle doit créer. Selon Kendall et al. (2009), les interventions infirmières pour les victimes de violence conjugale permettent de valider leur vécu. Inoue et Armitage (2006) ont défini six catégories d'infirmières. Elles peuvent être plus ou moins aptes à accompagner les victimes suivant la catégorie de perceptions dans laquelle elles se situent. Les causes relevées comme étant des facteurs entravant un accompagnement adéquat sont les stéréotypes, le désir de ne pas vouloir interférer dans la vie privée d'autrui, les questions culturelles, le manque d'expérience ou une autoprotection liée à une expérience personnelle de violence conjugale. Nous en ressortons que des formations devraient, par conséquent, se faire de façon systématique afin de diminuer les préjugés et de comprendre la violence conjugale, ses conséquences et ses implications.

La peur d'une surcharge de travail, relevée par Inoue et Armitage (2006), est bien présente dans les services d'urgence. Or Hofner et Viens Python (2004) donnent des chiffres à ce propos : « à Lausanne (CIU/CHUV), 11,4% des adultes qui consultent déclarent avoir été victimes de violence/maltraitance au cours des 12 derniers mois » (p. 30). La prise en charge des victimes et des interventions adéquates permettraient de diminuer les consultations causées par une violence conjugale sur le long terme.

Sur le plan de l'interdisciplinarité, selon Leppäkoski et al. (2010), tous les prestataires de soins devraient avoir une même approche cohérente et des protocoles communs. Inoue et Armitage (2006) proposent une approche identique, à savoir des protocoles à suivre issus de la politique institutionnelle incluant un système d'aiguillage, afin que les infirmières puissent offrir un accompagnement adéquat, quels que soient leurs expériences personnelles ou leurs sentiments.

#### **7.4 AXE ACCOMPAGNEMENT : PISTES POUR LA PRATIQUE**

Suite à la discussion de la présente recherche de littérature, nous proposons les pistes suivantes pour la pratique.

Il faudrait des protocoles pour guider les infirmières et les autres professionnels de la santé dans la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale et une liste de professionnels pouvant être contactés selon les besoins des patientes. Un tel protocole permettrait d'avoir une base commune pour tous les professionnels.

Un accompagnement des victimes devrait avoir lieu de façon systématique et l'infirmière devrait être en mesure de donner des informations sur les droits des patientes et sur la loi, ainsi que de proposer un rendez-vous dans une UMV.

La distribution d'une brochure contenant les adresses locales pouvant être utiles aux victimes de violence conjugale (refuge, LAVI, etc.) devrait se faire automatiquement. Une telle brochure devrait être disponible en diverses langues, au vu de l'hétérogénéité de la population du Canton de Vaud actuel.



Des formations sur la violence conjugale devraient être régulièrement proposées aux infirmières des urgences, afin de former le personnel nouvellement arrivé. Cela permettrait également de diminuer les stéréotypes liés à ce type de violences et produirait un meilleur accompagnement des victimes.

Ces différents éléments permettraient d'accompagner les victimes de façon adéquate, quel que soit le moment du jour ou de la nuit, de la semaine ou du week-end. Cela éviterait de « perdre » des patientes entre les urgences et le moment d'un rendez-vous à l'UMV ou dans un centre LAVI par exemple. Enfin, le personnel des urgences étant souvent surchargé, il pourrait être intéressant d'avoir, au sein même des urgences, une infirmière ou plusieurs infirmières de référence responsables de la question de la violence, lesquelles veilleraient au bon usage des protocoles. Idéalement, ces infirmières devraient être spécialisées dans la prise en soins des victimes de la violence conjugale.

## 7.5 LA VIOLENCE CONJUGALE ANALYSÉE SELON LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE

Le modèle écologique de Brunnenfonbrenner (1979) permet de faire se rejoindre les deux axes de notre question de recherche. Il met en lumière les différents systèmes sur lesquels il est possible d'agir dans la prise en charge et dans la prévention de la violence conjugale. En effet, l'infirmière, par sa position centrale dans les soins, a les moyens d'agir sur tous les niveaux du modèle écologique.

Au niveau de l'**ontosystème** (relatif à la personne), lorsque l'infirmière dépiste une situation de violence conjugale, elle se retrouve face à une personne vulnérable qui a besoin urgemment de soins. C'est uniquement en tissant une relation de confiance avec la patiente et en créant un environnement sécurisé qu'elle pourra procéder au dépistage et répondre aux attentes de la personne (Svavarsdottir, 2007). En outre, le comportement de l'infirmière, ses valeurs et son savoir-faire feront qu'elle pourra agir de façon adéquate lors de l'expertise des victimes de violence conjugale (Yonaka et al., 2007). Nous avons aussi vu, dans la recherche de Kendall et al. (2009), que l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité a des effets bénéfiques sur le sentiment de sécurité des victimes de violence.

Concernant le **microsystème** (le milieu de vie), nous avons retenu, dans les résultats de Mannier (2013), le fait que 64% des femmes victimes de la violence conjugale n'ont pas d'emploi ; le risque de violences conjugales pourrait augmenter lorsqu'une personne dans le couple perd son emploi. Cela nous permet de rappeler que, selon le modèle écologique, une altération dans le milieu de vie, de l'entourage et du travail d'une personne influence positivement ou négativement la dynamique du couple. L'infirmière peut encourager les patientes à développer des réseaux de soutien, selon Olive (2007). Kendall et al. (2009) affirment que l'utilisation des ressources locales est importante pour élaborer des plans de sécurité.

Nous avons, grâce à ce travail, découvert différentes possibilités d'action sur l'**exosystème** (organisation des soins et des services). Inoue et Armitage (2006) évoquent diverses possibilités au niveau institutionnel : par exemple, encourager les infirmières qui viennent d'arriver dans le service à devenir proactives, mettre en place de formations continues pour diminuer les stéréotypes et établir des protocoles à suivre. Dans leurs résultats, Trauman et al. (2007) relèvent que 27% des personnes détectées n'ont pas d'assurance maladie. Cela rend évidemment problématiques l'accès aux soins des patientes et la continuité des services médicaux ; nous ne pouvons comparer ce taux avec la celui de la



Suisse, où il existe des assurances maladie obligatoires. Selon le modèle écologique, cela relève de l'exosystème qui englobe les organismes des soins et des services.

Au niveau du **macrosystème** (communauté), Inoue et Armitage (2006) ont démontré que la compréhension, de la part des infirmières, des implications de la violence conjugale peut être simplifiée par sa reconnaissance sociale. Ces auteures soulignent également le pouvoir positif des politiques spécifiques pour faire face à la violence conjugale. Afin de mettre en place des stratégies de prévention et de prise en soins de la violence conjugale, le modèle écologique peut représenter un avantage dans l'analyse des situations et permettre de planifier des interventions pertinentes. Nous remarquons que, dans son introduction, Svavarsdottir (2008) met en évidence le fait qu'en Islande et dans d'autres pays nordiques, la violence familiale est considérée comme une atteinte sérieuse au bien-être des individus et de la société. L'auteure relève ainsi une valeur sociale fondamentale des pays nordiques. De même, Mannier (2013) insiste sur le fait que l'application du Code pénal et la mise à l'abri des femmes nécessitent d'être complétées par l'action d'associations d'aide aux victimes et des réseaux sociaux. Les valeurs sociétales, politiques et culturelles que ces auteurs ont évoquées sont partie intégrante de la couche la plus externe du modèle écologique, c'est-à-dire le **macrosystème**.

En synthèse, c'est en coopérant avec une équipe interdisciplinaire et de manière continue sur tous les systèmes que l'infirmière pourra, sur le long terme, améliorer la prise en soins et agir au niveau du **chronosystème** (temporalité).

## 7.6 LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Nous exposons ici les limites de notre revue de littérature. Certaines ont déjà été abordées dans nos analyses. Nous ajoutons ci-après les limites qui sont liées à notre travail de Bachelor.

Toutes les recherches que nous avons sélectionnées dans notre revue de littérature ont été menées à l'étranger. Les cultures et les systèmes de santé pouvant être différents dans les pays concernés, nous nous posons toujours la question de la transférabilité de nos résultats en Suisse.

Toutes les études qui ont été incluses dans le présent travail sont rédigées en anglais, hormis une. Une limite que nous posons est donc la traduction parfois « libre » que nous avons faite de nos textes.

L'échantillon de certaines études nous a semblé parfois trop faible ou au contraire trop important.

Bien que nous nous soyons rendu compte, au fil de ce travail, qu'un certain nombre d'interventions, de protocoles et d'infrastructures pour les femmes victimes de violence conjugale ont été mis en place dans la région lausannoise, nous avons pu mettre en évidence certaines pistes sur lesquelles travailler. En effet, la formation sur la violence est un premier point essentiel qui pourrait être amélioré au niveau académique ainsi que dans les unités d'urgence. Nous avons aussi démontré que la place de l'infirmière est très importante dans la détection et l'accompagnement des victimes, car l'infirmière a une place centrale dans la prise en charge des patientes et elle est présente à toute heure du jour et de la nuit, la semaine et le week-end.



## 8. CONCLUSION

Grâce à ce travail, nous avons pu porter un regard différent sur les multiples facettes de la profession infirmière.

La revue de littérature nous a permis d'acquérir de l'aisance dans le processus de recherche scientifique. Au travers de nos analyses, nous avons exercé notre regard critique sur la fiabilité et la transférabilité des résultats. La majorité des articles lus ayant été rédigés en anglais, nous avons eu l'occasion d'approfondir notre connaissance de cette langue dans une optique scientifique et de prendre conscience de la richesse des ressources auxquelles elle donne accès. Leur application dans le futur nous permettra d'axer notre pratique sur des données probantes. De surcroît, le rôle autonome de l'infirmière prend tout son sens lorsqu'il est associé à un esprit de leadership : cela permet aussi de faire évoluer la pratique.

Au cours de ce travail, nos recherches nous ont amenées à nous interroger sur notre éthique professionnelle et à nous référer au code de déontologie infirmière, que garderons comme repère tout au long de notre pratique professionnelle.

Ces trois années de formation nous ont permis d'acquérir des connaissances solides que nous avons pu mobiliser dans cette revue de littérature.

Enfin, nous avons apprécié notre collaboration dans l'élaboration de ce travail de Bachelor. La connaissance de nos limites et l'expression de nos besoins ont été des facteurs évolutifs, car ces attitudes réciproquement adoptées nous ont permis de garder une atmosphère agréable de respect et d'enrichissement mutuels.



## 9. LISTE DE RÉFÉRENCES

- Ansermet, C., Ninane, F. & Romain-Glassey N. (2009). *Les infirmières en première ligne*. Repéré à [http://www.curml.ch/les\\_infirmieres\\_en\\_premiere\\_ligne.pdf](http://www.curml.ch/les_infirmieres_en_premiere_ligne.pdf)
- Ban Ki-moon, M. (2013). Journée internationale de la femme. Repéré à <http://www.un.org/fr/events/womensday/2013/>
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). *Soins infirmiers : médecine et chirurgie : Volume 1. généralités (5e éd)*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Bureau d'Information et de Communication de l'Etat de Vaud. (2016). Code pénal suisse : de nouvelles mesures pour combattre plus efficacement la violence conjugale. Repéré à <http://www.vd.ch/themes/vie-privee/violence-domestique/politique-cantonale/legislation/>
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG (2014). *Feuille d'information 1 : Violence domestique : définition, formes et conséquences*. Repéré à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=fr>
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG (2012a). *Feuille d'information 2 : Causes de la violence dans les relations de couple et facteurs de risque*. Repéré à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=fr>
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG (2012b). *Feuille d'information 3 : La spirale de la violence, typologies des auteur-e-s et des victimes : conséquences pour le travail de consultation et d'intervention*. Repéré à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=fr>
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BGEF (2016). *Feuille d'information 9 : La violence domestique en chiffres au niveau national*. Repéré à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=fr>
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG (2013). *Coûts de la violence dans les relations de couple : rapport de recherche*. Repéré à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00196/?lang=fr>
- Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud. (2016). *De nouvelles mesures pour combattre plus efficacement la violence conjugale*. Repéré à <http://www.vd.ch/themes/vie-privee/violence-domestique/politique-cantonale/legislation/>
- Conseil international des infirmiers, (2012). *Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Repéré à [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_french.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf)



- Délauriers, S. (2015). Ensemble, maintenant. Repéré à <https://ensemblemaintenant.com/category/autisme/>
- Favre, N., & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières*. Reuil-Malmaison, France : éditions Lamarre.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Canada : Chenelière Education.
- Ghaber, C. (2015). Violence et maltraitance : osons en parler. *Journal la Source*, 3, 4.
- Hofner, M. Cl., & Viens Python, N. (2004). « C'est assez » programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. *Origine et développements 2000-2004*. Repéré à [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/vie\\_privee/ViolenceDomestique/pdf/c\\_est\\_assez\\_2000-2004.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privee/ViolenceDomestique/pdf/c_est_assez_2000-2004.pdf)
- Hofner, M. Cl., & Viens Python, N. (2015). Violence et maltraitance : osons en parler. *Journal la Source*, 3, 15-16.
- Hofner, M. Cl., & Viens Python, N. (2014). *Violences domestiques : prise en charge et prévention*. Lausanne, Suisse : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Inoue, K., & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), 311-323. doi : 10.5172/conu.2006.21.2.311
- Kendall, J., Pelucio, M. T., Casaletto, J., Parker Thompson, K., Barnes, S., Pettit, E., & Aldrich, M. (2009). Impact of emergency department intimate violence intervention. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 280-306.
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2010). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19, 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006
- Mannier, M-C. (2013). Identifying domestic abuse in an emergency department. *Revue de l'Infirmière*, 195, 40-42.
- Office Fédéral de la Statistique (OFS) (2016). *Statistique policière de la criminalité (SPC) : Rapport annuel 2015*. Repéré à [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dse/polcant/fichiers\\_pdf/2016/criminalite/spcch.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dse/polcant/fichiers_pdf/2016/criminalite/spcch.pdf)
- Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1736-1748. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01746.x
- OMS (2015). *La violence à l'encontre des femmes : violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes : Aide-mémoire N°239*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>



- Organisation des nations unies. (2015). Journée internationale de la femme. Repéré à <http://www.un.org/fr/events/womensday/2013/>
- Paupé, R. (2016). *Présentation du modèle écologique*. Repéré à [http://www.cerfasy.ch/cours\\_modeco.php](http://www.cerfasy.ch/cours_modeco.php)
- Peyret, E. (2015, 24 novembre) En 2015, une femme sur cinq victime de violences physiques en Europe. *La libération*, page web. Repéré à [http://www.liberation.fr/france/2015/11/24/en-2015-une-femme-sur-cinq-victime-de-violences-physiques-en-europe\\_1415860](http://www.liberation.fr/france/2015/11/24/en-2015-une-femme-sur-cinq-victime-de-violences-physiques-en-europe_1415860)
- Poilpot, M-P, (2001), De la violence conjugale à la violence parentale, *Fondation pour l'enfance*, 2001. 7-11. doi : [10.3917/eres.fonda.2001.01.0007](https://doi.org/10.3917/eres.fonda.2001.01.0007)
- [Prévention Suisse de la Criminalité PSC \(2015\). \*Péril en la demeure : pourquoi la violence domestique n'est pas une affaire privée\*. Repéré à <http://www.be.ch/portal/fr/veroeffentlichungen/publikationen.assetref/dam/documents/POM/Police/fr/Prevention/haeusliche-gewalt-fr.pdf>](http://www.be.ch/portal/fr/veroeffentlichungen/publikationen.assetref/dam/documents/POM/Police/fr/Prevention/haeusliche-gewalt-fr.pdf)
- Svavarsdottir, E. K. (2008). Detecting intimate partner abuse within clinical settings : self-report or an interview. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 224-232. doi : 10.1111/j.1471-6712.2009.00709.x
- Tibault, C. (2004) *Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/186\\_violence\\_orientations.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/186_violence_orientations.pdf)
- Trautman, D. E., McCarthy, M. L., Miller, N., Campbell, J. C., & Kelen, G.D. (2007). Intimate Partner Violence ans Emergency Deptment Screening : Computerized Versus Usual Care. *Annals of Emergency Medicine*, 49(4), 526-534.
- Yonaka, I., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38 (1), 37-45
- Zoder, I. (2012). *Violence domestique enregistrée par la police : vue d'ensemble*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/04/06.html>

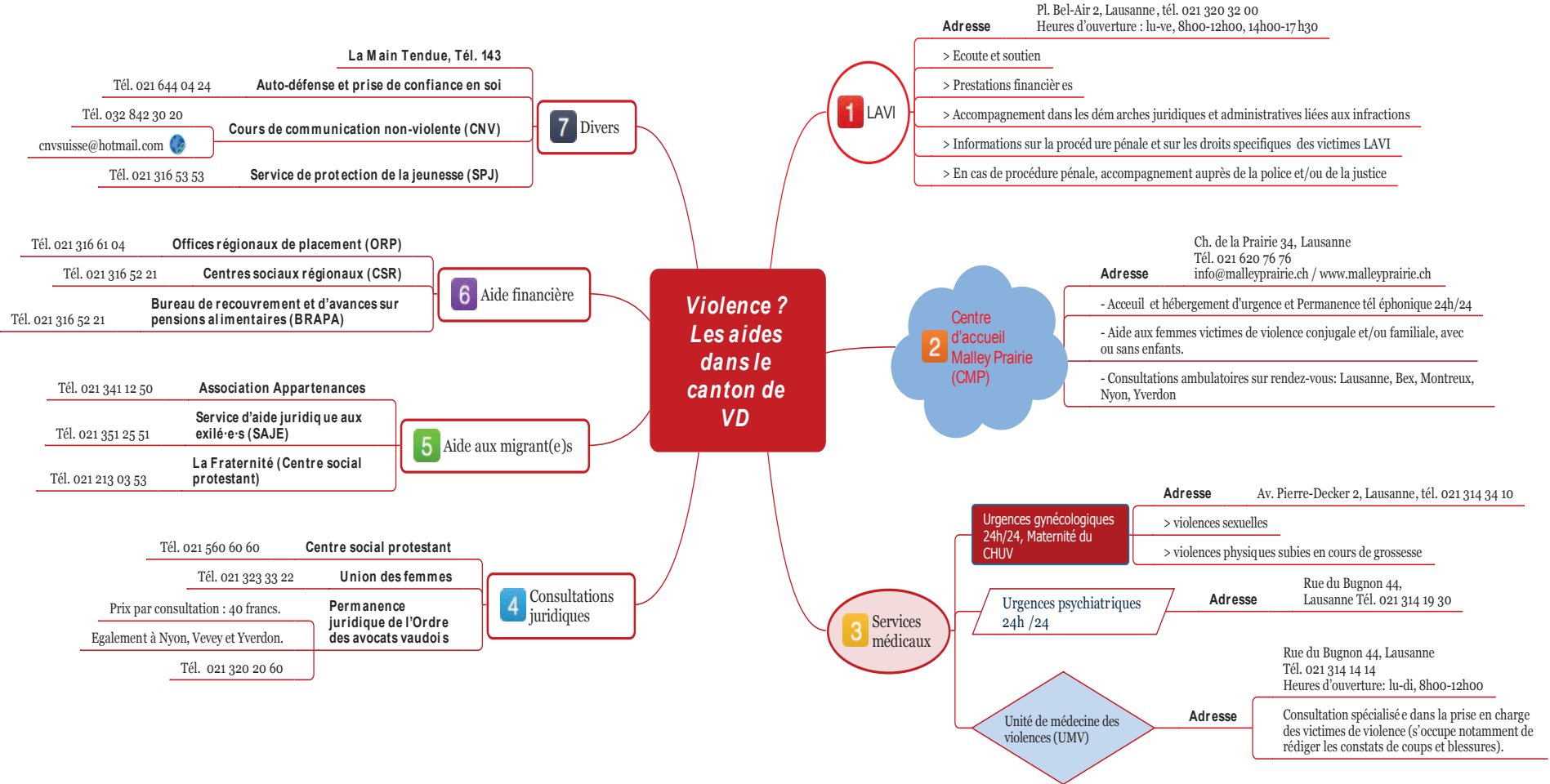




## 10. ANNEXES

### Grille d'analyse de lecture d'articles scientifiques adaptés de Fortin (2010).

Titre de l'article	
Nom de la revue	
Auteurs et fonctions	
Date de publication	
Type de recherche	
Résumé	
Buts, questions de recherche	
Méthodologie	
Résultats	
Discussion	
Éthique	
Recommandations pour la pratique	
Pertinence de l'article pour la pratique infirmière	



Petit aide mémoire élaboré par Zarlasht Rahiq.  
Source: Bureau de l'égalité, Lausanne, 2016.