

Violence aux mains d'un partenaire intime et recours aux soins prénatals: examen exploratoire d'études de pays à revenu faible et intermédiaire

CONTEXTE: La violence aux mains d'un partenaire intime (VPI) est associée à des résultats de santé physique et mentale négatifs. Si les soins prénatals peuvent servir à la mise en lien avec les services contre la VPI, l'expérience de la VPI peut néanmoins être associée à une réduction du recours à ces mêmes soins; une question sur laquelle la recherche ne s'est guère penchée.

MÉTHODES: Une étude exploratoire a été menée pour synthétiser la recherche quantitative sur la VPI et le recours aux soins prénatals dans les contextes à faibles ressources. Des recherches par mots-clés ont été effectuées dans PubMed et autres bases de données, de même que des recherches en boule de neige dans les listes de référence afin d'identifier les articles publiés au cours de la période 2005–2015 qui mesuraient un ou plusieurs types de VPI (physique, sexuelle ou psychologique) ou comportement dominateur et évaluaient le rapport entre cette maltraitance et le recours aux soins prénatals. Pour chaque article identifié, les caractéristiques et conclusions principales ont été extraites et la qualité de l'étude a été évaluée.

RÉSULTATS: Seize articles, représentant 10 pays à revenu faible et intermédiaire, ont répondu aux critères d'inclusion. La plupart des études étaient de qualité moyenne à haute mais de faible rigueur, reflétant l'abondance d'études transversales dans la littérature. Dans chacune de ces 16 études, la VPI paraît négativement associée à au suivi des soins prénatals, au nombre de consultations ou au recours à un prestataire qualifié. Les analyses révèlent une probabilité de recours aux soins prénatals réduite parmi les femmes sujettes à la VPI (RC, 0,5–0,8). Cette même probabilité est élevée parmi les femmes non sujettes à cette violence, comme l'est aussi la probabilité de non recours parmi les femmes sujettes à la VPI (1,2–4,1).

CONCLUSION: Dans les contextes à faibles ressources, les femmes sujettes à la VPI sont moins susceptibles d'obtenir des soins prénatals optimaux et peuvent bénéficier d'interventions d'atténuation des obstacles aux soins.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2018, pp. 1–9,
<https://doi.org/10.1363/FR00118>*

Par Nicholas Metheny et Rob Stephenson

Nicholas Metheny est candidat au doctorat et Rob Stephenson, enseignant, tous deux au Department of Health Behavior and Biological Sciences de l'École des sciences infirmières, ainsi qu'au Center for Sexuality and Health Disparities de l'Université du Michigan, Ann Arbor, MI, États-Unis.

D'après les estimations mondiales, quelque 30% des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ayant déjà eu un partenaire déclareraient avoir subi de la violence physique ou sexuelle aux mains d'un partenaire intime (VPI) de sexe masculin.¹ La prévalence de la VPI autodéclarée est particulièrement élevée dans les régions à revenu faible et intermédiaire, où elle varie entre 30% en Amérique centrale et du Sud et près de 38% en Asie du Sud-Est.¹ Parmi les femmes, la déclaration de la VPI est associée à divers résultats physiques et mentaux négatifs,^{2–7} notamment en termes de résultats et comportements sexuels et reproductifs. Par exemple, les femmes victimes de VPI présentent une probabilité élevée de ne pas pratiquer la contraception,^{8–11} de ne pas prendre suffisamment de poids pendant la grossesse¹² et d'avoir des intervalles courts entre leurs grossesses.^{13–15}

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a observé trois parcours par lesquels le vécu de la VPI peut façonner les résultats de santé sexuelle et reproductive.¹ D'abord, l'expérience d'un traumatisme physique ou sexuel peut mener directement à de mauvais résultats de santé

sexuelle et reproductive par la voie de lésions musculosquelettiques ou des tissus mous. Ensuite, la contrainte exercée par l'auteur de la VPI peut avoir un effet négatif sur la santé reproductive d'une femme en réduisant son autonomie. Par ses comportements dominants, il peut par exemple limiter la capacité de sa partenaire à obtenir certains services de santé ou à prendre des décisions ayant trait à sa situation reproductive, comme l'usage du préservatif ou d'autres contraceptifs. Enfin, le vécu de la VPI pourrait conduire indirectement à des résultats de santé reproductive négatifs en réduisant le désir des femmes d'obtenir des services de soins de santé. Souvent, les problèmes de santé mentale liés à la maltraitance (l'anxiété ou la dépression, notamment) amoindrissent ce désir. Ces trois parcours peuvent mener à des résultats négatifs pour la victime, certes, mais aussi pour ses enfants. Les niveaux de mortalité périnatale et néonatale sont élevés parmi les enfants des femmes exposées à la VPI.^{16–18}

Ces parcours laissent entendre que l'accès ou le recours amoindris aux services sont des mécanismes par lesquels la VPI peut affecter négativement les résultats de santé

sexuelle et reproductive. Il semble dès lors plausible que le vécu de la VPI puisse limiter l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pendant la grossesse. Cela dit, le rapport entre ce vécu et l'obtention de soins prénatals n'est guère documenté, même s'il paraît clair que la grossesse est un facteur de risque de VPI.^{6,19-22} Les soins prénatals sont ceux donnés aux femmes enceintes dans le but d'identifier, de prévenir et de traiter les problèmes de santé susceptibles d'avoir une incidence sur la femme ou son fœtus pendant la grossesse. L'OMS recommande, pour les femmes enceintes dans les contextes à faibles ressources, un minimum de quatre consultations prénatales, avec une visite initiale au cours des 20 premières semaines de grossesse.²³

Bien qu'associée à de meilleurs résultats de santé maternelle et néonatale dans les contextes à faibles ressources,²⁴⁻²⁶ l'obtention de soins prénatals adéquatement administrés est loin d'être universelle et la qualité des soins varie grandement.²⁷⁻³⁰ En raison, largement, de cette inconstance de la qualité et de la disponibilité des services, plusieurs études à grande échelle et analyses systématiques n'ont constaté aucune association entre les soins prénatals et l'amélioration des résultats de santé maternelle et infantile dans les pays à revenu faible et intermédiaire.^{29,31,32} Le débat est ainsi né dans la littérature scientifique quant à l'efficacité des soins prénatals dans ces contextes.³³

Malgré l'absence de consensus sur la question de savoir si les soins prénatals ont un effet direct sur les résultats de santé maternelle et infantile dans les contextes à faibles ressources, ces soins n'en servent pas moins souvent de premier point d'accès des femmes au système sanitaire de soins.^{19,34} Ils assurent l'exposition aux professionnels de la santé, qui peuvent encourager la femme à poursuivre ces soins prénatals tout au long de sa grossesse, la sensibiliser aux signes avant-coureurs de complications prénatales et intrapartum et élaborer avec elle les plans de prise en charge des urgences qui pourraient survenir pendant la grossesse ou à l'accouchement.²⁹ Plus important peut-être, la littérature indique de plus en plus que l'obtention de soins prénatals est associée à la décision de la femme d'accoucher avec l'aide d'un membre de personnel qualifié,³⁵⁻⁴¹ ce facteur étant lui-même associé à de meilleurs résultats de santé maternelle et néonatale.^{27,42,43} Et cela d'autant plus que les soins prénatals ont été intégrés avec succès à d'autres services de santé pendant la grossesse, comme ceux de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,⁴⁴⁻⁴⁷ du conseil en nutrition et de la supplémentation.⁴⁸⁻⁵⁰ Face à ces succès, l'OMS invoque l'intégration des soins prénatals à d'autres interventions sanitaires comme stratégie clé d'amélioration de la santé maternelle et infantile dans les contextes à faibles ressources.⁵¹

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, beaucoup de femmes sont vraisemblablement concernées, à la fois par la VPI et le moindre recours des soins prénatals. Si l'obtention de ces soins peut donner aux victimes de la VPI l'occasion d'obtenir de l'aide, dans la pratique, ces femmes n'y ont peut-être guère accès. Dans cet examen exploratoire, nous nous penchons sur les récentes données pro-

bantes concernant le rapport entre le vécu total de la VPI et l'obtention de soins prénatals dans les contextes à faibles ressources. Nos objectifs étaient de synthétiser nos observations, de mettre en lumière les lacunes de la recherche et de formuler nos recommandations de recherche ultérieure et d'action programmatique.

MÉTHODES

Le premier auteur a mené une étude exploratoire de la littérature dans les bases de données électroniques PubMed, Scopus, CINAHL et Global Health. Des recherches en boucle de neige dans les listes de référence d'articles pertinents ont également été effectuées. Les articles retenus devaient avoir été publiés dans la presse validée par les pairs entre 2005 et 2015, concerner un pays à revenu faible ou intermédiaire, mesurer le vécu de la VPI physique, sexuelle ou psychologique (y compris les comportements dominants) et le recours aux soins prénatals, et comprendre une analyse quantitative évaluant le rapport entre la VPI et le recours à ces soins. Les recherches dans PubMed ont été effectuées (en anglais) en septembre-octobre 2015, sur la base des termes de thématique médicale MeSH (« *medical subject heading* ») suivants: *domestic violence* (violence domestique), *battered woman* (femme battue), *spouse abuse* (violence conjugale), *pregnant women* (femmes enceintes), *acceptance of health care* (acceptation des soins de santé), *attitudes toward health* (attitudes à l'égard de la santé), *health knowledge* (connaissances en matière de santé), *health attitudes* (attitudes de santé), *health practice* (pratique de santé), *patient compliance* (observance des patientes), *patient participation* (participation des patientes), *treatment refusal* (refus de traitement) et *prenatal care* (soins prénatals). Nous avons également utilisé les mots-clés suivants: *domestic violence* (violence domestique), *intimate partner violence* (violence partenaire intime), *partner violence* (violence partenaire), *IPV* (VPI), *interpersonal violence* (violence interpersonnelle), *battered woman* (femme battue), *battered women* (femmes battues), *partner abuse* (violence partenaire), *wife abuse* (violence épouse), *spousal abuse* (violence conjugale), *violence against women* (violences faites aux femmes), *prenatal and antenatal* (prénatal). Les opérateurs booléens (AND (et), OR (ou)) ont permis de créer des chaînes de recherche incorporant les termes liés à la VPI aussi bien que ceux relatifs à la prestation de soins de santé. Les titres imbriqués sous chaque terme MeSH ont également été soumis à la recherche pour assurer l'emploi de tous les termes pertinents. La recherche a produit 585 résultats uniques. Avec l'aide de bibliothécaires des sciences de la santé, cette stratégie de recherche a ensuite été adaptée en fonction des trois autres bases de données, avec les mêmes mots-clés; ces recherches ont produit 179 articles supplémentaires, pour un total de 764. Les titres et les abrégés des articles ont été examinés afin de déterminer leur conformité aux critères d'inclusion; au besoin, l'article complet a été examiné.

Le premier auteur a par ailleurs effectué une analyse de qualité, selon l'instrument validé de l'échelle Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Rating Scale;⁵² si la

note adéquate concernant la méthodologie d'un article donné était ambiguë, le second auteur a été consulté pour déterminer la note finale, de commun accord avec le premier. Les articles n'ont été retenus dans l'analyse que si la force des données probantes de l'étude répondait aux critères de l'échelle de niveau I, II ou III et que leur qualité était « élevée » ou « bonne ».*

L'information clé relative à chaque étude – année de publication, pays dans lequel l'étude avait eu lieu, taille d'échantillon, méthodologie, type de VPI étudiée, prévalence de la VPI et principaux obstacles à l'accès aux soins prénatals – a été extraite et compilée. Les données quantitatives collectées comprennent les rapports de cotes des analyses d'évaluation du rapport entre le vécu de la VPI et le recours aux soins prénatals, l'importance statistique des associations éventuelles et, si disponibles, les intervalles de confiance à 95%.

RÉSULTATS

L'échantillon final compte 16 articles,^{41,53-67} dont huit publiés en 2014 ou 2015 (Tableau 1 en annexe). Onze des études sont des analyses secondaires, de données d'Enquête démographique et de santé (n=9) ou de données collectées dans le cadre de projets antérieurs (n=2). Cinq des six régions de l'OMS sont représentées dans les échantillons de l'étude, de même que 10 pays: le Bangladesh,^{57,64} le Brésil,⁶¹ l'Égypte,⁵⁵ le Ghana,⁶⁵ l'Inde,^{53-54,58} le Kenya,⁵⁶ le Malawi,⁶⁰ le Nigeria,^{41,62,63} le Pakistan⁶⁶ et le Timor-Leste.^{59,67} Les tailles d'échantillon varient entre 294 et 17 476.

Les types de VPI visés varient dans les 16 articles. Les données collectées le sont sur la violence physique dans 14 études, la violence sexuelle dans neuf, la violence psychologique dans huit et le comportement dominant dans trois.† Les échelles de mesure de la VPI (et donc les définitions de cette violence) divergent aussi: elles comprennent l'échelle *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2, échelle révisée des tactiques de conflit),^{61,66} l'Étude multipays de l'Organisation mondiale de la Santé,⁵³ l'enquête sur les antécédents reproductifs des femmes (Women's Reproductive Histories Survey),⁵⁴ l'enquête nationale indienne sur la santé familiale (Indian National Family Health Survey),⁵⁸ les questionnaires d'Enquête démographique et de santé relatifs à la violence^{41,55-57,59-60,63-64,67} et des enquêtes mises au point par le chercheur et préalablement testées.^{62,65} Dix études mesurent plus d'un type de VPI; aucune ne quantifie les quatre types (VPI physique, sexuelle, psychologique et comportement dominant), mais huit en mesurent trois (généralement les violences physique, sexuelle et psychologique). Les six études restantes se concentrent soit sur la violence physique (n=4) ou sur les comportements dominants (n=2). Toutes les études reposent sur le souvenir de la participante concernant le comportement violent; 13 mesurent la prévalence totale de la VPI, les trois autres, la VPI durant une courte période (pendant la grossesse, par exemple).

La prévalence de la violence physique parmi les femmes comprises dans les échantillons à l'étude varie entre

TABLEAU 1. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) des études évaluant la probabilité que les femmes sujettes à la VPI obtiennent des soins prénatals par rapport à celles non exposées à cette violence

Étude	Type de VPI	Échelle	RP
Ahmad et al. ⁵³	Globale - psychologique, physique et sexuelle	Étude multipays de l'OMS	0,65 (0,56-0,76)**
Diop-Sidibe, Campbell et Becker ⁵⁵	Physique	EDS	0,54*†
Goo et Harlow ⁵⁶	Physique	EDS	0,71 (0,52-0,98)*
Goo et Harlow ⁵⁶	Psychologique	EDS	0,60 (0,43-0,84)*
Koski, Stephenson et Koenig ⁵⁸	Physique‡	NFHS	0,81 (0,68-0,96)*
Koski, Stephenson et Koenig ⁵⁸	Physique‡	NFHS	0,69 (0,54-0,88)*
Ononkpono et Azfredrick ⁶³	Physique	EDS	0,72 (0,61-0,85)*
Rahman et al. ⁶⁴	Physique	EDS	0,69 (0,53-0,89)**
Rahman et al. ⁶⁴	Sexuelle	EDS	0,71 (0,50-0,99)*
Rahman et al. ⁶⁴	Physique et sexuelle	EDS	0,71 (0,51-0,99)*
Solanke ⁴¹	Psychologique	EDS	0,76 (0,66-0,88)***

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. †Article sans intervalle de confiance. ‡L'article rapporte les RP de deux résultats de soins prénatals distincts (début et recours à un prestataire qualifié) associés à la VPI physique. N.B.: VPI = Violence aux mains d'un partenaire intime. OMS = Organisation mondiale de la Santé. EDS = Enquête démographique et de santé. NFHS = Enquête nationale sur la santé familiale.

20%⁶⁰ et 82%;⁶¹ la prévalence totale de la violence sexuelle, entre 4%⁶⁰ et 35%,⁶⁶ et la violence psychologique et le comportement dominant, entre 5%⁵⁴ et 76%.⁶⁶

La mesure du recours aux soins prénatals varie elle aussi. Cinq études évaluent le début des soins, défini comme le fait d'avoir eu au moins une consultation prénatale. Onze études mesurent la qualité des soins prénatals; en particulier, six examinent le nombre total de consultations que les femmes ont eues, trois étudient le recours ou non des femmes à du personnel de soins prénatals qualifié (par opposition aux soignants traditionnels ou non professionnels) et deux (toutes deux au Bangladesh) appliquent les deux mesures. Bien que le nombre de consultations ne soit pas un indicateur direct de la qualité des soins, les études ont utilisé cette mesure parce qu'au moins quatre consultations de soins prénatals sont nécessaires à la satisfaction du critère de soins prénatals de qualité, selon les directives de l'OMS à l'effet.²³ La plupart des articles font état d'importants obstacles aux soins pour leur population à l'étude; huit mentionnent de faibles niveaux d'autonomie, quatre, des obstacles de nature structurelle, et quatre aussi, une volonté réduite de recherche d'assistance.

Les 16 études sont toutes transversales, ce qui exclut les conclusions de causalité et relègue la force des données probantes à une note de niveau III sur l'échelle de qualité.⁵² Malgré cette force plutôt faible, la qualité des données probantes est généralement bonne: 13 des 16 études reçoivent

*Sur l'échelle Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Rating Scale, la note de niveau I indique une étude expérimentale comparative randomisée; le niveau II fait référence aux études quasi-expérimentales (de cohorte, par exemple) et le niveau III comprend les études non expérimentales (transversales, par exemple), les travaux de nature qualitative et les méta-syntheses.

†Bien que le comportement dominant soit souvent inscrit à même enseigne que la VPI (parmi les types de violence psychologique), les trois études visées ici y voient soit une forme de violence distincte ou n'examinent pas les autres types.

à cet égard la note « élevée ».

Les 16 études constatent toutes une association négative entre le vécu d'un ou plusieurs types de VPI et le recours aux services de soins prénatals. Elles quantifient cette association de différentes manières, en raison de leur différence dans leur choix de résultats (l'obtention de soins prénatals ou l'absence de ces soins) et leur groupe de référence (les femmes ayant déclaré la VPI ou celles ne l'ayant pas déclarée). Par souci de clarté, nous présentons les résultats des études selon la directionnalité des tests statistiques. Nous commençons par les résultats des études ayant observé une probabilité réduite d'obtention de soins prénatals pour les femmes qui avaient été sujettes à la VPI. Viennent ensuite les résultats des études qui constatent une probabilité élevée de ne pas obtenir de soins prénatals pour ces mêmes femmes, ou une probabilité élevée de recourir à ces soins pour celles non soumises à la VPI.

Dans les analyses basées sur la première approche (Tableau 1), la probabilité que les femmes ayant déclaré la VPI aient obtenu des soins prénatals est réduite et les rapports de cotes résultants vont de 0,5 (pour la probabilité de début des soins prénatals chez les femmes ayant déclaré une violence physique)⁵⁵ à 0,8 (pour la probabilité que ces femmes aient eu recours aux soins prénatals d'un membre de personnel qualifié).⁵⁸ Dans les analyses suivant la seconde approche (Tableau 2), la probabilité d'obtention de soins prénatals par les femmes n'ayant pas déclaré la VPI (ou d'absence de tels soins chez les femmes l'ayant déclara-

rée) est élevée et les rapports de cotes résultants vont de 1,2 (pour la probabilité de quatre consultations prénatales chez les femmes n'ayant déclaré aucun type de VPI)⁶² à 5,1 (pour cette même probabilité chez les femmes n'ayant pas déclaré de violence physique ou psychologique).⁶⁵

Dans toutes les études, les modèles de régression sont corrigés en fonction de caractéristiques démographiques, le plus souvent de race et origine ethnique, âge, situation socioéconomique et niveau d'éducation. Certaines études tiennent aussi compte du statut VIH, de l'âge au moment du mariage, de la durée du mariage, de la parité et de l'âge au premier accouchement. Les études basées sur les données d'Enquête démographique et de santé comprennent souvent des indices d'autonomie décisionnelle et de justification de la violence conjugale. Aucune tendance discernable ne permet d'établir clairement une force des associations distincte suivant le type de VPI.

DISCUSSION

Notre examen – basé sur une recherche exhaustive de la littérature, des critères d'inclusion bien définis et l'assistance de bibliothécaires de santé versés dans les meilleures pratiques d'étude exploratoire – a identifié 16 études sur le rapport entre la VPI et le recours aux soins prénatals. Pour la moitié, ces études ont été publiées en 2014 ou 2015, laissant entendre une attention grandissante de la recherche à la question. Outre leur accord sur la directionnalité et l'importance de l'association entre la VPI et le recours aux soins prénatals, ces articles en explorent généralement les raisons possibles. Leurs explications tombent pour la plupart dans l'une de trois catégories, dont deux rappellent le modèle conceptuel de l'OMS.

Huit études donnent à penser que le faible niveau de soins prénatals parmi les femmes exposées à la violence est vraisemblablement dû à leurs faibles niveaux d'autonomie.^{54-55,57-58,60,64,66-67} Menées dans cinq pays, ces études reflètent la probable existence du problème dans l'ensemble des pays et cultures. Dans les études basées sur l'analyse des données d'Enquête démographique et de santé, l'autonomie est mesurée en fonction d'indices de pouvoir décisionnel sur le revenu du ménage et de liberté de mouvement.⁵⁷ Des mesures similaires sont utilisées dans les études à base d'instruments conçus par les chercheurs. Une étude en particulier mesure la dépendance financière des femmes par rapport à leur mari et y voit un obstacle important à l'obtention de soins prénatals.⁶⁶ La plupart des huit études lient le manque d'autonomie des femmes non seulement à une probabilité réduite de recours aux soins prénatals, mais aussi à une probabilité réduite d'obtention de soins prénatals de qualité. Plus précisément, ces études constatent que les femmes sujettes à la VPI sont plus susceptibles que les autres d'obtenir leurs soins auprès d'accoucheuses traditionnelles, de membres de leur famille et de prestataires de soins prénatals non qualifiés. Ces observations appuient la recherche antérieure: les femmes sujettes à la VPI ne pouvant pas obtenir de soins appropriés se tourneraient vers d'autres sources

TABLEAU 2. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) des études évaluant la probabilité que les femmes sujettes à la VPI n'obtiennent pas de soins prénatals par rapport à celles non exposées à cette violence†

Étude	Type(s) de VPI	Échelle de VPI	RP
Allendorf ⁶⁴	Comportement dominant	WRHS	4,05**‡
Haque et al. ⁵⁷	Comportement dominant§	EDS	1,64 (1,17–2,23)*
Haque et al. ⁵⁷	Comportement dominant§	EDS	1,91 (1,42–2,45)*
Meiksin et al. ⁵⁹	Physique ou sexuelle	EDS	2,30 (1,1–4,9)*
Mkandawire ⁶⁰	Globale-physique, sexuelle et psychologique	EDS	1,05 (1,02–1,07)††
Moraes, Arana et Reichenheim ⁶¹	Physique	RCTS	2,20 (1,10–4,40)*
Omer et al. ⁶²	Globale-physique, sexuelle et psychologique	Élaborée par le chercheur	1,24 (1,11–1,38)*
Sipsma et al. ⁶⁵	Physique, psychologique	Élaborée par le chercheur	5,12 (1,32–19,43)*
Taft, Powell et Watson ⁶⁷	Globale-physique, sexuelle et psychologique	EDS	1,76 (1,21–2,55)*
Zakar et al. ⁶⁶	Physique grave	RCTS	2,11 (1,23–3,69)***
Zakar et al. ⁶⁶	Sexuelle	RCTS	1,67 (1,06–2,62)*

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. †Certaines études présentent les observations comme la vraisemblance que les femmes non exposées à la VPI obtiennent des soins prénatals par rapport à celles qui l'ont vécue. ‡Article sans intervalle de confiance. §L'article rapporte les RP de deux résultats de soins prénatals distincts (nombre de consultations et recours à un prestataire qualifié) associés au comportement dominant. ††Rapports de risque plutôt que de probabilité. N.B.: VPI = Violence aux mains d'un partenaire intime. WRHS = Enquête sur les antécédents reproductifs des femmes. EDS = Enquête démographique et de santé. RCTS = Échelle révisée des tactiques de conflit.

de soins prénatals plutôt que d'en abandonner totalement l'idée.⁵⁸ S'inscrivent aussi à l'appui de ce scénario les données probantes qui indiquent que les femmes sujettes à la VPI qui réussissent à obtenir des soins prénatals sont plus susceptibles que les autres d'avoir obtenu des soins suffisants.^{41,55} Par exemple, Solanke observe que, par rapport aux femmes qui n'avaient pas subi de violences, celles sujettes à la VPI et qui avaient eu recours aux soins prénatals présentaient une probabilité de 59 à 74% supérieure d'avoir obtenu au moins quatre consultations prénatales et de s'être adressées à des prestataires qualifiés.⁴¹ Bien qu'il ne s'agisse pas là de conclusions généralisables à toutes les populations à l'étude, la résilience de ces femmes victimes de violences est exceptionnelle au vu de l'association négative entre la VPI et le recours aux soins prénatals; elle démontre combien l'obtention de ces soins reste prioritaire pour beaucoup des femmes sujettes à la VPI.

Quatre études mentionnent la volonté réduite de recherche d'assistance comme obstacle potentiel aux soins prénatals chez les femmes sujettes à la VPI.^{41,56,63-64} Toutes les quatre concluent que le stress et les répercussions psychologiques associés au vécu de la VPI peuvent considérablement réduire le désir de recourir aux soins prénatals chez les femmes concernées. L'idée que la VPI a une incidence négative sur le bien-être psychosocial domine la littérature.⁶⁸⁻⁷¹ Cette violence peut conduire à la dépression, à une moindre estime de soi et à des sentiments de désespoir et d'inutilité;⁷²⁻⁷³ pour les femmes concernées par ces résultats, l'effort, le temps et les ressources nécessaires à l'obtention de soins prénatals peuvent sembler autant d'obstacles insurmontables, en particulier dans les pays dont l'infrastructure sanitaire est défaillante. Le défi posé par l'obtention de soins face aux difficultés psychosociales peut être particulièrement grand pour les femmes dont l'accès aux soins est entravé par de longues attentes, d'importants temps de déplacement ou la nécessité d'emprunter plusieurs moyens de transport.⁴³ Cela sans compter les responsabilités ménagères, y compris la garde des enfants, qui peuvent opposer des obstacles monumentaux aux yeux des femmes dont la volonté de recherche d'assistance est réduite sous l'effet du vécu de la VPI.

La troisième explication possible à l'association négative entre la VPI et le recours réduit aux soins prénatals est celle des obstacles structurels qui, bien que non explicitement inclus dans le modèle conceptuel de l'OMS, sont spécifiquement mentionnés dans quatre des articles soumis à notre examen.^{53,60,62,66} La justification sociétale de la maltraitance, la persistance des normes patriarcales et le désir des familles de préserver leur statut social sont cités dans ces articles comme obstacles aux soins prénatals chez les femmes sujettes à la violence. Omer et ses collègues font remarquer qu'un sous-ensemble des discussions de groupe ayant accompagné leur enquête quantitative s'est concentré sur l'idée que les maris n'autorisent pas leur femme à se rendre à leurs rendez-vous de consultation prénatale car ils craignent que les marques laissées par leur violence physique ternissent leur réputation.⁶²

Les quatre articles soulignent aussi la puissance des obstacles de nature structurelle difficiles à surmonter. Mkan-dawire attribue l'association négative entre la VPI et le début des soins prénatals observé dans son étude presque entièrement à la société patriarcale profondément ancrée au Malawi et aux strictes normes de genre qui règnent dans le pays.⁶⁰ Zakar et ses collègues font remarquer que les soins prénatals en eux-mêmes sont organisés et assurés au sein d'une société dominée par les hommes, qui limite dès le départ l'accès des femmes aux soins de santé reproductive.⁶⁶ Bien que quatre articles seulement fassent spécifiquement état des obstacles structurels, les forces en jeu qui réduisent le pouvoir et la position sociale des femmes sont fermement ancrées dans presque toutes les sociétés et interviennent peut-être aussi dans les autres études.⁷⁴⁻⁷⁶

Les résultats de cette étude exploratoire mettent en lumière de multiples points d'intervention potentiels. Là où la VPI est répandue, la formation des accoucheuses traditionnelles et de femmes non professionnelles à l'apport de soins prénatals culturellement appropriés et sensibles aux besoins des femmes sujettes à la VPI ou à d'autres traumatismes peut favoriser le recours aux soins prénatals qualifiés chez les femmes qui ne peuvent ou n'osent pas en rechercher ailleurs. De plus, les consultations prénatales à domicile effectuées par des cliniciens peuvent faciliter l'accès aux femmes qui, parce qu'elles redoutent leur partenaire ou vivent sous son joug, n'ont pas la liberté de mouvement qui leur permettrait d'obtenir des soins prénatals. La formation des prestataires des cliniques au dépistage de la VPI et à l'orientation de ses victimes vers des sources de soins prénatals facilement accessibles aux femmes dont l'autonomie est limitée peut aussi s'avérer utile.

Cette étude présente plusieurs limites. Peut-être n'avons-nous pas identifié toutes les études conformes à nos critères d'inclusion. Par souci d'obtention de l'information la plus actuelle, nous avons limité notre recherche aux études publiées entre 2005 et 2015; nous n'avons donc pas examiné celles antérieures à cet intervalle de temps. Bien qu'ayant borné l'analyse aux études de qualité suffisante, leurs limites respectives s'appliquent par ailleurs aussi aux conclusions de notre examen. Notamment, l'usage de données transversales dans toutes les études a empêché l'évaluation d'une relation causale entre la déclaration de la VPI et l'obtention de soins prénatals. Les périodes de rappel et les définitions de la VPI différaient, de plus, d'une étude à l'autre, rendant impossibles les comparaisons de prévalence, et les données des études étaient peut-être sujettes au biais de rappel. Enfin, étant donné les différences de définition et de mesure des soins prénatals et de la VPI, nous n'avons pas pu effectuer de méta-analyse, qui aurait sinon renforcé les conclusions de cette étude.

Conclusion

Les données probantes collectées dans le cadre de cet examen synthétisent l'association statistique de la VPI avec le recours aux soins prénatals et appuient deux des trois parcours énoncés dans le modèle conceptuel de l'OMS.

Malgré leurs différences méthodologiques, ces études sont toutes arrivées à la même conclusion: le vécu de la VPI est associé à un moindre recours aux soins prénatals, perturbant dès lors un lien crucial entre les femmes enceintes et leur accès aux soins de santé. Parce que les soins prénatals sont souvent intégrés à d'autres services de santé, cette perturbation peut avoir une incidence sur l'accès des femmes au dépistage de la VPI, aux services afférents et aux soins d'accouchement sans risques. Cet effilochage du continuum de soins des femmes qui courent déjà un risque de résultats de santé négatifs en raison de la violence qu'elles vivent représente un problème majeur de santé publique. Si l'association négative entre la VPI et le recours aux soins prénatals reflète un rapport causal, les obstacles tant comportementaux que structurels devraient probablement être résolus globalement. Par exemple, des interventions multiniveaux aptes à résoudre les corrélats de la VPI au niveau interpersonnel et du ménage, de même que les normes communautaires qui façonnent le recours aux soins prénatals dans les contextes à faibles ressources, peuvent réduire l'incidence de la VPI et améliorer le recours aux des soins prénatals.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council, *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner and Non-Partner Sexual Violence*, Genève: OMS, 2013.
2. Winter A et Stephenson R, Intimate partner violence and symptoms of reproductive tract infections among married Indian women, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 121(3):218–223.
3. Jewkes R, Intimate partner violence: causes and prevention, *Lancet*, 2002, 359(9315):1423–1429.
4. Campbell J et al., Intimate partner violence and physical health consequences, *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157–1163.
5. Stephenson R et al., Domestic violence and abortion among rural women in four Indian states, *Violence Against Women*, 2016, 22(13):1642–1658.
6. Stephenson R, Koenig MA et Ahmed S, Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in north India, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):201–208.
7. Garcia-Moreno C et al., *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, Genève: OMS, 2005.
8. Meiksin R et al., Domestic violence, marital control, and family planning, maternal, and birth outcomes in Timor-Leste, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(6):1338–1347.
9. Stewart DE et al., Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy, *Journal of Women's Health*, 2012, 21(10):1100–1106.
10. Wilson-Williams L et al., Domestic violence and contraceptive use in a rural Indian village, *Violence Against Women*, 2008, 14(10):1181–1198.
11. Stephenson R et al., Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in rural India, *Studies in Family Planning*, 2008, 39(3):177–186.
12. Beydoun HA et al., Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain, *Social Science & Medicine*, 2011, 72(6):867–873.
13. Hung KJ et al., Community-level and individual-level influences of intimate partner violence on birth spacing in Sub-Saharan Africa, *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 119(5):975–982.
14. McGuire C et Stephenson R, Community factors influencing birth spacing among married women in Uganda and Zimbabwe, *African Journal of Reproductive Health*, 2015, 19(1):14–24.
15. Pallitto CC et O'Campo P, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(10):2205–2216.
16. Ahmed S, Koenig MA et Stephenson R, Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India, *American Journal of Public Health*, 2006, 96(8):1423–1428.
17. Alhusen JL et al., Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes, *Journal of Women's Health*, 2015, 24(1):100–106.
18. Koenig MA et al., Domestic violence and early childhood mortality in rural India: evidence from prospective data, *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39(3):825–833.
19. Devries KM et al., Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):158–170.
20. Martin SL et al., Physical abuse of women before, during, and after pregnancy, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(12):1581–1584.
21. Naved RT et Persson LÅ, Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(2):71–78.
22. Campbell J, Garcia-Moreno C et Sharps P, Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence Against Women*, 2004, 10(7):770–789.
23. OMS, *Provision of Effective Antenatal Care*, Genève: OMS, 2006, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf.
24. Villar J et al., WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care, *Lancet*, 2001, 357(9268):1551–1564.
25. Munjanja SP, Lindmark G et Nyström L, Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe, *Lancet*, 1996, 348(9024):364–369.
26. Srinivasan V et al., Randomised controlled field trial of two antenatal care packages in rural south India, *Indian Journal of Medical Research*, 1995, 102(2):86–94.
27. Say L et Raine R, Examen systématique des inégalités en matière de recours aux soins de santé maternels dans les pays en développement: étude de l'ampleur du problème et de l'importance du contexte, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2007, 85(10):812–819.
28. Finlayson K et Downe S, Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies, *PLoS Medicine*, 2013, 10:e1001373, doi: 10.1371/journal.pmed.1001373.
29. Bhutta ZA et al., Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence, *Pediatrics*, 2005, 115(Suppl. 2):519–617.
30. Simkhada B et al., Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(3):244–260.
31. Carroli G et al., WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care, *Lancet*, 2001, 357(9268):1565–1570.
32. Maine D et Rosenfield A, The Safe Motherhood Initiative: Why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89(4):480–482.
33. Campbell OM, Graham WJ et The Lancet Maternal Survival Series steering group, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works, *Lancet*, 2006, 368(9543):1284–1299.

34. Lincetto O et al., Antenatal care, dans: Lawn J et Kerber K, eds., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: Soins néonataux en Afrique: Données pratiques, soutien programmatique et de politiques*, Cape Town, Afrique du Sud: Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, 2006.
35. Adjiwanou V et Legrand T, Does antenatal care matter in the use of skilled birth attendance in rural Africa: a multi-country analysis, *Social Science & Medicine*, 2013, 86(1):26–34, doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.047.
36. Asres A et Davey G, Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka zone, southwest Ethiopia, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(4):859–867.
37. Bloom SS, Lippeveld T et Wypij D, Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India, *Health Policy and Planning*, 1999, 14(1):38–48.
38. Pervin J et al., Association of antenatal care with facility delivery and perinatal survival—a population-based study in Bangladesh, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012, 12:111, doi: 10.1186/1471-2393-12-111.
39. Rahman M et al., Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample, *BMC Public Health*, 2012, 12:913, doi: 10.1186/1471-2458-12-913.
40. Rockers P et al., Source of antenatal care influences facility delivery in rural Tanzania: a population-based study, *Maternal and Child Health Journal*, 2009, 13(6):879–885.
41. Solanke BL, Association between intimate partner violence and utilisation of maternal health services in Nigeria, *Étude de la Population Africaine*, 2014, 28(2):933–945.
42. de Bernis L et al., Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care, *British Medical Bulletin*, 2003, 67(1):39–57.
43. Gabrysch S et Campbell OM, Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009, 9:34, doi: 10.1186/1471-2393-9-34.
44. Myer L et al., Pilot programme for the rapid initiation of antiretroviral therapy in pregnancy in Cape Town, South Africa, *AIDS Care*, 2012, 24(8):986–992.
45. Welty TK et al., Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into routine antenatal care: the key to program expansion in Cameroon, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40(4):486–493.
46. Creek TL et al., Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45(1):102–107.
47. Evjen-Olsen B, Olsen ØE et Kvåle G, Achieving progress in maternal and neonatal health through integrated and comprehensive healthcare services—experiences from a programme in northern Tanzania, *International Journal for Equity in Health*, 2009, 8:27, doi: 10.1186/1475-9276-8-27.
48. Victora CG et al., Scaling up maternal nutrition programs to improve birth outcomes: a review of implementation issues, *Food and Nutrition Bulletin*, 2012, 33(Suppl. 2):S6–S26.
49. de Jongh TE et al., Barriers and enablers to integrating maternal and child health services to antenatal care in low and middle income countries, *BJOG*, 2016, 123(4):549–557.
50. Lindegren ML et al., Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Issue 9, No. CD010119.
51. Lawn J et Kerber K, eds., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: Soins néonataux en Afrique: Données pratiques, soutien programmatique et de politiques*, Cape Town, Afrique du Sud: Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, 2006.
52. Newhouse R et al., *The Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines*, Baltimore, MD, USA: The Johns Hopkins University School of Nursing, 2005, pp. 197–198.
53. Ahmad J et al., Gender-based violence in rural Uttar Pradesh, India: prevalence and association with reproductive health behaviors, *Journal of Interpersonal Violence*, 2015, 31(19):3111–3128.
54. Allendorf K, The quality of family relationships and use of maternal health-care services in India, *Studies in Family Planning*, 2010, 41(4):263–276.
55. Diop-Sidibe N, Campbell JC et Becker S, Domestic violence against women in Egypt—wife beating and health outcomes, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(5):1260–1277.
56. Goo L et Harlow S, Intimate partner violence affects skilled attendance at most recent delivery among women in Kenya, *Maternal and Child Health Journal*, 2012, 16(5):1131–1137.
57. Haque SE et al., Reproductive health care utilization among young mothers in Bangladesh: Does autonomy matter? *Women's Health Issues*, 2012, 22(2):e171–e180, 10.1016/j.whi.2011.08.004.
58. Koski AD, Stephenson R et Koenig MR, Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2011, 29(3):245–254.
59. Meiksin R et al., Domestic violence, marital control, and family planning, maternal, and birth outcomes in Timor-Leste, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(6):1338–1347.
60. Mkandawire P, Gestational age at first antenatal care visit in Malawi, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(11):2366–2374.
61. Moraes CL, Arana FD et Reichenheim ME, Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care, *Revista de Saúde Pública*, 2010, 44(4):667–676.
62. Omer K et al., Seeking evidence to support efforts to increase use of antenatal care: a cross-sectional study in two states of Nigeria, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14:380, doi: 10.1186/s12884-014-0380-4.
63. Ononokpono DN et Azfredrick EC, Intimate partner violence and the utilization of maternal health care services in Nigeria, *Health Care for Women International*, 2014, 35(7–9):973–989.
64. Rahman M et al., Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample, *BMC Public Health*, 2012, 12:913, doi: 10.1186/1471-2458-12-913.
65. Sipsma H et al., Empowerment and use of antenatal care among women in Ghana: a cross-sectional study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14:364, doi: 10.1186/s12884-014-0364-4.
66. Zakar R et al., Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 117(1):10–14.
67. Taft AJ, Powell RL et Watson LF, The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2015, 39(2):177–181.
68. Ellsberg M et al., Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *Lancet*, 2015, 385(9977):1555–1566.
69. Ouellet-Morin I et al., Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse, *Depression and Anxiety*, 2015, 32(5):316–324.
70. Rivas C et al., Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, Issue 12, No. CD005043.
71. Van Parys AS et al., Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions, *PLoS One*, 2014, 9(1):e85084, doi: 10.1371/journal.pone.0085084.
72. Hegarty K et al., Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey, 2004, *BMJ*, 328(7440):621–624.
73. Rodriguez MA et al., Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women, *Annals of Family Medicine*, 2008, 6(1):44–52.

74. Fladseth K et al., The impact of gender norms on condom use among HIV-positive adults in KwaZulu-Natal, South Africa, *PLoS One*, 2015, 10(4):e0122671, doi: 10.1371/journal.pone.0122671.
75. Jewkes R, Evaluation of interventions to prevent intimate partner violence, dans: Thorogood M et Coombes Y, *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*, Oxford, R-U: Oxford University Press, 2010.
76. Kagee A et al., Structural barriers to ART adherence in Southern Africa: challenges and potential ways forward, *Global Public Health*, 2011, 6(1):83-97.

Coordonnées de l'auteur: *metheny@umich.edu*

Tableau 1 en Annexe. Résumé des études

Article	Pays	Taille de l'échantillon	Types de VPI et prévalence	Échelle de VPI utilisée	Mesure de soins prénatals	Obstacles majeurs aux soins prénatals	Niveau de qualité
Ahmad et al. 2015 ⁵³	Inde	4 223	Physique:28% Sexuelle:6% Psychologique:31% Quelconque:37% Pendant la dernière grossesse: 47%	Étude multipays de l'OMS	Début	Structurels	IIIA
Allendorf 2010 ⁵⁴	Inde	2 444	Comportement dominant:5% des femmes déclarent « beaucoup de difficultés » avec leur mari	WRHS	Début	Autonomie	IIIB
Diop-Sidibe Campbell et Becker 2006 ⁵⁵	Égypte	6 556	Physique (totale):34% Physique (année écoulée):16% Comportement dominant: prévalence mesurée mais non rapportée	EDS	Début	Autonomie	IIIA
Goo et Harlow 2012 ⁵⁶	Kenya	975	Physique:39% Sexuelle: 13% Psychologique:21% Quelconque:46%	EDS	Recours à prestataire qualifié	Volonté réduite de recherche d'assistance	IIIA
Haque et al. 2012 ⁵⁷	Bangladesh	1 778	Comportement dominant: 33% EDS	EDS	Nbre de consultations;recours à prestataire qualifié	Autonomie	IIIA
Koski Stephenson et Koenig 2011 ⁵⁸	Inde	2 877	Physique (pendant la grossesse): 77%	NFHS	Début,recours à prestataire qualifié	Autonomie	IIIA
Meiksin et al. 2015 ⁵⁹	Timor-Leste	294	Physique ou sexuelle:41% ≥3 comportements dominants: 13%	EDS	Nbre de consultations	Autonomie	IIIA
Mkandawire 2015 ⁶⁰	Malawi	13 588	Physique:20% Sexuelle:19% Psychologique:25%	EDS	Début	Autonomie, structurels	IIIA
Moraes Arana et Reichenheim 2010 ⁶¹	Brésil	528	Physique (pendant la grossesse) 82%	RCTS	Nbre de consultations	Aucun indiqué	IIIA
Omer et al 2014 ⁶²	Nigeria	15 429	Physique (année écoulée):51% Physique (dernière grossesse): 52%	Élaborée par le chercheur	Nbre de consultations	Structurels	IIIB
Ononokpono et Azfredrick 2014 ⁶³	Nigeria	17 476	Physique: 14% Sexuelle:4% Psychologique: 16% Quelconque:33%	EDS	Nbre de consultations	Volonté réduite de recherche d'assistance	IIIA
Rahman et al. 2012 ⁶⁴	Bangladesh	2 001	Physique:48% Sexuelle: 19% Les deux: 14%	EDS	Nbre de consultations;recours à prestataire qualifié	Autonomie	IIIA
Sipsma et al. 2014 ⁶⁵	Ghana	418	Physique:4% Psychologique:29%	Élaborée par le chercheur	Nbre de consultations	Aucun indiqué	IIIB
Solanke 2014 ⁴¹	Nigeria	16 763	Physique: 16% Sexuelle:4% Psychologique:22%	EDS	Recours à prestataire qualifié	Volonté réduite de recherche d'assistance	IIIA
Taft Powell et Watson 2015 ⁶⁷	Timor-Leste	1 959	Physique:34% Sexuelle ou psychologique: 11% Quelconque:45%	EDS	Nbre de consultations	Volonté réduite de recherche d'assistance	IIIA
Zakar et al. 2012 ⁶⁶	Pakistan	73	Physique:32% Sexuelle:35% Psychologique:76%	RCTS	Début	Autonomie structural	IIIA

†Le niveau indique la force des données probantes (III=étude non expérimentale) et leur qualité (A=élevée, B=bonne). *N.B.*: VPI = Violence aux mains d'un partenaire intime. OMS = Organisation mondiale de la Santé. WRHS = Enquête sur les antécédents génésiques des femmes. EDS = Enquête démographique et de santé. NFHS = Enquête nationale sur la santé familiale. RCTS = Échelle révisée des tactiques de conflit.