

L'EXPÉRIENCE DE SERVICES ET DE SOUTIEN EN PÉRIODE PÉRINATALE : POINT DE VUE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Boulebsol, C., Lévesque, S., Rousseau, C., et Lessard, G., avec la collaboration de, **Laforest, J., Poissant, J.,** et l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

(418) 656-3286



raiv.ulaval.ca



Au Canada comme au Québec, une femme sur dix est victime de violence conjugale en période périnatale (VCP) (Agence de santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2018). La VCP réfère aux différentes formes de coercition utilisées par un partenaire intime pour exercer du contrôle et de la domination sur sa conjointe, à partir du moment où cette dernière devient enceinte jusqu'aux deux ans de l'enfant. Cette victimisation a des conséquences délétères à la fois sur les femmes et sur leurs enfants (McMahon et *al.*, 2011; Pastor-Moreno et *al.*, 2020).

Pendant la période périnatale les femmes sont davantage susceptibles de rencontrer des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, qui peuvent éventuellement repérer la VCP (Garcia-Moreno et *al.*, 2015; O'Doherty et *al.*, 2015). Cela étant, plusieurs facteurs peuvent entraver le dévoilement de la VCP. D'un côté, les femmes peuvent l'appréhender parce qu'elles redoutent les conséquences, qu'elles ont honte, qu'elles culpabilisent, qu'elles ne s'identifient pas comme victime ou qu'elles minimisent la violence (Edin et *al.*, 2010; Spangaro et *al.*, 2016). À cela s'ajoutent la peur de représailles de la part du conjoint ou le fait d'être empêchée par ce dernier d'être seule lors d'un rendez-vous, ainsi que la crainte d'une intervention intrusive des services de protection de la jeunesse, du personnel médical ou de la police (*ibid.*). D'un autre côté, les professionnel-le-s ne sont pas toujours outillé-e-s pour adresser la VCP, ce qui limite la mise en place d'un protocole d'intervention ou de protection (Flores et *al.*, 2010; Taylor et *al.*, 2007). Pourtant, bon nombre d'organisations professionnelles et institutionnelles prônent le déploiement d'interventions préventives dès la grossesse (ACOG Committee for Health Care on Underserved Women., 2012; Laforest, Gamache & Poissant, 2018; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; U.S. Preventive Services Task Force, 2019; World Health Organization, 2013).

CETTE FICHE SYNTHÈSE :

1

présente et discute une partie des résultats d'une recherche exploratoire menée en partenariat¹ sur la VCP;

2

illustre, du point de vue des femmes victimes, de quelles façons la VCP est abordée et répondue, ou non, par différent-e-s professionnel-le-s et permet de mieux saisir les trajectoires dans les services de soutien.

Méthodologie de recherche

Dans une perspective constructiviste (Creswell, 2013), cette recherche qualitative s'appuie sur les théories féministes intersectionnelles (Hill Collins & Bilge, 2016) et les théories des parcours de vie (Gaudet, 2014). Ces repères permettent de rendre compte de la diversité des expériences des femmes rencontrées en les inscrivant dans des trajectoires situées dans des contextes et des temporalités distinctes. Elle repose sur l'analyse thématique et matricielle d'entretiens semi-dirigés (Braun & Clarke, 2012), menés auprès de 17 femmes adultes ayant vécu de la VCPP dans les cinq dernières années et ayant un contact régulier avec leur(s) enfant(s). Les participantes ont été recrutées dans trois régions du Québec par l'intermédiaire du milieu communautaire ($n=9$) dont des maisons d'hébergement ($n=5$), mais aussi par le biais du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ($n=5$) et d'annonces en ligne ($n=3$).

Présentation des participantes

Les mères rencontrées sont âgées entre 24 et 52 ans et la majorité (82 %) a plus de 30 ans. Un peu moins de la moitié ($n=7$) est née à l'extérieur du Canada. La plupart d'entre elles ($n=14$) ont un à deux enfants et deux étaient enceintes au moment des entretiens. Les trois quart ($n=14$) sont séparées du conjoint ayant eu des comportements violents. Quinze femmes rapportent avoir vécu de la VC avant de devenir enceinte, alors que toutes déclarent avoir vécu au moins un épisode de violence pendant leur grossesse. Après la naissance, elles rapportent toutes vivre ou avoir vécu des épisodes de violence de la part de leur conjoint, à l'exception d'une participante dont l'enfant est âgé de quelques mois au moment de l'entrevue.

17 FEMMES
ayant vécu
DE LA VCPP

24 à 52 ans

3 RÉGIONS

RÉSULTATS

De la grossesse à l'accouchement : des occasions de recours aux services

La grossesse est une période où plusieurs femmes vont, parfois pour la première fois, chercher des services de soutien ou de soins de santé. De fait, un peu plus du tiers ont eu des contacts avec des organismes communautaires ($n=6$), le plus souvent en lien avec la VC, mais aussi pour obtenir du soutien socio-économique. Plusieurs rapportent avoir eu des contacts avec le RSSS ($n=15$) dans le cadre de leurs suivis de grossesse et, dans une moindre mesure, de soutien en santé mentale. Les professionnel-le-s consulté-e-s sont majoritairement des médecins, des infirmier-e-s, des intervenant-e-s communautaires, des sages-femmes et des professionnel-le-s en santé mentale ou en travail social (TS).

Des services pour soutenir les choix. L'ambivalence quant à la grossesse ou à la poursuite de la relation avec le père de l'enfant incite près de la moitié des participantes ($n=8$) à chercher du soutien social auprès du milieu communautaire et celui de la santé et des services sociaux. La situation semble plus fréquente lorsque la grossesse n'était pas planifiée. Deux des trois femmes qui ont consulté quant à la possibilité d'une interruption volontaire de grossesse n'ont pas été satisfaites des services reçus, de par des appels non retournés, une absence de suivis et un manque de services de qualité selon elles.

Des fenêtres d'intervention lorsque la VC est révélée. Les différents contacts avec des professionnel-le-s du RSSS et du milieu communautaire ont été l'occasion de dévoiler la VC pour certaines ($n=6$). D'autres ($n=3$) ne l'ont pas abordée même si la question des relations dans le couple leur a été posée. Par exemple, lors d'un suivi de grossesse au CIUSSS avec une TS, une femme se souvient d'avoir refusé de parler de la violence vécue :

« Elle essayait de tirer des informations. Je lui donnais comme ci, comme ça. Je me renfermais sur moi. Elle me parlait tout le temps : « Tu sais, si ça ne va pas, il y a toujours des solutions ! » [...] J'étais gênée, quoi ! Je ne voulais pas en parler » (M10).

Au contraire, d'autres femmes ont pu dévoiler la VCPP pendant leur grossesse et ont été référées à des organismes spécialisés en VC ($n=6$). Quelques-unes ont alors fait un séjour en maison d'hébergement alors qu'elles étaient enceintes, parfois accompagnée d'un premier enfant. D'autres ont été déçues et ont eu l'impression de ne pas être prise au sérieux malgré leur dévoilement :

« Quand tu te présentes au CLSC pis tu dis que tu es victime de VC, pis qu'il n'y a personne qui t'aide... Pis que tu leur dis : « Ben... Je suis enceinte. Il faut que je m'en aille. » Pis qu'on te dit : « Ben, tu n'es pas en situation assez dangereuse pour partir » (M1).

Pour cette participante, c'est après que le médecin ait constaté des blessures pendant son accouchement que ce dernier a décidé de la référer à une maison d'hébergement et d'effectuer un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ainsi, comme pour d'autres, l'accouchement a été l'occasion de repérer la VCPP et de mettre en place un protocole de sécurité.

Par ailleurs, un tiers des femmes ont eu des contacts avec la police pendant leur grossesse, le plus souvent après un épisode de violence. Deux des femmes qui avaient entrepris de porter plainte ont finalement décidé de suspendre les démarches par peur de se voir retirer l'enfant ou de subir les représailles de leur ex-conjoint.

Les deux ans suivant l'accouchement : des occasions répétées de contacts avec des professionnel-le-s


Toutes les participantes, sauf une, identifient avoir vécu de la VC après la naissance de leur enfant et pendant les premières années qui ont suivi. La majorité d'entre elles estiment que la période postnatale se caractérise par une aggravation de la violence ($n=14$) et plusieurs rapportent que leur enfant a aussi été la cible de violence ($n=7$). Toutes les participantes ont eu recours à des services lors de cette période. Dans l'ensemble, elles ont consulté des organismes communautaires ($n=14$) (ex : périnatalité, soutien socio-économique, VC, prévention du suicide, aide juridique) ou le RSSS (ex : Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CIUSSS/CISSS) et Hôpitaux) ($n=13$). Davantage de femmes ont vécu en maison d'hébergement après l'accouchement ($n=9$) qu'au moment de la grossesse ($n=3$). À cela s'ajoutent des interactions avec les services de la protection de la jeunesse, la police, ou encore des services d'aide juridique. Dans la majorité des cas, les mères ont rencontré des professionnel-le-s sans leur (ex)conjoint. Ainsi, les mères ont davantage eu recours aux services de soutien après la naissance de leur enfant.

Des services nombreux, mais parfois interrompus, dans le RSSS. Rapidement après l'accouchement, et ensuite tout au long de deux années suivantes, des femmes ont été en contact avec des professionnel-le-s du RSSS (p.ex. accueil psychosocial, suivi post-accouchement, programme 0-5 ans, services en santé mentale adulte et en psychiatrie). Dans deux tiers des cas, la VC n'a pas été abordée systématiquement et pour le tiers restant, cela a été l'occasion d'en parler, d'être conscientisées ou de partager leurs inquiétudes. Là encore, toutes n'ont pas été satisfaites de l'accueil reçu et de la suite proposée.

Pour les femmes rencontrées, le parcours dans le RSSS semble rarement continu. Pour plusieurs, les services ont été interrompus (p.ex. fermeture du dossier, roulement de personnel, transfert). Il n'est pas rare que les femmes aient entrepris de nouvelles démarches par la suite, parfois auprès des mêmes services, mais le plus souvent en allant vers une nouvelle ressource.

Le soutien communautaire : des expertises et du répit. Parmi les femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement, cinq étaient toujours hébergées avec leur(s) enfant(s) au moment de l'entretien. En plus de leur apporter de la sécurité et une forme de répit, ces ressources leur permettent de mieux comprendre la VC et ses conséquences et de renforcer leurs compétences parentales. Elles peuvent aussi y trouver du soutien juridique (p. ex. dépôt d'une plainte, garde des enfants). Cela a permis à certaines de se sortir de l'isolement dans lequel elles avaient été placées. En dehors des ressources spécialisées en VC, des participantes ont reçu du soutien communautaire essentiellement en ce qui a trait à la périnatalité (p. ex. soutien à l'allaitement, renforcement des capacités parentales) et à la précarité (p. ex. faible revenu, isolement, employabilité).

Des expériences mitigées avec la DPJ. Quelques femmes ont eu des contacts avec les services de protection de la jeunesse pendant les deux premières années de leur enfant. Pour certaines, ces interventions ont été bénéfiques ($n=2$), alors que pour d'autres ($n=4$), les interactions avec la DPJ ont été difficiles, et ce, à plusieurs niveaux. En effet, les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte dans l'analyse de leur situation. Par exemple, une femme mentionne que la DPJ l'a obligée à faire une évaluation en santé mentale pour évaluer ses compétences parentales, plutôt que la soutenir quant aux conséquences de la VC. Elle a eu le sentiment que les intervenant-e-s agissaient contre elle. Une autre mère, qui soupçonnait des comportements incestueux du père à l'égard de son enfant, a eu l'impression de ne pas être prise au sérieux ce qui a contribué à briser son lien de confiance envers la DPJ.



Les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte.

Les services policiers et juridiques pour se protéger et défendre ses droits. Les deux tiers des participantes ont eu des contacts avec la police pendant la période postnatale. Cela a été l'occasion pour quelques-unes d'entre elles d'être référées à des ressources en CIUSSS/CISSS, à la DPJ, à un centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) ou encore à une maison d'hébergement. Des avis mitigés quant aux services de police ont été partagés. Pour certaines, cela leur a permis de mieux connaître leurs droits, de porter plainte ou encore de bénéficier d'outils et de conseil pour se protéger. Pour d'autres, les échanges avec la police ont été décevants et parfois même démobilisants, comme le suggère cette participante :

“ Moi, j'étais rendue au point : « *Ben là ! Portons plainte, t'sais.* » Mais [le policier] était un peu insistant : « *Oui, mais je sais que c'est très prenant. Ça peut être juste dans un an. Peut-être que dans un an, ça va aller mieux, pis... T'sais, il va falloir que tu témoignes face à face. Pis, ça peut remettre de l'huile sur le feu. Pis, si tu n'as pas des preuves vraiment solides rendue là...* » (M3). ”



Ensuite, plusieurs participantes (n = 11) ont consulté des avocat-e-s ou des ressources communautaires pour des conseils juridiques. Plusieurs raisons les ont encouragées à le faire : le processus de séparation, la garde de leur enfant ou encore les dénonciations de voies de faits liées à la VC. Deux femmes ont reçu une indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC), alors qu'une autre a refusé les services d'un CAVAC, estimant que le processus était long et compliqué.

La grande majorité estiment que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse.

Obstacles, besoins et recommandations des femmes

Des services plus proactifs. Plus de la moitié des participantes auraient souhaité qu'un-e professionnel-le du RSSS aborde avec elles la question de la VCPP. La grande majorité estiment que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse. Ensuite, des mères ont eu à entreprendre plusieurs démarches, parfois dans des ressources différentes ou à des moments distincts, pour obtenir un soutien adapté. Elles souhaiteraient un cheminement facilité dans les services. De même, lorsque les mères prévoient rompre avec le conjoint, leur besoin de soutien est urgent. Lorsqu'elles formulent une demande d'aide à un organisme, elles souhaitent être entendues et soutenues rapidement :

« Moi j'avais besoin que quelqu'un me réponde [...]. J'avais besoin de quelqu'un maintenant. [...] la demande d'aide que j'ai faite, je ne l'ai pas eue » (M7).

Aussi, quelques femmes ne semblaient pas connaître les services d'hébergement à long terme pouvant être offert par les maisons d'hébergement de 2^e étape pour les femmes et enfants victimes de violence conjugale et se sont retrouvées seules après leur sortie de la maison d'hébergement, sans soutien psychosocial en lien avec la VC.

Différentes craintes qui préviennent le recours à des services spécialisés. Parmi les obstacles au dévoilement rapportés, on peut identifier : devoir répéter plusieurs fois son histoire parce que les intervenant-e-s ne travaillent pas toujours en équipe, la crainte des représailles de la part du conjoint, la crainte que la DPJ ne retire les enfants, la crainte d'être jugée et la honte ressentie. De plus, des femmes minimisaient la VC vécue ou ne s'identifiaient pas comme victime, ce qui les a empêchées de dévoiler et de demander du soutien en ce sens :

« Il y a plein de choses dont j'me suis rendue compte, en fait, avec du recul. Et j'me suis dit : « [...] Comment j'ai pu en arriver à un stade aussi élevé de violence ? Sans réagir avant, en fait » (M5).

Par ailleurs, plusieurs ont rapporté que les professionnel-le-s minimisaient la dangerosité de la VC, les référant parfois à un organisme non spécialisé en VC (p. ex. : organisme en toxicomanie et itinérance).

Un besoin d'accessibilité : adapter les services aux nouvelles mères. Plusieurs auraient eu besoin d'avoir accès à des ressources spécifiques comme la possibilité de recevoir des services en VC cohérents et adaptés au fait qu'elles ont un jeune enfant. Par exemple, des mères qui sont allées en maison d'hébergement avec leur enfant de moins de deux ans auraient bénéficié, selon elles, d'un service de garde offert sur place pendant les ateliers portant

sur la VC. Dans le même ordre d'idées, une autre mère s'est fait refuser l'accès aux rencontres avec son bébé lors de rencontre avec un-e TS du RSSS. Cela a entraîné la fin des consultations et une forte déception chez elle : « Moi de me faire dire :

« *Ne viens pas avec ton enfant* » quand tu as un bébé de quatre mois, c'est n'importe quoi » (M7).

Dans la même veine, les déplacements pour avoir accès aux services peuvent être un défi pour certaines mères avec un bébé et parfois d'autres enfants. L'une d'elles suggère donc d'offrir des services psychosociaux à domicile. L'accessibilité signifie également d'offrir des services qui prennent en compte la personne dans sa globalité. Le fait de vivre avec différentes problématiques simultanément crée des besoins particuliers chez certaines. Une mère identifie à cet égard le manque de formation multidisciplinaire de certain-e-s intervenant-e-s : manque de connaissances au niveau de la santé mentale, des problèmes de consommation, de la maternité, etc. Pour elle, le travail en concertation entre les intervenant-e-s et organismes est pourtant très important :

« *[J]e suis une maman avec un [trouble de personnalité limite]. J'ai été victime de VC. Je vois que mes intervenantes ne sont pas équipées pour entrer en relation avec moi. [...] C'est à ce niveau-là, parce qu'il y a une nouvelle sorte de VC, mais accompagnée de santé mentale et parfois de consommation, de mélange de toute. Je pense que les intervenantes doivent travailler [...] autour d'une table pour une même cause.* » (M1)

Répondre aux besoins en parentalité entraînés par les contrecoups de la VC. Même après la sortie de la relation de VC, des séquelles persistent chez les femmes, de même que chez les enfants ayant été exposés à cette violence. De plus, plusieurs mères anticipent qu'en vieillissant, leur enfant pose des questions sur l'absence de leur père ou sur les raisons ayant conduit à la séparation. Ainsi, elles ont besoin d'avoir un soutien de professionnel-le-s en ce sens. Parallèlement, une autre mère craint de voir son ex-conjoint manipuler leur enfant et le détourner d'elle. Elle a manifesté son besoin d'avoir des ressources pour y faire face de manière à protéger l'enfant.

Des stratégies de prévention adaptées à la diversité des mères. Les participantes ont différents profils ethnoculturels et un tiers d'entre-elles sont nées en dehors du Canada. Des recommandations ont été formulées pour mieux répondre à cette diversité : offrir des services plus spécifiques et plus ciblés aux populations desservies en tenant compte de leurs particularités. Pour ces femmes, les approches de prévention ou d'intervention en VC n'ont pas la même portée selon le groupe auquel ils s'adressent :

« *Je crois qu'ils doivent être formés parce qu'on a une nouvelle clientèle d'immigration. [...]. Il manque de la formation pour les intervenantes. Pis en santé mentale aussi.* » (M1)

Une autre participante abonde en ce sens en mettant l'accent sur la déconstruction de la perception essentialiste du rôle de mère, en soutenant que les femmes ont plusieurs autres identités qui s'additionnent à la maternité. Cette vision élargie permettrait d'accentuer l'*empowerment* ressenti, en plus de valoriser le bien-être dans la relation conjugale.

Discussion

En dépit des limites associées, notamment sur les biais de mémoire et la sélection des participantes, nos résultats permettent de mettre en lumière les trajectoires de services de femmes victimes de VCP et de proposer plusieurs recommandations. Comme d'autres études (Debonno et al., 2013; Deshpande et al., 2013), ils démontrent que la période périnatale représente à la fois une période de vulnérabilité et une fenêtre d'opportunité pour la prévention



et l'intervention. En effet, les services reçus par les participantes visent la VC, la parentalité ou des contextes de vulnérabilité associés (p. ex. : services juridiques, soutien socioéconomique, ressources périnatales). Pour répondre aux défis d'accessibilité rapportés par les femmes, il est recommandé de mettre en place des actions intersectorielles et des approches systémiques adaptées au contexte de VCPP : une offre d'hébergement sécuritaire et abordable, un accompagnement pour une intégration ou un maintien sur le marché du travail, un accès facilité à des services de garde et un soutien psychosocial qui prend en compte la VC (Aizer, 2010; Larsen, 2016).

À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification. Ainsi, un protocole interdisciplinaire de repérage pourrait être intégré dans les consultations liées à la grossesse (Shorey, Tirone, & Stuart, 2014). Par exemple, les professionnel-le-s pourraient s'enquérir auprès de la femme seule du caractère désiré et planifié de la grossesse et de la qualité de la relation conjugale. De même, des activités de prévention devraient se tenir en amont de la grossesse, puisqu'ici comme ailleurs (James et al., 2013), la majorité des femmes avaient vécu de la VC avant de devenir enceinte. Toutes, sauf une, ont continué d'en subir après la naissance. Il serait donc pertinent de cibler aussi la période de la petite enfance pour intervenir, puisqu'elle est ponctuée de rencontres régulières avec le RSSS, notamment pour la vaccination, le suivi de santé de l'enfant et éventuellement le soutien à l'allaitement (Laforest, Gamache, & Poissant, 2018). La sensibilisation et la formation des professionnel-le-s en matière de VCPP permettrait de les outiller pour mieux intervenir.

À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification.

Des recherches futures menées auprès des membres du personnel soignant et des intervenant-e-s en VC et en périnatalité seraient pertinentes afin de mieux comprendre les possibles enjeux et les défis exprimés et de documenter leurs besoins.

Références

ACOG Committee for Health Care on Underserved Women. (2012). ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol*, 119(2 Pt 1), 412-417. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318249ff74>

Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

Aizer, A. (2010). Poverty, Violence, and Health. The Impact of Domestic Violence During Pregnancy on Newborn Health. *The Journal of Human Resources*, 46(3), 518-538.

Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. in H. Cooper, Camicm P.M., D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf et K. J. Sher (dir.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57-71). American Psychological Association.

Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality* (Ser. Key concepts). Polity Press.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Debonno, C., Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189-206.
- Flores, J., Lampron, C., & Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(2), 359-380.
- Laforest, J., Gamache, L., & Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.
- Larsen M. M. (2016). *Health Inequities Related to Intimate Partner Violence Against Women. The Role of Social Policy in the United States, Germany, and Norway*. Springer International Publishing.
- Lévesque, S., & Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. In M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque, & J. Flores (Eds.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête* (pp. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33, 2103-2111.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*.
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj: British Medical Journal*, 348.
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>
- Shorey, R. C., Tirone, V., & Stuart, G. L. (2014). Coordinated Community Response Components for Victims of Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Aggress Violent Behav*, 19(4), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>
- Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A., & Ruane, J. (2016). Deciding to tell: qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>
- Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec
- Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K., & Peterson, A. C. (2007). Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>
- U.S. Preventive Services Task Force. (2019). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement. *American Family Physician*, 99(10), 648A-648F.
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraeten, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 9(1), 1-10.
- Wadsworth, P., Degesie, K., Kothari, C., & Moe, A. (2018). Intimate Partner Violence During the Perinatal Period. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(10), 753-759.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=061A924430BE5011D4D7A07206A1D141?sequence=1

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39). Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM); auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Émilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

