

VIOLENCE CONJUGALE ET PÉRIODE PÉRINATALE : INTERVENTIONS ET IMPLICATIONS PRATIQUES**VÉRONIQUE BISSON, ÉTUDIANTE À LA MAITRISE EN SEXOLOGIE, UQAM
SYLVIE LÉVESQUE, PROFESSEURE AU DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UQAM****LA VIOLENCE CONJUGALE DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE¹**

Pour de nombreuses personnes, la période périnatale est une période de vulnérabilité à la violence conjugale, alors que la grossesse, et plus particulièrement la première grossesse, est un moment de transition important qui peut être la cause de bouleversements individuels, conjugaux et familiaux (Meleis, 2010; Mercer, 2004; Poissant, Chan, & Lévesque, 2011). Les résultats de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2009 révèlent que 11 % des femmes victimes de violence conjugale étaient enceintes au moment du ou des incident(s) violent(s) (Statistique Canada, 2013). Des interventions adaptées et efficaces menées auprès des femmes victimes de violence conjugale en période périnatale (VCP) sont nécessaires, puisque la VCP génère des impacts négatifs importants sur leur bien-être et leur santé physique, mentale, sexuelle et reproductive (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

La littérature démontre que le dépistage est efficace pour augmenter le taux d'identification de femmes victimes de violence conjugale (VC) (Flores, Lampron, & Maurice, 2010; Garcia-Moreno et al., 2015; O'Doherty et al., 2015). Cependant, l'une des barrières majeures à l'implantation du dépistage de la VC est le manque de consensus face aux meilleures pratiques de détection et d'intervention (Feder et al., 2009; Sprague et al., 2012). En effet, des questionnements persistent quant à la façon de dépister afin d'identifier les cas de VC. Quand le dépistage devrait-il être fait? À la première visite? À toutes les visites? Une fois que le lien de confiance est établi? Quels outils de dépistage devraient être utilisés et comment devraient-ils être administrés? Quels sont les outils les plus efficaces? Ces questionnements se retrouvent également dans le champ plus spécifique de la VCP. Il existe un débat sur la question de savoir si le dépistage de routine de la VC pendant la grossesse est une intervention efficace, ce qui entraîne une certaine réticence à l'introduire dans les services de santé (Eustace, Baird, Saito, & Creedy, 2016; Spangaro et al., 2016).

INTERVENTIONS : LE DÉPISTAGE DE LA VCP²**La période périnatale : fenêtre d'opportunité**

Identifier les femmes qui sont victimes de VCP est le premier pas

afin d'intervenir pour leur sécurité et leur bien-être (Spangaro et al., 2016). Or, la période périnatale représente une fenêtre d'opportunité permettant de dépister les femmes victimes de VC (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). En effet, durant la grossesse, le dépistage de la VCP est facilité par la fréquence des contacts entre la femme et les professionnel.les de la santé et des services sociaux (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013; O'Reilly, Beale, & Gillies, 2010; Taylor et al., 2007). Ces nombreuses rencontres rendent plus facile l'établissement d'une relation de confiance et favorise le dévoilement de la VCP (Paterno & Draughon, 2016; Taylor et al., 2007). Les recherches suggèrent que les femmes enceintes sont à l'aise de dévoiler des informations sensibles et personnelles à propos de la VCP, quand la relation avec les professionnel.les et intervenant.es de la santé est jugée sécuritaire, soutenante et professionnelle (Baird, Salmon, & White, 2013). Conséquemment, elles soutiennent l'importance d'établir une relation thérapeutique avec la femme avant d'effectuer le dépistage de la VCP (Eustace et al., 2016; LoGiudice, 2015). De plus, les études démontrent que l'implantation d'outils de dépistage pendant la période de la grossesse ainsi que des temps multiples de dépistage, c'est-à-dire une fois par trimestre tout au long de la grossesse et durant les examens en postpartum, augmentent significativement les probabilités d'identification des femmes victimes de VC (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013; McMahon & Armstrong, 2012; O'Doherty et al., 2015; O'Reilly et al., 2010; Paterno & Draughon, 2016). Les soins prodigués en continu, tout au long de la période périnatale, par les mêmes professionnel.les de la santé, augmentent la probabilité d'un dépistage efficace à travers le temps, offrent des occasions de relier la victime à des services de soutien sociaux et permettent de travailler à renforcer son réseau de soutien social (Eustace et al., 2016). En somme, le dépistage permet de proposer des interventions adaptées de la part des services médicaux, sociaux et juridiques (Garcia-Moreno et al., 2015; O'Doherty et al., 2015).

Méthodes et outils de dépistage de la VCP

Différentes méthodes et outils de mesure ont été conçus, évalués et répertoriés et peuvent être employés pour effectuer le dépistage de la VCP (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). Le

¹ Pour plus d'informations sur la VCP, voir la fiche synthèse no 10 *Violence conjugale et période périnatale: État succinct des connaissances*

² Dans la présente fiche, le dépistage est compris comme une intervention visant à questionner toutes les femmes sur la VCP vécue présentement ou par le passé, sans égard aux raisons de leur visite médicale (Flores et al., 2010; O'Doherty et al., 2015).

dépistage en face-à-face serait une méthode efficace, alors que l'aspect relationnel et le fait de questionner la femme directement seraient des aspects importants de la réussite de la démarche de dépistage de victimes de VCPP (Spangaro et al., 2016). Le dépistage à l'aide d'outils plus spécifiquement adaptés à la période de la grossesse est aussi reconnu comme efficace, alors qu'ils permettent de questionner diverses formes de violence conjugale, autant physique, psychologique que sexuelle, se manifestant lors de cette période précise (McMahon & Armstrong, 2012). Par exemple, l'*Abuse Assessment Screen*, probablement l'outil de dépistage de la violence conjugale le plus utilisé avec les femmes enceintes, comporte 5 questions ouvertes sur l'occurrence, la nature et les conséquences de la violence conjugale, avant, pendant et après la grossesse (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). L'utilisation de cet outil améliorerait les taux de détection de VCPP auprès des femmes pendant la grossesse, comparativement à la tenue d'un entretien médical régulier sans instrument standardisé (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). Un dépistage structuré de la VCPP permettrait aux professionnel.les de la détecter et d'intervenir plus rapidement (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). La présence du conjoint étant une barrière à la divulgation des victimes de la VCPP, il est recommandé d'inviter d'abord la femme seulement à entrer pour prendre les signes vitaux et effectuer le dépistage, puis inviter le partenaire pour le reste de la visite prénatale (LoGiudice, 2015). Aussi, la concomitance fréquente entre la violence conjugale, les troubles de santé mentale et la consommation (alcool, drogues, etc.) souligne l'importance d'utiliser une approche plus globale et multifactorielle dans les interventions prodiguées (Kiely, El-Mohandes, El-Khorazaty, & Gantz, 2010; Mejdoubi et al., 2013). Il est également recommandé que soit implanté un outil de dépistage adapté aux réalités ethnoculturelles (O'Reilly et al., 2010).

LES DÉFIS ET ENJEUX ENTOURANT L'INTERVENTION EN VCPP

De nombreux obstacles, tant personnels, professionnel.les qu'organisationnels, nuisent au soutien et à l'accompagnement que pourraient offrir les intervenant.es et les professionnel.les de la santé et des services sociaux aux individus en contexte de VCPP (Taylor et al., 2007). Ainsi, malgré qu'il soit considéré important, digne d'intérêt et partie intégrante des soins prénataux, une majorité d'intervenant.es n'effectue le dépistage de la VCPP auprès des femmes qu'une seule fois, c'est-à-dire lors de la première rencontre (Taylor et al., 2007). Les études révèlent à ce sujet que le manque et les contraintes de temps, le manque de connaissances et de ressources sur la VCPP, le faible soutien du milieu, la présence du partenaire, l'absence ou la méconnaissance d'un outil ou protocole clairement défini, de formation et de connaissances sur les ressources disponibles pour les femmes victimes, le sentiment de ne pas être préparé.es ni soutenu.es et les préoccupations concernant leur propre sécurité sont des

barrières à l'implantation du dépistage de la VCPP par les intervenant.es et professionnel.les au sein d'une organisation (Eustace et al., 2016; LoGiudice, 2015; Taylor et al., 2007). De même, la fréquence et les méthodes de dépistage varient en fonction de l'attitude, du sentiment d'efficacité, de l'expérience et des préférences des professionnel.les de la santé, ainsi que de leur propre expérience en lien avec la VC (Eustace et al., 2016; LoGiudice, 2015; Taylor et al., 2007). L'impression d'être non-préparé entraîne un sentiment de peur et d'anxiété et nuit à la croyance des professionnel.les et intervenant.es de la santé en leur capacité à questionner les femmes et à gérer un dévoilement de VCPP (Eustace et al., 2016; LoGiudice, 2015). De plus, la nature dynamique et diversifiée des situations des femmes et la complexité des besoins des parents sont des enjeux à la qualité des interventions (Lessard & Alvarez-Lizotte, 2015; Spangaro et al., 2016). Également, les interventions devraient être culturellement appropriées afin d'être adaptées (O'Reilly et al., 2010).

Il est possible que la victime ne reconnaisse pas la violence conjugale, qu'elle n'ait pas pris conscience qu'elle en est victime ou qu'elle ne soit pas prête à faire des changements ou à accepter de l'aide (Van Parys, Verhamme, Tammerman, & Verstraelen, 2014). En ce sens, certaines interventions (p. ex. développer un plan de sécurité, aller chercher de l'aide, etc.) peuvent survenir trop rapidement dans le processus d'intervention ou ne pas être adaptées aux besoins spécifiques de la victime et donc être inefficaces (Van Parys et al., 2014). Il est important de considérer le rythme de la femme victime de VCPP dans le processus d'intervention (Van Parys et al., 2014). Dans un contexte de VCPP, des sentiments de peur, de honte, de blâme de soi et de culpabilité et la crainte de perdre une sécurité financière chez les victimes peuvent faire en sorte qu'elles hésitent à dévoiler leur situation (Spangaro et al., 2016). De plus, la peur du contrôle institutionnel en lien avec la protection de l'enfant est une barrière au dévoilement de la VCPP (Spangaro et al., 2016).

Au Québec, les défis et les enjeux que peuvent vivre les intervenant.es et les professionnel.les de la santé en ce qui concerne le dépistage de la VC sont peu ou pas connus, particulièrement pour la période périnatale (Bernier, Bérubé, Hautecoeur, & Pagé, 2005). Les rares études qui s'y sont penchées révèlent que le manque de connaissances et d'habiletés des intervenant.es concernant la problématique de la VC, l'attitude négative quant à la problématique, le malaise que peuvent ressentir les professionnel.les, le sentiment d'impuissance face à l'intervention ainsi que les attitudes personnelles des intervenant.es sont des barrières liées à l'identification des victimes de VC (Bernier et al., 2005). De plus, il est possible de croire que les récentes modifications dans l'organisation des services de santé (ex. fusions d'établissements, redéfinitions des rôles et mandats) ainsi que dans le réseau communautaire (ex. sous-financement récurrent) pourraient moduler la capacité des

professionnel.es, des intervenant.es et des organisations à répondre à la VCPP.

IMPLANTATION DU DÉPISTAGE DE VCPP

Pour améliorer l'implantation du dépistage des victimes de VCPP dans les milieux de santé et augmenter les taux d'identification de cas, différentes stratégies sont reconnues efficaces (Baird et al., 2013; Eustace et al., 2016; O'Reilly et al., 2010; Paterno & Draughon, 2016; Spangaro et al., 2016; Taylor et al., 2007; World Health Organization, 2013) :

- La création d'environnements cliniques favorables, soutenant et multidisciplinaires;
- La mise en place d'interventions administratives appropriées et favorables au dépistage de la VCPP : la présence de mécanismes permettant de suivre les activités de dépistage et d'être à l'écoute des besoins des intervenant.es;
- Le développement des connaissances et compétences des professionnel.les et intervenant.es concernant la VCPP;
- La mise en place de formations afin de soutenir les professionnel.les et des intervenant.es, de les faire se sentir plus en confiance et de leur fournir les moyens de s'engager dans le dépistage de routine;
- L'accès à des ressources et des outils de dépistage de la VCPP;
- L'utilisation constante des mêmes outils de dépistage;
- L'établissement de protocoles, de standards et de procédures d'intervention (ex. : des politiques écrites, des outils standardisés et des procédures de renforcement des interventions);
- L'accès à des services qui soutiennent les femmes victimes de violence.

L'efficacité des visites à domicile

Il est aussi démontré que les visites à domicile structurées, standardisées et effectuées par des intervenant.es qualifié.es permettent de réduire efficacement la victimisation et la perpétration de la violence conjugale durant la grossesse (Mejdoubi et al., 2013; Van Parys et al., 2014), et ce, jusqu'à deux ans après la naissance de l'enfant (Mejdoubi et al., 2013). Ces visites favorisent des interventions proactives associées à la VCPP, permettent aux intervenant.es d'avoir accès à l'environnement familial, facilitent la détection de VCPP et des facteurs de risque liés à celle-ci et permettent des interventions adaptées qui ont des effets positifs sur les femmes et diminuent la présence de VCPP au sein du couple (Mejdoubi et al., 2013). Ainsi, l'accès à l'environnement familial permet aux intervenant.es d'intervenir par rapport aux facteurs de risque de VCPP³ détectés et d'intervenir en amont de celle-ci (Mejdoubi et al., 2013). De plus, les interventions et les visites à domicile permettent d'entrer en contact et de nouer un lien avec des femmes qui fréquentent peu

les services et centres de santé (Mejdoubi et al., 2013). En effet, un avantage majeur des interventions de visites à domicile est qu'elles permettraient de rejoindre au cours d'une période de vulnérabilité et sur une période prolongée des jeunes femmes enceintes à risque élevé, qui sont notoirement difficiles à atteindre par le biais des services réguliers (Mejdoubi et al., 2013).

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Les bénéfices du dépistage systématique sont vastes : il permet une augmentation significative de l'identification des cas de VCPP et certaines études mettent en évidence que, globalement, le dépistage diminue les conséquences négatives sur la grossesse (LoGiudice, 2015). Par le biais des rencontres répétées avec les professionnel.les du réseau de la santé et des services sociaux et des intervenant.es du milieu communautaire (ex. suivis de grossesse, services de relevailles, cliniques d'allaitement, etc.), la période périnatale constitue une fenêtre d'opportunités pour intervenir par rapport à la violence conjugale et pour favoriser l'identification et la mise en place d'interventions ciblées (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013). Différentes conditions de réussite sont connues et documentées afin d'améliorer les taux d'identification de victimes de VCPP, toutefois certains défis et enjeux nuisent à l'implantation du dépistage de cas de VCPP dans les différents milieux de la santé. En ce sens, il apparaît nécessaire de mieux comprendre les besoins des intervenant.es et professionnel.les afin de les outiller à faire des interventions efficaces et adaptées aux différents besoins des femmes et de les sensibiliser aux enjeux générés par les différents contextes de vulnérabilité présents lors de la période périnatale.

L'expérience du père étant plus rarement abordée dans les études sur la VCPP (Bourassa, Labarre, Turcotte, Lessard, & Letourneau, 2014; Haland, Lundgren, Liden, & Eri, 2016), cela crée un manque de connaissances concernant cette problématique et le déploiement d'interventions adaptées pour les responsabiliser et soutenir leur mobilisation au changement lors de cette période (Peled & Perel, 2007). Il importe donc, au même titre que les mères victimes de VCPP, de mieux comprendre les besoins des pères auteurs de VCPP, afin de développer des interventions liées à leurs réalités et de favoriser la sécurité et le bien-être des femmes et des enfants.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016-: Regard sur la violence familiale au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada Retrieved from <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health->

³ Pour plus d'informations sur les facteurs de risque de VCPP, voir la fiche synthèse no 10 *Violence conjugale et période périnatale: État succinct des connaissances*

- family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf.
- Baird, K., Salmon, D., & White, P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery*, 29(8), 1003-1010. doi:10.1016/j.midw.2013.01.007
- Bernier, D., Bérubé, J., Hautecoeur, M., & Pagé, G. (2005). *Intervenir en violence conjugale: La démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité*. Québec: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes Retrieved from https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/publications/pub_92.pdf.
- Bourassa, C., Labarre, M., Turcotte, P., Lessard, G., & Letourneau, N. (2014). Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service sociale*, 60(1), 72-89.
- Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth*, 29(6), 503-510. doi:10.1016/j.wombi.2016.04.010
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., . . . Taket, A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 13(16), 137-347. doi:10.3310/hta13160
- 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.
- 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.
- Haland, K., Lundgren, I., Liden, E., & Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in charge during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>
- Kiely, M., El-Mohandes, A. A. E., El-Khorazaty, M. N., & Gantz, M. G. (2010). An Integrated Intervention to Reduce Intimate Partner Violence in Pregnancy: A Randomized Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 115(2), 273-283.
- Lessard, G., & Alvarez-Lizotte, P. (2015). The exposure of children to intimate partner violence: Potential bridges between two fields in research and psychosocial intervention. *Child Abuse & Neglect*, 48, 29-38.
- LoGiudice, J. A. (2015). Prenatal screening for intimate partner violence: a qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res*, 28(1), 2-9. doi:10.1016/j.apnr.2014.04.004
- McMahon, S., & Armstrong, D. e. Y. (2012). Intimate Partner Violence during Pregnancy: Best Practices for Social Workers. *Health & Social Work*, 37(1), 9-17. doi:10.1093/hsw/hls004
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C. C. M., van Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., Hirasing, R. A., & Crijnen, A. A. M. (2013). Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(10), 1-12.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situations specific theories in nursing research and practice*. New-York: Springer.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7(CD007007). doi:DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
- O'Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 11(4), 190-201.
- Paterno, M. T., & Draughon, J. E. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 370-375.
- Peled, E., & Perel, G. (2007). A conceptual framework for fathering intervention with men who batter. In J. L. Edleson & O. J. Williams (Eds.), *Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention* (pp. 85-101). New York (NY): Oxford University Press.
- Poissant, J., Chan, A., & Lévesque, S. (2011). *Adaptation à la parentalité*. Institut national de santé publique du Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/informationperinatale/fiches/adaptation-a-la-parentalite>.
- 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*, 52(6), 587-605. doi:10.1080/03630242.2012.690840
- 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. doi:10.1007/s10995-006-0169-9
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 9(1), 1-10.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical*