

Réagir face à la violence pendant la grossesse

Information du...

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Qu'est-ce que la violence pendant la grossesse?

Au Canada, les femmes risquent d'être victimes de violence à pratiquement n'importe quel moment de leur vie - de l'enfance à la vieillesse. Toutefois, les femmes âgées entre 15 et 45 ans ont déclaré des taux de violence plus élevés que les femmes de plus de 45 ans¹. Cette période, qui s'étend de l'adolescence à la quarantaine, coïncide avec les principales années de procréation d'une femme. De plus en plus de recherches démontrent qu'il y a diverses formes de violence, dont la violence pendant la grossesse, qui sont liées à la santé génésique d'une femme et qui peuvent avoir des répercussions sur celle-ci².

Quelle est l'ampleur de la violence pendant la grossesse?

Les données de l'Enquête nationale et les conclusions de plusieurs études indiquent que la violence pendant la grossesse constitue un problème important au Canada :

- L'Enquête sur la violence à l'égard des femmes menée en 1993 auprès de 12 300 Canadiennes, a révélé que :

- R 21 % des femmes maltraitées par leur partenaire l'ont été pendant la grossesse, ce qui représente environ 560 000 femmes pour l'ensemble de la population canadienne;
- R chez 40 % des femmes maltraitées pendant la grossesse, la violence a *commencé* quand elles étaient enceintes;
- R les femmes victimes de violence pendant la grossesse étaient quatre fois plus nombreuses que les autres femmes maltraitées à dire qu'elles avaient subi de très mauvais traitements (coups, étranglement, menaces avec une arme à feu ou un couteau, agressions sexuelles);
- R près de 10 % des femmes blessées par leur partenaire ont déclaré avoir fait une fausse couche ou souffert de blessures internes à cause des mauvais traitements subis³.

- Une étude canadienne menée auprès de 548 patientes prénatales a démontré ce qui suit :
 - R un taux de violence de 6,6 % pendant la grossesse en cours;
 - R près de 11 % des femmes ont dit avoir été victimes de violence avant la grossesse actuelle;

R parmi les femmes qui ont déclaré avoir été maltraitées pendant la grossesse en cours, 86,1 % ont dit avoir déjà subi de mauvais traitements;

R près des deux tiers des femmes (63,9 %) victimes de violence pendant la grossesse en cours ont déclaré que la violence s'est aggravée pendant la grossesse⁴.

- Une étude subséquente menée auprès des femmes qui ont déclaré avoir subi de mauvais traitements pendant la grossesse (ci-dessus) a révélé que 90 % des femmes ont été maltraitées dans les trois mois suivants l'accouchement. Le nombre de cas de violence par femme a aussi *augmenté* après la naissance du bébé⁵.

Une autre étude canadienne réalisée auprès de plusieurs centaines de patientes prénatales au deuxième ou troisième trimestre de leur grossesse a révélé que 5,7 % des femmes avaient été victimes de violence physique au cours de leur grossesse⁶.

On s'inquiète de plus en plus de la prévalence de la violence chez les adolescentes enceintes⁷.

Quelle est la dynamique de ce type de violence?

Le comportement violent peut prendre la forme d'un exercice de pouvoir et de contrôle sur la femme par l'agresseur. Selon les deux rapports publiés⁸ et des preuves amassées par des professionnels du domaine, il existe diverses formes de violence touchant la grossesse.

- **Avant la grossesse :** l'agresseur peut contrôler les décisions et les choix de la femme en matière de conception en l'agressant sexuellement, en l'obligeant à avoir des relations sexuelles ou en

refusant d'en avoir, en refusant d'utiliser ou de lui permettre d'utiliser un moyen de contraception (pour prévenir une grossesse ou la transmission du VIH ou d'autres MTS).

- **Une fois que la femme est enceinte :** l'agresseur peut contrôler la décision de la femme de poursuivre ou de mettre fin à sa grossesse. Il peut l'obliger à poursuivre une grossesse non désirée, l'intimider à se faire avorter, ou elle peut décider de se faire avorter parce qu'elle a peur.

La grossesse peut déclencher la violence ou aggraver les mauvais traitements que la femme subit déjà. Par exemple, lorsque la femme est enceinte, le mode de violence peut changer, elle peut être victime de violence plus grave et il peut y avoir plus d'agressions concentrées sur son ventre⁹.

Pendant la grossesse, un agresseur peut essayer de contrôler, de limiter, de retarder ou d'interdire l'accès de la femme aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de soins prénataux.

D'autres formes de violence psychologique peuvent se caractériser par l'agresseur qui nie être le père de l'enfant, refuse d'avoir des relations sexuelles sous prétexte que son corps lui est repoussant, lui refuse l'accès à la nourriture, menace de la quitter ou de la dénoncer en tant que mauvaise mère aux autorités responsables de la protection de l'enfance. Son partenaire peut aussi user de violence financière en refusant de la soutenir pendant la grossesse ou l'accouchement, de lui donner de l'argent pour acheter des aliments et d'autres produits ou en l'obligeant à travailler au-delà de ses forces pendant la grossesse.

❑ **Pendant le travail et l'accouchement :**
 l'agresseur peut essayer de contrôler les décisions de la femme quant au recours aux analgésiques ou à d'autres interventions. Il peut demander au médecin de remettre le vagin de la femme dans l'état où il était avant l'accouchement ou faire des remarques négatives sur son comportement sexuel ou sur le sexe du bébé après la naissance.

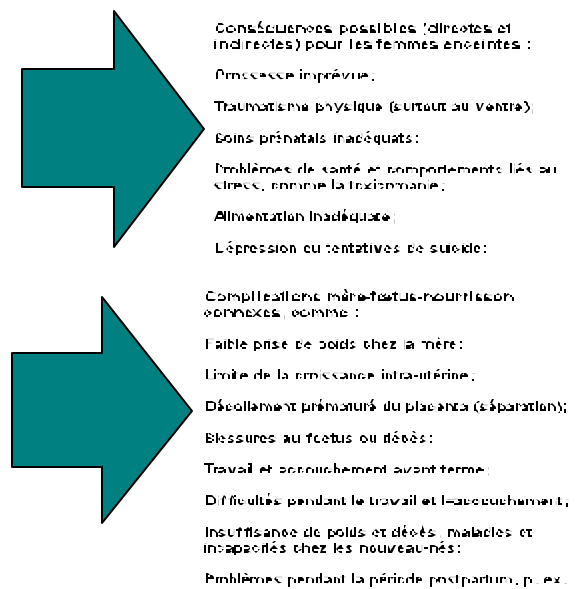
❑ **Après la naissance du bébé :** l'agresseur peut être encore plus violent et utiliser la relation entre la mère et le bébé comme une arme. Par exemple, il peut lui refuser l'accès au nouveau-né, ne pas la soutenir ou ne pas l'aider avec le bébé, vouloir des relations sexuelles rapidement après la naissance du bébé, passer des commentaires négatifs sur son apparence et son attirance, la blâmer parce que le bébé est du « mauvais » sexe, bouder ou essayer de la culpabiliser à cause du temps qu'elle consacre au bébé, dénigrer sa capacité de s'occuper du bébé, enlever le bébé ou menacer de le faire, lui dire qu'elle n'aura jamais la garde du bébé, l'obliger à rester à la maison avec le bébé, l'empêcher de trouver un travail ou l'y obliger, l'accuser de maltraiter le bébé ou menacer de le faire, refuser de lui donner de l'argent pour des articles de bébé ou la blâmer parce que le bébé pleure ou pour d'autres problèmes.

Un partenaire agressif peut contrôler les décisions de la femme quant à l'allaitement, soit en l'incitant à le faire ou en l'en empêchant. Les femmes maltraitées risquent d'être incapables d'allaiter convenablement parce que la violence mine leur assurance et leur confiance, ou parce qu'elles manquent d'information et de soutien¹⁰.

Quelles sont les conséquences de la violence pendant la grossesse sur la santé?

Même si d'autres recherches plus concluantes sur les répercussions précises de la violence pendant la grossesse sont nécessaires¹¹, il est clair que la violence pendant la grossesse peut avoir de sérieuses conséquences, directes et indirectes, sur la santé d'une femme et de son bébé.

Violence pendant la grossesse



D'autres enfants dans la famille qui sont exposés à la violence à l'égard de leur mère peuvent aussi être victimes de sérieuses conséquences psychologiques ou comportementales dont :

- ❑ cas plus fréquents de passage à l'acte et de comportement agressif;
- ❑ dépression, anxiété et autres problèmes affectifs;
- ❑ problèmes liés au développement social et scolaire;
- ❑ syndrome de stress post-traumatique;
- ❑ autres symptômes tels des attitudes inappropriées à l'égard de l'utilisation de la violence et l'impression qu'ils sont à blâmer pour la violence¹³.

Est-ce que certaines femmes risquent plus que d'autres d'être maltraitées pendant la grossesse?

Toute femme, peu importe son âge, sa race, son ethnie, sa scolarité, son identité culturelle, son statut socioéconomique, son occupation, sa religion, son orientation sexuelle ou sa personnalité, peut être victime de violence pendant la grossesse. Toutefois, l'Enquête sociale générale de 1999 a révélé que le risque d'être maltraitée est plus élevé chez les femmes :

- qui sont plus jeunes;
- qui vivent en union libre (ne sont pas mariés);
- dont le revenu du ménage est moins élevé;
- dont le partenaire consomme beaucoup d'alcool;
- dont le partenaire a été témoin d'actes de violence contre sa mère dans son enfance¹⁴.

Quels sont les signes révélateurs de violence pendant la grossesse?

Il n'existe pas un indicateur qui permet, à lui seul, de déterminer qu'une femme enceinte est victime de violence. En fait, il existe beaucoup de blessures physiques, de problèmes de santé, de symptômes obstétricaux ou gynécologiques, de problèmes de santé mentale ou de modèles de comportement qui peuvent indiquer la violence. Les professionnels doivent être, en tout temps, à l'affût de certains des signes révélateurs :

- sa condition physique**, surtout toute blessure ou complication non expliquée pendant la grossesse, le travail et l'accouchement;
- son état émotif**, y compris des signes de dépression, d'anxiété ou de peur;

- son comportement**, elle peut avoir recours aux soins prénatals une fois la grossesse très avancée, ou elle peut se rendre fréquemment à l'urgence, aux cliniques ou aux bureaux de médecins (surtout pour des blessures ou des symptômes inexplicables).

Le comportement de son partenaire peut aussi servir d'avertissement; les professionnels devraient être particulièrement concernés si le partenaire d'une femme semble trop protecteur, lui interdit de rester seule en compagnie d'un professionnel ou ne lui permet pas de répondre elle-même aux questions.

Qui peut aider une femme enceinte?

Presque tout contact avec des professionnels, y compris avec des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des conseillers, des thérapeutes, des travailleurs sociaux, des éducateurs en matière de santé, du personnel d'urgence, des policiers ou d'autres personnes dans la collectivité, peut présenter, pour une femme enceinte maltraitée, une occasion d'obtenir de l'aide.

De quelle façon les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent-ils aider?

Lorsque vous entrez en contact avec une femme enceinte...

✓ Soyez prêt à réagir si elle vous dit qu'elle est victime de violence :

- Pensez à la façon dont vos valeurs, vos expériences personnelles en matière de violence

et le degré d'aisance avec lequel vous pouvez parler de la violence peut influencer sur votre capacité de réagir de façon appropriée. Si vous avez de la difficulté à traiter des questions liées à la violence, soyez prêt à orienter la femme vers un collègue qui pourra l'aider.

- Créez un milieu sûr où les femmes peuvent parler de la violence. *Aucun effort déployé pour aider ne doit accroître le danger auquel elle est exposée.*
- Soyez au courant des ressources et des services qui sont offerts dans votre collectivité pour aider à protéger et à soutenir les femmes maltraitées.
- Collaborez avec d'autres personnes de votre collectivité dans le but d'élaborer des instruments, comme des protocoles inter-organismes, et d'autres ressources pour traiter de la violence.
- ✓ **Apprenez comment demander à une femme enceinte si elle est maltraitée (dépistage).**

Les professionnels des soins de santé, surtout les médecins, les infirmières et les sages-femmes qui fournissent des soins aux femmes enceintes, jouent un rôle clé dans la reconnaissance de la violence pendant la grossesse.

- Soyez conscients des signes révélateurs possibles (voir ci-dessus).
- Demandez à toutes les femmes enceintes si elles sont victimes de violence. Questionner les femmes à ce sujet devrait faire partie des*

soins prénatals. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) appuie le dépistage systématique chez toutes les patientes et pas seulement chez celles dont la situation fait soupçonner l'existence de violence¹⁵.

- Parlez-lui de violence *en privé seulement* — pas en compagnie de son partenaire, de membres de la famille ou d'amis. Il ne faut pas se fier aux membres de sa famille, à ses amis ou à ses connaissances pour servir d'interprètes.
- Posez-lui des questions simples et directes en faisant preuve de compréhension et sans porter de jugement et expliquez-lui pourquoi vous lui posez ces questions. Voici certaines questions qui pourraient être posées :
 - R Votre partenaire est-il content de votre grossesse?
 - R De quelle façon vous et votre partenaire mettez-vous un terme à vos disputes?
 - R Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?
 - R Avez-vous déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire?
 - R Avez-vous déjà été humiliée par votre partenaire ou a-t-il déjà utilisé d'autres formes de violence psychologique envers vous?
 - R Avez-vous déjà été forcée d'avoir une relation sexuelle contre votre gré?¹⁶
- Affirmez à la femme que tout ce qu'elle vous dit restera confidentiel, à moins d'être tenu par la loi de divulguer l'information à d'autres personnes. *Les professionnels devront se reporter aux autorités appropriées de leur administration pour préciser leurs obligations juridiques et professionnelles de divulgation.*

Si elle vous dit qu'elle est maltraitée...

✓ **Aidez-la à se sentir en sécurité :**

- Demandez-lui ce dont elle a besoin pour être en sécurité.
- Si elle se sent en danger immédiat, orientez-la vers les services les plus près, comme la police et les maisons d'hébergement pour femmes, et offrez-lui de faire des appels.

✓ **Aidez-la à examiner et à évaluer ses options :**

- Réaffirmez que vous l'appuyez lorsqu'elle vous dit qu'elle est victime de violence et laissez-lui savoir qu'elle ne mérite pas d'être maltraitée.
- Fournissez-lui de l'information pertinente pour l'aider à prendre des décisions éclairées quant à sa sécurité et à celle de ses enfants.
- Aidez-la à régler ses préoccupations et à examiner ses options. Si elle a l'intention de rester dans une situation violente, aidez-la à élaborer un plan de sécurité pour elle-même et ses enfants¹⁷.
- Orientez-la vers des ressources, de l'appui et des services offerts dans la collectivité. Par exemple, lui fournir les noms, adresses et numéros de téléphone des maisons de transition ou d'hébergement, des groupes de soutien pour femmes battues, de l'aide financière, des services aux victimes et à l'aide juridique, aux services multiculturels et des Premières nations, aux services de counselling et aux lignes d'écoute téléphonique.

- Documentez le cas de façon détaillée. (Pour les professionnels de la santé, cela représente mener, avec la permission de la patiente, un examen médical complet et consigner les résultats dans son dossier médical.)
- Prenez les mesures nécessaires pour assurer un suivi.

Peu importe...

✓ **Offrez-lui un appui soutenu :**

- Reconnaissez et respectez les raisons complexes justifiant pourquoi les femmes peuvent décider :
 - R de ne pas dire qu'elles sont victimes de violence;
 - R rester dans une relation violente;
 - R de retourner avec leur partenaire agressif.
- Comprenez qu'il y a beaucoup d'étapes, souvent longues, au processus de changement.
- Ne vous fâchez pas contre une femme victime de violence et ne l'abandonnez pas.
- Peu importe ce qu'elle décide de faire ou de ne pas faire, laissez-lui savoir que quelqu'un est prêt à l'aider.

✓ **Consignez vos préoccupations**

Même si une femme décide de ne pas dire qu'elle est victime de violence, il est important de noter ses réponses à vos questions et de décrire tout indicateur qui vous amène à soupçonner que la femme est maltraitée.

Afin d'aider le plus de femmes possible...

- ✓ **Participez aux efforts visant à prévenir la violence pendant la grossesse :**
- ☐ Engagez-vous à intégrer le dépistage systématique de la violence dans la pratique quotidienne.
- ☐ Aidez à sensibiliser les autres, dont les patients, les clients et les collègues, aux questions liées à la violence pendant la grossesse.
- ☐ Créez un comité interdisciplinaire fondé sur le milieu de travail ou un groupe de travail sur la violence pendant la grossesse ou participez à l'un de ceux-ci.
- ☐ Jouez un rôle actif dans la collectivité et participez à des groupes d'entraide communautaire qui abordent des questions liées à la violence pendant la grossesse.
- ☐ Participez à des séances de formation pour en apprendre autant que possible sur la prévalence et la dynamique de la violence pendant la grossesse et les ressources qui sont offertes dans la collectivité.
- ☐ Incitez les établissements d'enseignement professionnel à intégrer à leur programme les questions liées à la violence pendant la grossesse.
- ☐ Encouragez les associations professionnelles d'offrir de la formation continue sur la violence pendant la grossesse.

- ☐ Encouragez des collègues et des établissements locaux à :
 - R intégrer le dépistage systématique et l'intervention dans leur pratique;
 - R élaborer et partager des documents de sensibilisation et d'éducation pour les professionnels et le public;
 - R évaluer leurs efforts visant à prévenir la violence pendant la grossesse.

Pour en savoir plus

Pour obtenir plus d'information et de documentation sur la violence familiale, communiquez avec :

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Unité de prévention de la violence familiale
Division des questions relatives à la santé
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1907D
7^e étage, immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4, CANADA
Téléphone 1 800 267-1291 ou (613) 957-2938
Télécopieur : (613) 941-8930
Téléimprimeur : 1 888 267-1233 ou (613) 941-7285
ATS : 1 800 561-5643 ou (613) 952-6396
Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>

Lectures suggérées

GUARD, A. *Violence and Teen Pregnancy: A Resource Guide for MCH Practitioners*, Newton, Mass., Children's Safety Network, Education Development Centre, Inc., 1997.

HOTCH, D., A. Gurnfeld, K. Mackay et L. Cowan. *Domestic Violence Intervention by Emergency Staff*, Vancouver, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, 1995.

MIDDLESEX-LONDON HEALTH UNIT. *Task Force on the Health Effects of Woman Abuse: Final Report*, Londres : auteur, septembre 2000.

SANTÉ CANADA. *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999.

SANTÉ CANADA. *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : Lignes directrices à l'intention des médecins*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.

SANTÉ CANADA. *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1998.

SASKATCHEWAN INSTITUTE ON PREVENTION OF HANDICAPS. *Domestic Violence During Pregnancy* [kit], Saskatoon, Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Abuse in the obstetrical population. Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Directives cliniques de la SOGC, déclaration de principe n° 71, décembre 1998.

WARSHAW, C., A.L. Ganley et P.R. Salber. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 1993.

Renvois

1. Selon l'Enquête sociale générale de 1999 menée par Statistique Canada, les jeunes femmes, âgées entre 15 et 25 ans, ont déclaré les taux de violence les plus élevés (5 %). Chez les femmes de 25 à 34 ans, le taux est de 3 %, et pour les femmes entre 35 et 44 ans, de 2 %. Le taux de violence est de 1 % chez les femmes de 45 ans et plus. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, n° 85-224-X1E au catalogue, p.16.

2. Par exemple, le *Maternal and Child Health Journal* a publié un numéro spécial qui porte sur la violence faite aux femmes et la santé génésique (vol. 4, n° 2, 2000), un produit de la première conférence nationale sur la violence et la santé génésique (National Conference on Violence and Reproductive Health : Science, Prevention, and Action) tenue à Atlanta, Georgia, du 16 au 19 juin 1999. La conférence était organisée par les *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* et coparrainée par des organismes et des organisations partenaires.

3. En 1993, l'Enquête sur la violence envers les femmes de Statistique Canada a révélé que 29 % des femmes déjà mariées ou qui vivent en union libre avec un homme, ont été victimes de violence à au moins une reprise pendant leur union avec celui-ci. De ces femmes, 21 % ont été maltraitées par leur partenaire durant une grossesse. Quarante pour cent de celles-ci ont déclaré que la violence a commencé pendant leur grossesse. Au total, près de la moitié (45 %) des

femmes victimes de violence ont subi des blessures physiques. Environ 10 % des femmes ayant été blessées ont affirmé avoir souffert de lésions internes et subi une fausse couche. Karen Rodgers, « Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, 14 (9), Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-002 au catalogue, pp. 4, 8, 12, 1994.

Converties en fonction des estimations démographiques, les conclusions de l'enquête de 1993 révèlent qu'environ 560 000 Canadiennes victimes de violence ont été maltraitées pendant la grossesse. Un peu plus de 100 000 de ces femmes ont subi une fausse couche ou des blessures internes en raison des mauvais traitements. Holly Johnson, *Dangerous Domains: Violence Against Women*, Toronto, Nelson, 170-171, 1996.

4. Donna E. Stewart et Anthony Cecutti, « Physical abuse in pregnancy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 149 (9), 1257-1263, 1993.

5. Donna E. Stewart, « Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 151 (11), 1601-1604, 1994.

6. Nazeem Muhajarine et Carl D'Arcy, « Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160, 1007-1011, 1999.

7. Selon l'Enquête sociale générale de 1999, les jeunes femmes de moins de 25 ans ont déclaré les taux de violence les plus élevés (5 %), comparativement aux femmes plus âgées. (Statistique Canada, 2000, op. cit., 15). L'Enquête sur la violence envers les femmes réalisée en 1993 a révélé que le taux d'agression contre la conjointe chez les femmes de 18 à 24 ans est quatre fois plus élevé que la moyenne nationale (Rodgers, 1994, op. cit., 5). De plus, au Canada, le taux de grossesses chez les

adolescentes (jeunes femmes de 15 à 19 ans) a augmenté de 1987 à 1994. En 1994, le taux national de grossesses chez les adolescentes était de 48,8 grossesses pour 1000 femmes de 15 à 19 ans et le taux était beaucoup plus élevé dans certaines régions (S. Wadhera et W. Millar, *La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994*, Rapports sur la santé, 9 (3), 9-17, 1997). Conjugués, ces nombres indiquent que le risque pour les jeunes femmes enceintes d'être victimes de violence dans leurs relations est élevé, et c'est un problème à régler.

8. L'information contenue dans cette partie est tirée principalement des publications suivantes : F. Martin et C. Younger-Lewis, « More than meets the eye: recognizing and responding to spousal abuse », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157 (11), 1555-1558, 1997; J. Madsen, « Doublement victimisées : femmes, violence et VIH », *Vis-à-Vis*, 13 (3), 1, 4, 1996; D.K. Bohn, et B. Parker, *Domestic violence and pregnancy: health effects and implications for nursing practice*, 1993. Dans : J. Campbell et J. Humphreys (eds). *Nursing Care of Survivors of Family Violence*, St. Louis, MO, Mosby; A. Modeland, R. Bolaria et A. McKenna, « Domestic violence during pregnancy », *Saskatchewan Medical Journal*, 6 (3), 4-9, 1995; P.R. Salber et E. Taliaferro, *The Physician's Guide to Domestic Violence: How to Ask the Right Questions and Recognize Abuse...another way to save a life*, Volcano, CA, Volcano Press, 1995; D.E. Stewart, 1994. Op. cit.

9. D.E. Stewart et A. Cecutti, Op. cit., 1261, 1993. Cette étude a révélé que près des deux tiers des femmes (63,9 %) maltraitées pendant la grossesse ont déclaré que la violence s'est aggravée pendant la grossesse, et la plupart d'entre elles ont dit avoir reçu des coups au ventre.

10. B. Townsend n.d., *Discovering the Child Within: A Workbook on Abuse During Pregnancy*, Cobourg (ON) Women in Crisis (Northumberland County).

11. Des poids moyens et insuffisants à la naissance sont les deux seules conséquences pour lesquelles on a établi une corrélation significative avec la violence dans plus d'une étude. Voir J.A. Gazmararian, R. Petersen, A.M. Spitz, M.M. Goodwin, L.E. Saltzman et J.S. Marks, « Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions », *Maternal and Child Health Journal*, 4 (2), 79-84, 2000.

12. Les sources d'information sur les conséquences de la violence pendant la grossesse sur la santé comprennent : D.K. BOHN et B. Parker, 1993, Op. cit.; R. Petersen, J.A. Gazmararian, A.M. Spitz, D.L. Rowley, M.M. Goodwin, L.E. Saltzman et J.S. Marks, « Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research », *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (5), 366-373, 1997; B. Lent, P. Morris et S. Rechner, *Les effets de la violence conjugale sur la grossesse, le travail et l'accouchement*, document de travail sollicité par le Comité des soins de maternité et de périnatalité du Collège des médecins de famille du Canada, 2000; D.E. Stewart et A. Cecutti, 1993, Op. cit.; Conseil national du bien-être social, *Parents en santé, bébés en santé*, Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1997; L. Hanvey, D. Avard, I. Graham, K. Underwood, J. Campbell et C. Kelly, *La santé des enfants au Canada : Profil réalisé par l'ICIS*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994; L.M. Meredith, *Establishing Links: Violence Against Women and Substance Abuse*, London, Ontario, Centre for Research on Violence Against Women and Children, 1996; A. Modeland, R. Bolaria et A. McKenna, 1995. Op. cit.;

Santé Canada, *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999.

13. L'information sur les effets de l'exposition à la violence envers les femmes sur les enfants est fondée sur les publications suivantes : Santé Canada, *La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants*, feuillet de renseignements, rédigé par la London Family Court Clinic (Marlies Sudermann, Peter Jaffe, and Lynn Watson), Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996; et Santé Canada, *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.

14. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2000. Op. cit., 15-17.

15. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Directives cliniques de la SOGC, déclaration de principe n° 71, p. 20, décembre 1998.

16. Ces questions sont tirées du Woman Abuse Screening Tool, d'abord publié dans J.B. Brown, B. Lent, P. Brett, G. Sas et L. Federson, « Development of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) for use in family practice », *Family Medicine*, 228, 422-428, 1995. Les questions du WAST, de même que des questions sur d'autres enjeux psychosociaux, ont été intégrées au questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale anténatale (ALPHA). Voir D. Midmer, A. Biringer, J.C. Carroll, A.J. Reid, L. Wilson, D. Stewart, M. Tate et B. Chalmers. *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form—Antenatal*

Psychosocial Health Assessment Form, 2^e édition, Toronto, University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.

17. Dans le cadre de la planification de la sécurité, on discute de stratégies pour composer le 911 (ou demander à quelqu'un de le faire), essayer de se protéger pendant une attaque, on détermine où elle peut rester si elle décide de quitter à tout moment de la nuit ou du jour et quels articles elle doit apporter avec elle. Si elle décide de préparer un « sac de sécurité » et de le cacher, il devrait comprendre : des vêtements pour elle et ses enfants, une trousse d'accouchement et d'autres articles dont elle aura besoin à l'hôpital, de l'argent comptant, son chéquier, des cartes de débit ou de crédit, les clés de la maison et de la voiture, des médicaments, les numéros de téléphone importants et des copies de documents importants, comme les passeports, les visas, les certificats de naissance, des documents légaux, le certificat de mariage, le permis de conduire, le certificat d'immatriculation, les livrets de banque et les documents d'assurance. Voir D. Hotch, A. Grunfeld, K. Mackay et L. Cowan, « Intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale », Vancouver, Domestic Violence Program, Department of Emergency Medicine, Vancouver Hospital et Health Sciences Centre et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), 1995.

Ce document a été rédigé par Liz Hart et Wanda Jamieson de Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. en consultation avec des membres du Groupe consultatif d'experts pour l'élaboration du *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. On tient à souligner la contribution des personnes suivantes : M^{me} Rosemary Bolaria, Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps; M^{me} Annette Browne, University of Northern British Columbia; M^{me} Janet Bryanton, PEI Reproductive Care Program; M^{me} Glenda Carson, IWK Grace Health Centre; M^{me} Katalin Kennedy, Santé Canada; D^r Barbara Lent, London Health Sciences Centre; M^{me} Linda Miller, Centre local de services communautaires Ste-Foy-Sillery; D^r Carl Nimrod, Hôpital général d'Ottawa; D^r Nan Schurmanns, University of Alberta; D^r Donna Stewart, University of Toronto et M^{me} Gaby Vieira, Santé Canada.