



Programme de partenariat périnatal de  
l'est et du sud-est de l'Ontario



Les femmes victimes d'abus pendant la  
période périnatale  
Lignes directrices pour les soignants

Un projet axé sur la collaboration

## **REMERCIEMENTS**

De nombreuses personnes et organismes ont contribué à l'élaboration de ce document de ressource. « Les femmes victimes d'abus pendant la période périnatale – Lignes directrices pour les soignants » est le résultat d'une collaboration entre les personnes suivantes :

Mary Pat Bingley (présidente)	Hôpital Perth & Smiths Falls District
Debbie Aylward	Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario
Clare Bowley	Hôpital général de Kingston
Elaine Breeze	St. Mary's Home Community Outreach & Program Centre
Faye Brooks	Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario
Ilze Caunitis	Hôpital Queensway Carleton
Kathy Crowe	Ville d'Ottawa, Services communautaires
Patti Gauley	Bureau de santé de l'est de l'Ontario
Melanie Henderson	L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic
Susan Lepine	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Marisha Mohammed	Bureau de santé de Hastings et des comtés Prince Edward
Tyler Moon	Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington
Colleen Musclow	Bureau de santé du comté de Renfrew et District
Carol Quinlan	Bureau de santé de Leeds, Grenville et du District de Lanark
Diane Parkin	Midwifery Group of Ottawa
Dre Kathy Reducka	Médecin de famille, Pembroke
Pat Ripmeester	Bureau de santé du comté de Renfrew et District
Halina Siedlikowski	L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic
Renée Stolz	Hôpital Montfort
Diane Tappin	Hôpital Winchester District Memorial

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction/Généralités</b> .....	<b>1</b>
<b>Définition</b> .....	<b>1</b>
<b>Prévalence</b> .....	<b>2</b>
<b>La prévalence pendant la grossesse</b> .....	<b>2</b>
<b>La dynamique de l'abus</b> .....	<b>2</b>
<i>La dynamique d'abus pendant la grossesse</i> .....	<i>4</i>
<b>L'impact sur la santé de l'abus contre les femmes</b> .....	<b>5</b>
<b>L'abus et le système juridique</b> .....	<b>6</b>
<b>Le rôle des professionnels de la santé</b> .....	<b>7</b>
<i>Dépistage</i> .....	<i>7</i>
<i>Documentation</i> .....	<i>11</i>
<i>Prévention</i> .....	<i>12</i>
<b>Résumé</b> .....	<b>13</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>14</b>
<b>Services et ressources</b> .....	<b>15</b>
<b>Références</b> .....	..Error! Bookmark not defined.
<b>Annexes</b> .....	<b>17</b>

## Introduction/Généralités

En janvier 2002, la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a accordé aux bureaux de santé des subventions pour le développement de la petite enfance afin de fournir des programmes de soutien aux enfants de 0 à 6 ans, à leurs parents et aux personnes qui s'occupent d'eux. Ces subventions ont visé un certain nombre de nouvelles initiatives, y compris celles axées sur la grossesse en bonne santé, le développement des enfants et la prévention de l'abus dans les familles.

De plus, tous les centres d'agression sexuelle et de traitement de la province ont reçu des subventions du ministère de la Santé afin d'étendre les programmes d'agressions, de manière à inclure des services aux victimes de violence domestique. Ceci est venu compléter l'engagement annoncé par le Directeur des femmes de l'Ontario en 1997, dans le cadre de son initiative de prévention de la violence contre les femmes.

Le Comité consultatif périnatal du Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario (PPESO) a recommandé qu'une perspective régionale en matière de violence pendant la grossesse soit adoptée, vu les subsides ci-dessus. Par conséquent, un comité interdisciplinaire, multisectoriel a été créé et les activités clés suivantes ont été dégagées :

- élaborer des normes de pratique pour dépister, identifier et référer les femmes victimes d'abus pendant la période périnatale
- faciliter le partage intersectoriel des informations et la collaboration sur le plan de la disponibilité et de la fourniture de services aux femmes anglophones et francophones victimes d'abus pendant la période périnatale en :
  - évaluant l'étendue des violences pendant la grossesse
  - élaborant un inventaire des initiatives actuelles dans la région
  - identifiant les lacunes au niveau des services
- identifier et évaluer les besoins en matière d'apprentissage des professionnels des soins de santé et des fournisseurs de services communautaires et
- développer et fournir des ressources d'apprentissage ainsi qu'une formation continue aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de services communautaires.

À titre de fournisseurs de soins, les professionnels des secteurs de la santé et des services sociaux se trouvent dans une position unique leur permettant d'identifier les femmes victimes d'abus, particulièrement d'abus pendant la période périnatale, et de répondre à leurs besoins. Il a été suggéré que la qualité des soins médicaux reçus par une femme victime d'abus prédit si elle poursuivra sa recherche en vue de résoudre ses problèmes auprès d'agences juridiques, sociales et de soins de santé (Santé Canada, 1999). La grossesse pourrait motiver certaines femmes à rechercher de l'aide, sinon pour elles-mêmes, du moins pour la sécurité du bébé. En fait, la grossesse pourrait être la seule période pendant laquelle les femmes victimes d'abus interagissent avec un certain nombre de professionnels des soins de santé et il s'agit donc d'un moment important pour l'identification et l'intervention.

## Définition

L'abus contre la femme recouvre l'intention d'intimider une femme, soit par violence réelle ou menaces sur les plans physique, sexuel, financier ou émotionnel, de la part d'une personne avec laquelle elle entretient une relation intime, familiale ou romantique. Un partenaire intime inclut les personnes suivantes : mari, partenaire de droit commun, petit ami ou partenaire de même sexe, ainsi qu'ex-mari, ex-partenaire ou ex-petit ami (Lignes directrices de meilleure pratique, Association des hôpitaux de l'Ontario, 1999). Dans le cadre de l'abus contre les femmes, on utilise l'isolement et les privilèges masculins de pouvoir et de contrôle sur la femme. L'abus contre les femmes est une question sociale, de santé, économique et juridique. L'abus contre les femmes pendant la grossesse a été soigneusement documenté en tant que problème important de santé, tant pour la mère que pour le

bébé à naître. Ce problème porte aussi le nom de violence conjugale, de violence par le partenaire, de violence domestique, de violence familiale et de violence par un partenaire intime.

**Le saviez-vous?** Le coût de la violence contre les femmes, au Canada, s'élève chaque année à plus de 4 milliards de dollars et les frais de santé qui y sont reliés ont été estimés à 1,5 milliard de dollars par an.

Santé Canada, 1999b

## Prévalence

La violence affecte toutes les femmes, quelles que soient leur culture, classe, ethnicité, capacité, profession ou orientation sexuelle. Le Sondage canadien sur la violence contre les femmes a découvert que **51 %** des femmes de plus de 16 ans avaient vécu au moins un incident d'agression physique ou sexuelle et qu'environ **25 %** des femmes avaient été victimes d'abus de la part de leur partenaire intime (Intimate Partner Violence (IPV) Guideline, British Columbia Reproductive Care Program (BCRCP), 2003). Les chiffres déclarés ne reflètent pas nécessairement la prévalence réelle, car de nombreux incidents ne sont pas signalés. Cinquante-six pour cent des femmes victimes d'abus avaient entre 18 et 34 ans, ce qui fait de l'abus contre les femmes un problème affectant particulièrement les « années de procréation ».

## La prévalence pendant la grossesse

La grossesse est un moment où la relation évolue. C'est aussi un moment où l'incidence et la nature de la violence peuvent également changer. MacFarlane (1993) a découvert que dans environ **40 %** des cas, l'abus commençait pendant la grossesse. Vingt et un pour cent des femmes du Canada qui ont signalé un abus par un partenaire intime déclarent qu'elles ont été victimes d'abus **pendant** la grossesse (IPV Guideline, BCRCP, 2003). Si une femme est victime d'abus avant et pendant la grossesse, cet abus continuera probablement après la grossesse. En fait, **95 %** des femmes victimes d'abus pendant le premier trimestre de la grossesse ont également subi des mauvais traitements pendant les trois mois suivant l'accouchement (Santé Canada, 1999b).

**Le saviez-vous?** Les femmes enceintes courent un risque plus élevé d'être victimes de violence pendant la grossesse que de présenter des problèmes comme la prééclampsie, le placenta prævia ou le diabète gestationnel, des problèmes de santé pour lesquels on effectue un dépistage de routine.

Santé Canada, 1999b

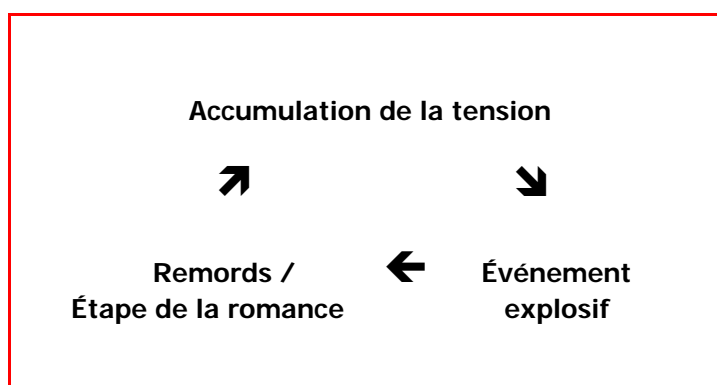
## La dynamique de l'abus

L'abus est relié à la mauvaise utilisation du pouvoir et du contrôle. L'abus a des conséquences graves pour les femmes, leurs enfants, leur famille, leur communauté et l'abuseur lui-même. L'abus peut se produire sous différentes formes comme : verbal, mental (psychologique), émotionnel, sexuel, physique, culturel, spirituel, financier, rituel et social (annexe A). Alors que la violence physique peut être considérée comme une manière de contrôler une femme, les femmes décrivent un phénomène tout entier d'abus qui leur donne un sentiment d'infériorité, diminue leur capacité de prise de décisions au sein de la relation et les isole de leurs amis et des membres de leur famille. L'isolement peut augmenter la vulnérabilité de la femme et son risque de courir un danger.

L'abus est un type de comportement systématique. Le plus souvent, les abuseurs ont appris ce comportement par le biais de leur expérience personnelle ou en observant d'autres personnes dans leur famille. Malheureusement, les abuseurs ont aussi appris que le comportement abusif est une manière efficace d'établir ou de conserver son contrôle sur une autre personne. L'abus est rarement présent au début d'une relation. L'abus, comme comportement, commence généralement par des incidents mineurs qui ne sont pas jugés généralement comme étant abusifs, mais qui font partie d'une tendance qui escalade avec le temps. Par exemple, de nombreuses femmes décrivent leur partenaire comme, au départ, les encourageant à ne plus voir leurs amis et les membres de leur famille. Au fil du temps, les femmes deviennent plus isolées et sont plus vulnérables au contrôle exercé par leur partenaire.

Le cycle de la violence correspond à un schéma de comportement et une séquence distincte (voir ci-dessous).

### *Cycle de la violence*



*Adapté de : A Handbook for Health and Social Service Professionals Responding to Abuse During Pregnancy, Santé Canada, 1999.*

Le remord et le regret exprimés par l'abuseur figurent parmi les raisons pour lesquelles les femmes maintiennent leur relation abusive. Il peut cependant y avoir d'autres raisons comme :

- la peur de ne pas être crue
- l'impression qu'elle est responsable de l'abus
- l'isolement par rapport à son système de soutien et aux ressources communautaires causé par le partenaire abusif
- la crainte de devoir quitter un environnement familier, sa collectivité, pour échapper à l'abuseur  
→ **ceci est une inquiétude particulière pour les femmes vivant dans de petites collectivités et (ou) des collectivités rurales**
- le manque de qualifications sur le plan de l'enseignement et (ou) de qualifications professionnelles
- le manque d'autres sources de revenu pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants
- la peur d'être poursuivie ou tuée par son partenaire abusif  
→ **ceci est particulièrement pertinent quand les femmes quittent une relation marquée par l'abus**
- crainte que l'abuseur pourrait se tuer si elle le quitte
- croyance que l'abus est normal (selon son expérience précédente)
- pression exercée par la famille ou la communauté de rester avec l'abuseur
- doctrine ou foi religieuse l'empêchant de quitter l'abuseur
- hésitation à priver ses enfants de leur père
- manque de pouvoir et de contrôle dans sa vie
- statut de réfugiée ou d'immigrante et peur de la déportation
- incapacité de parler anglais ou français

- crainte que ses enfants lui seront retirés par les autorités du bien-être de l'enfant et que la garde pourrait être accordée au partenaire abusif; et, enfin
- amour pour le partenaire abusif et espérance qu'il changera

Adapté de : *A Handbook for Health and Social Service Professionals Responding to Abuse During Pregnancy*, Santé Canada, 1999.

Les femmes ont le droit de choisir si elles vont révéler l'abus ou non ainsi que comment et quand accepter de l'aide. Leurs décisions doivent être respectées. Ces femmes sont les expertes pour déterminer leur niveau de risque et de sécurité. Les professionnels de la santé doivent être conscients de leurs sentiments personnels quand ils s'occupent de femmes qui choisissent de ne pas quitter une relation abusive.

**Le saviez-vous?** Il y a un risque accru de violence par les partenaires intimes une fois que les femmes ont quitté ces partenaires ou ces relations?

### *La dynamique d'abus pendant la grossesse*

Souvent, la violence escalade pendant la grossesse et les femmes sont victimes d'une forme de violence plus importante ou plus spécifiquement ciblée quand elles sont enceintes. Les jeunes femmes enceintes courent un risque encore plus élevé de violence (Santé Canada, 1999b). Des exemples spécifiques sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1 : La dynamique de l'abus pendant la grossesse**

Avant la grossesse	<i>L'abuseur pourrait :</i> agresser sexuellement la femme refuser d'avoir des relations sexuelles avec la femme refuser l'utilisation de la contraception ou l'obliger à l'utiliser refuser la protection contre les maladies transmises sexuellement (MTS) ou le VIH/sida
Une fois la grossesse commencée	<i>L'abuseur pourrait :</i> forcer la femme à avoir un avortement la blesser dans le but de causer une fausse-couche forcer la continuation d'une grossesse non désirée
Pendant la grossesse	<i>L'abuseur pourrait :</i> commencer, continuer ou changer le type d'abus contrôler, limiter, retarder l'accès aux soins prénataux utiliser la grossesse comme arme d'abus émotionnel (comme déclarer qu'elle est laide, refuser la paternité, refuser le soutien) nier l'accès aux ressources financières (alimentation/fournitures) menacer de la quitter déclarer qu'elle est une mère indigne la forcer à travailler
Pendant le travail ou la naissance	<i>L'abuseur pourrait :</i> contrôler la prise de décisions concernant : l'utilisation de médicaments pour la douleur/interventions faire des commentaires négatifs concernant le sexe du bébé
Après la naissance	<i>L'abuseur pourrait :</i> augmenter l'abus refuser l'accès au bébé exiger des relations sexuelles peu de temps après l'accouchement

## L'impact sur la santé de l'abus contre les femmes

La violence par un partenaire intime est la cause la plus courante de blessures chez les femmes, se produisant plus souvent que les accidents d'automobile, le vol et les agressions sexuelles par des étrangers combinés (IPV Guideline, BCRCP, 2003). Les recherches ont démontré que l'impact de la violence, tout au long de la vie d'une femme, est cumulatif, a un impact général sur sa santé, tout particulièrement pendant la période périnatale et postnatale. Enfin, la santé de la mère et de l'enfant est menacée, il y a un risque de traumatisme maternel, de mort du fœtus et de complications de la grossesse et de l'accouchement (tableau 2).

**Tableau 2 : Impacts sur la santé de l'abus contre les femmes**

Généraux	Sur la reproduction	Sur le fœtus/Nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> <li>• traumatismes et blessures physiques</li> <li>• symptômes neurologiques</li> <li>• stress/troubles de l'anxiété</li> <li>• troubles somatiques</li> <li>• dépression</li> <li>• abus de substances</li> <li>• troubles du sommeil</li> <li>• troubles de l'alimentation</li> <li>• douleur chronique</li> <li>• angine/hypertension</li> <li>• aggravation des problèmes médicaux chroniques</li> <li>• idées de suicide</li> <li>• homicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maladies transmises sexuellement (MTS)</li> <li>• relation sexuelle non protégée</li> <li>• contacts sexuels non désirés</li> <li>• grossesses non désirées</li> <li>• manque de contrôle sur la prise de décision concernant la reproduction</li> <li>• avortements spontanés</li> <li>• soins prénataux inadéquats</li> <li>• complications pendant l'accouchement</li> <li>• stérilité secondaire aux MTS</li> <li>• réactions psychologiques à un abus passé pendant le travail et l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• décollement placentaire</li> <li>• travail et (ou) accouchement prématuré</li> <li>• mort du fœtus</li> <li>• blessures au fœtus (fractures, hémorragies)</li> <li>• questions entourant l'attachement</li> <li>• mauvaise croissance foetale reliée à une mauvaise nutrition maternelle</li> <li>• infection néonatale secondaire aux MTS</li> <li>• mort du nouveau-né</li> <li>• diminution de l'initiation et de la durée de l'allaitement maternel</li> </ul>

Adapté de : *A Handbook for Health and Social Service Professionals Responding to Abuse During Pregnancy*, Santé Canada, 1999 et *IPV Guideline, BCRCP, 2003*.

L'impact sur la santé des abus perpétrés contre les femmes présente des facettes multiples, comme démontré au tableau ci-dessus. Non seulement y a-t-il des blessures physiques, mais il peut y avoir aussi des effets psychologiques à long terme. Par exemple, les femmes victimes d'abus présentent des niveaux élevés de stress et d'anxiété, souvent sur de longues périodes. On sait que le stress peut causer ou exacerber de nombreux autres problèmes de santé, y compris les problèmes cardiovasculaires, les troubles de la reproduction et certaines maladies auto-immunitaires (Bureau de santé de Middlesex-London, Rapport final, 2000).

Les femmes victimes d'un abus perpétré par un partenaire intime pourraient faire face à **des obstacles aux soins**. Par exemple, le partenaire pourrait minimiser les inquiétudes de la femme en matière de santé et influencer sur la décision de la femme de rechercher des conseils médicaux et (ou) une intervention. Dans des circonstances plus graves, le partenaire pourrait empêcher directement la femme d'obtenir des soins de santé ou pourrait interférer avec la prestation de services appropriés une fois qu'elle a accès aux soins.

De plus, à la suite de l'abus, la femme pourrait avoir appris à ne pas tenir compte de ses besoins et pourrait ne pas chercher à obtenir des soins de santé ou les repousser à plus tard. Si une femme recherche des soins, elle pourrait avoir accès à des cliniques sans rendez-vous ou à un service d'urgence au lieu de se rendre chez son fournisseur de soins de première ligne. Les soins sont



fragmentés et la question de l'abus pourrait ne pas être décelée, ce qui pourrait d'ailleurs correspondre à l'intention de la femme. Les femmes s'inquiètent que révéler l'abus pourrait :

- augmenter la violence dans leur relation et (ou)
- déclencher une intervention de la part de la police et (ou) des autorités de protection de l'enfant (comme arrestation des enfants dépendants).

L'obstacle final aux soins pourrait être relié au fait que les professionnels de la santé se sentent mal à l'aise et hésitent à poser des questions concernant l'abus. Les recherches démontrent que les femmes désirent qu'on leur pose des questions concernant l'abus. Les recherches indiquent également qu'il faut demander aux femmes au moins six à huit fois de parler de l'abus avant qu'elles ne le révèlent. Ceci renforce le besoin de services de dépistage routiniers et répétés. Une femme sera abusée au moins 28 fois avant de s'adresser à la police (Jaffe et Burris, 1981).

## L'abus et le système juridique

La violence domestique est un crime. L'abus physique et sexuel, ainsi que les menaces de violence, sont considérés comme des **délits criminels** dans différentes sections du Code criminel du Canada. Les violations du Code criminel peuvent entraîner une inculpation ou une déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Les poursuites spécifiques pouvant être entamées dans les cas d'abus perpétrés contre des femmes sont :

assaut	harcèlement criminel
voies de fait grave	voies de fait causant des lésions corporelles
agression sexuelle	agression sexuelle grave
agression sexuelle avec infliction de lésions corporelles	menaces
menace de causer la mort ou des lésions corporelles	agression sexuelle avec une arme
intimidation	séquestration
tentative de meurtre	meurtre

De plus, l'accusé pourrait être accusé de violation d'une ordonnance de la cour ou de violation d'un ordre, de conditions de cautionnement ou de probation. L'annexe B fournit des exemples de comportements abusifs et leur description selon le Code criminel du Canada

Pour **inculper** une personne d'un délit, la police n'a besoin que de raisons raisonnables et probables.

Pour **condamner** l'accusé, la partie poursuivante doit prouver au-delà du doute raisonnable le motif d'inculpation.

Santé Canada, 1999a

Quand une femme révèle un abus et qu'il y a inculpation, elle pourrait devoir interagir avec de nombreuses facettes différentes du système de justice canadien, en particulier : les autorités du droit criminel et civil, les tribunaux familiaux et le système de protection de l'enfant. Le cheminement au sein du système juridique est complexe et on devrait conseiller à la femme d'obtenir une aide, particulièrement si elle envisage de quitter son partenaire. Il est important d'informer la femme qu'une fois l'abus signalé aux autorités, c'est la police (et non la femme) qui intente des poursuites contre l'accusé. Le processus échappe alors au contrôle de la femme, une situation précaire pour une femme qui pourrait déjà se sentir sans pouvoir et sans contrôle dans sa vie. Les bureaux des procureurs de la Couronne sont chargés d'intenter des poursuites de manière vigoureuse et consistante dans tous les

cas d'abus contre les femmes. Seule la Couronne peut annuler des poursuites une fois qu'elles ont été entamées (Santé Canada, 1999a).

**Souvenez-vous** ... en Ontario, les professionnels des soins de santé sont obligés de signaler les incidents de violence domestique aux services à la famille et à l'enfance en cas de menace d'abus ou de négligence envers des enfants de moins de 16 ans. Il pourrait également être approprié pour les professionnels des soins de santé de référer la femme aux services à la famille et à l'enfance pendant la période prénatale, quand il y a des inquiétudes concernant une possibilité de violence domestique.

Dans la plupart des cas, il faudrait faire des efforts pour signaler à la femme votre obligation de signaler vos inquiétudes relatives au bien-être et à la sécurité de ses enfants. Offrez-lui l'occasion de participer à ce processus afin de maintenir une relation thérapeutique axée sur la confiance.

## Le rôle des professionnels de la santé

La grossesse, c'est une période de risque élevé, mais cela représente aussi une occasion unique d'identifier, d'évaluer et d'aider les femmes victimes d'abus. L'enseignement aux professionnels de la santé concernant l'abus contre les femmes est l'une des premières étapes de l'élaboration d'une réponse intégrée (Guest 2000). Une autre étape importante, c'est la création de milieux de pratique où la divulgation est possible (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996). La disponibilité de matériel d'enseignement aux patientes et d'informations concernant des ressources spécifiques dans les salles d'attente, les salles d'examen et les toilettes démontre la sensibilisation et la sensibilité des professionnels de la santé à la question des femmes abusées. Le processus d'intervention face à l'abus contre les femmes pendant la période périnatale inclut également :

- la création d'un milieu de pratique encourageant la détection de l'abus
- la sensibilisation aux signes d'abus
- l'identification des cas d'abus par le biais d'un dépistage routinier, universel et complet
- la préparation des individus et des établissements à réagir à la divulgation de l'abus, ce qui inclut :
  - un traitement approprié
  - l'identification des personnes clés dans l'établissement disposant de la compétence nécessaire et de la compréhension de la dynamique de l'abus
- l'élaboration de politiques, de protocoles et d'autres ressources écrites
- des mécanismes pour soutenir et référer les femmes
- l'enseignement et le soutien au personnel
- l'établissement de liens intersectoriels pour fournir une continuité et des soins ainsi qu'un soutien (Guest, 2000).

## Dépistage

« Comme un grand nombre de femmes sont victimes d'abus pendant la grossesse, le dépistage de l'abus pendant la grossesse doit être **une partie routinière des soins prénataux** » (Santé Canada, 1999b, p. 22). L'abus contre les femmes devrait être un sujet inclus dans les formulaires standards, un sujet sur lequel devraient se pencher les professionnels des soins de santé au même titre que poser des questions concernant les problèmes médicaux et les facteurs reliés au mode de vie. Quand la question est visible, elle sert à rappeler cette question aux professionnels de la santé et donne une crédibilité à ces inquiétudes. De plus, on aura peut-être besoin de poser cette question plusieurs fois avant que la femme ne révèle un abus possible et donc des questions périodiques ainsi qu'une approche systémique à l'abus contre les femmes sont nécessaires. Les travailleurs des soins de santé, les établissements de santé et les agences de services communautaires pourraient adopter un

outil de dépistage spécifique et (ou) élaborer leurs propres politiques et (ou) cheminement clinique concernant le dépistage et le traitement après la divulgation (Dienemann, Campbell, Wiedehorn, Laughon et Jordan, 2003). Des exemples de ces outils de dépistage sont présentés aux annexes C-F. On trouvera à l'annexe G des lignes directrices en vue de la rédaction d'un modèle de politique.

Wathen et MacMillan (2002) déclarent « il n'y a pas de preuves suffisantes pour recommander ou non le dépistage routinier universel de la violence contre les femmes enceintes ou non enceintes...; cependant, les cliniciens devraient être alertés aux signes et symptômes d'abus possible et pourraient désirer poser des questions sur une exposition possible à un abus pendant l'évaluation diagnostique de ces patientes » (p. 582). Les principes de dépistage routinier universel et complet (RUCS) ont été appuyés par un certain nombre de groupes dans tout l'Ontario à la suite du développement du protocole RUCS (voir annexe H pour l'algorithme RUCS).

- **Le dépistage routinier** signifie que l'on pose régulièrement des questions concernant l'abus, quand les femmes sont en contact avec un professionnel de la santé, que des indicateurs d'abus aient été identifiés ou non.
- **Le dépistage universel** signifie que l'on pose à chaque femme des questions concernant son expérience actuelle ou passée de l'abus. Le dépistage universel est très important car il donne à cette question une expression et une visibilité.
- **Le dépistage complet** signifie que l'on demande aux femmes si elles ont fait l'expérience (pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte) ou si elles sont actuellement victimes d'une forme quelconque d'abus physique, sexuel et (ou) psychologique (Bureau de santé de Middlesex-London, 2002).

Quand les professionnels de la santé procèdent à un dépistage de l'abus, ils doivent faire preuve de délicatesse concernant la situation dans laquelle la femme risque de se trouver. Voici quelques lignes directrices pour le dépistage :

#### **CE QU'IL FAUT FAIRE...**

- croire la description de l'abus par la femme
- lui faire savoir que l'abus est un crime
- lui faire savoir qu'elle n'est pas responsable de l'abus
- lui faire savoir que de l'aide est disponible
- l'aider à identifier les options
- utiliser un langage spécifiquement non axé sur le genre (parler de partenaire, de personne importante)
- écouter et valider
- manifester son inquiétude et son respect envers la femme
- respecter la confidentialité
- expliquer à la femme qu'en cas de menace, d'abus ou de négligence envers des enfants de moins de 16 ans, en tant que professionnel, vous êtes obligé de faire un rapport
- respecter les choix de la femme en matière de mode de vie et reconnaître que le processus de réaction à l'abus doit se dérouler à son rythme propre, selon ses décisions
- offrir des ressources communautaires et internes
- documenter de manière exacte et complète la divulgation faite par la femme
- reconnaître votre propre attitude face aux abus contre les femmes

#### **CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE...**

- ne pas tenir compte de la divulgation
- blâmer la personne ou lui faire honte
- minimiser ou maximiser l'expérience
- effectuer le dépistage en présence d'autres personnes
- avoir recours à des membres de la famille pour interpréter quand la femme ne parle pas la langue de l'entrevue
- sacrifier la sécurité et la confidentialité au nom des soins centrés sur la famille

- supposer que vous savez ce qui est préférable ou ce qui assurera la sécurité de la femme après la divulgation
- juger les choix passés, présents ou futurs de la femme
- utiliser un langage qui pourrait être perçu comme équivoque (vague) devant les tribunaux

Jusqu'à ce que le dépistage de l'abus contre les femmes devienne vraiment routinier, il pourrait être difficile pour les fournisseurs de soins de santé de poser ces questions. Vous pourriez dire, avant de poser la question : « **comme la violence contre les femmes est si courante, je pose à toutes mes patientes et clientes la question suivante...** » (AAP et ACOG, 2002, p. 87), ce qui rassurera les femmes en leur expliquant qu'elles ne sont pas visées individuellement par ces questions.

Voici quelques manières différentes de poser la question :

1. Au cours de l'année dernière, ou depuis que vous avez commencé cette grossesse, avez-vous été menacée ou battue, avez-vous reçu des gifles, des coups de pied ou été blessée physiquement par quelqu'un?
2. Avez-vous déjà été obligée d'avoir des relations sexuelles quand vous ne les désiriez pas? Avez-vous été forcée de faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire?
3. Les blessures que vous avez suggèrent que quelqu'un vous a frappée. Est-ce que c'est possible?
4. Il semble que vos blessures pourraient avoir été causées par quelqu'un qui vous fait du mal ou vous abuse. Est-ce que quelqu'un vous a fait du mal?
5. Selon mon expérience de travailleuse de la santé, je sais que l'abus et la violence à la maison c'est un problème pour beaucoup de femmes. Est-ce que c'est un problème pour vous d'une façon ou d'une autre?
6. Nous savons que l'abus est si courant et si répandu que nous posons de manière routinière des questions à ce sujet à toutes les femmes, pour savoir si elles sont victimes d'abus ou de violence à la maison.
7. J'ai noté qu'il semblait y avoir une certaine tension entre vous et votre partenaire. Comment va votre relation? Qu'est-ce qui se passe quand vous et votre partenaire n'êtes pas d'accord?
8. Avez-vous peur de votre partenaire?
9. Est-ce que votre partenaire vous fait des commentaires blessants? Est-ce qu'il vous critique? Est-ce qu'il critique votre famille ou vos amis? Est-ce qu'il vous insulte?
10. Avez-vous peur d'emmener le bébé à la maison?

De plus, les travailleurs de la santé devraient reconnaître que leur approche pourrait influencer sur la réponse de la femme aux questions concernant l'abus. Il faut poser les questions de manière empreinte de compassion, sans porter de jugement, dans un milieu sécuritaire. Si une femme révèle un abus, il faut évaluer la sécurité immédiate et future de la femme et prendre les mesures nécessaires. Le rôle des professionnels de la santé est résumé au tableau 3.

### ***Tableau 3 : Le rôle des professionnels de la santé***

**Poser des questions concernant l'abus**

- les introduire comme des questions de routine

**Évaluer le risque immédiat en posant des questions concernant :**

- la présence d'enfants à la maison (s'il y a un risque pour les enfants, il faut envoyer un rapport à la société d'aide à l'enfance ou aux services locaux à la famille et à l'enfance)
- le type d'abus
- la santé mentale de l'abuseur (des antécédents de dépression ou de tentative de suicide font courir à la femme un risque accru)
- présence/disponibilité d'armes
- escalade récente de l'abus

**Aider la femme à élaborer un plan de sécurité incluant :**

- la divulgation à la famille, aux amis et aux voisins
- contacter la police locale (avec le consentement de la femme)
- prévoir un logement d'urgence
- avoir accès à des conseils juridiques
- rassembler les documents, les vêtements, l'argent
- fournir des matériaux et des informations concernant le soutien communautaire / ressources.

**\*\*Les femmes courent un risque accru de violence (mort) quand elles quittent une relation d'abus\*\***

**Diriger la femme vers des ressources disponibles**

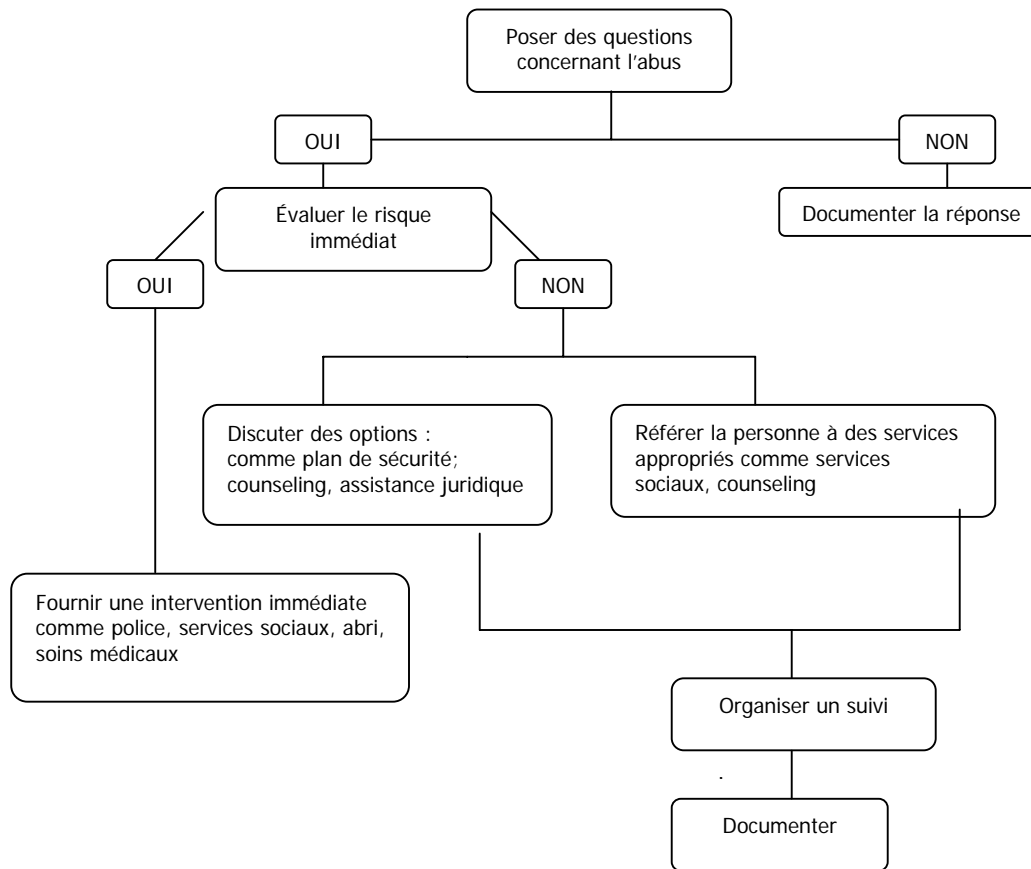
- traitement médical (services d'urgence, fournisseur de soins de première ligne) et suivi
- police et (ou) conseils juridiques
- travailleuse sociale
- ligne téléphonique d'aide pour les femmes battues
- centre de soins et de traitements pour les agressions sexuelles et la violence domestique
- services sociaux – aide financière, logement
- counseling
- agences communautaires (société d'aide à l'enfance)
- abris pour les femmes

**Suivi**

- évaluation en vue d'un soutien continu et d'une intervention
- aider à la coordination de la prestation intégrée des services

*Adapté de : Best Practice Guidelines for Health Care Providers Working with Women Who Have Been Abused, OHA, 1997.*

### *Echantillon d'algorithme pour les professionnels de la santé*



Dans certains cas, la femme et l'abuseur ont le même médecin. Cette situation ne représente pas un conflit d'intérêts. Cependant, si le médecin juge qu'il est incapable de fournir des soins non biaisés aux deux parties, il est approprié d'adresser l'une ou l'autre des personnes vers un autre professionnel. Les principes de confidentialité, de soins médicaux de qualité et de sécurité restent très importants pour les deux clients. Les informations obtenues auprès d'une personne ne doivent pas être partagées avec le ou la partenaire sans permission explicite. De plus, les informations reçues de la femme ne sont documentées que sur son dossier et vice-versa (Ferris, Norton, Dunn, Gort et Degani, 1997).

### ***Documentation***

Quand une femme révèle un abus, il est de la plus grande importance de tout documenter. La documentation médicale pourrait jouer un rôle pour prouver l'absence ou la présence d'intentions criminelles (Santé Canada, 1999a).

La documentation de l'incident devrait inclure ce qui suit :

- les antécédents médicaux
- la plainte principale (en utilisant les mots de la femme)
- une description de l'incident relié au type de blessure
- une description détaillée des blessures (utiliser un diagramme anatomique ou une carte du corps)
- photos (ceci peut être utile mais elles ne peuvent être prises qu'avec le consentement de la femme)
- échantillons, résultats de laboratoire et (ou) d'autres tests diagnostiques et diagnostics

- documentation du traitement médical *Adapté de : A Handbook Dealing with Woman Abuse and the Canadian Criminal Justice System: Guidelines for Physicians, Santé Canada, 1999.*

**Souvenez-vous** ... de ne pas documenter une divulgation d'abus dans toute documentation que la femme pourrait apporter chez elle à la maison (comme fiche prénatale). **Veillez** à ce que cette information soit documentée ailleurs.

**Souvenez-vous** ... si le dossier de santé est assigné à titre de témoignage, la défense a accès à toutes les informations qui y sont incluses. **Il ne faut pas** documenter toute information non médicale qui pourrait faire courir un danger à la femme (soit là où elle se trouve si elle quitte son conjoint).

### Prévention

La prévention de l'abus contre les femmes est une tâche lourde. Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle proactif en matière de prévention et de dépistage précoce. La prévention de l'abus contre les femmes nécessite une sensibilisation accrue et une compréhension de la dynamique de l'abus. Un aspect important de la prévention consiste à donner du pouvoir aux femmes. Les fournisseurs de soins de santé et de services peuvent élaborer des stratégies de prévention directement avec les clientes ainsi que dans leur propre organisme et collectivité. Les niveaux de prévention sont décrits ci-dessous.

**Tableau 4 : La prévention de l'abus**

Primaire	Secondaire	Tertiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• acceptation d'une philosophie de tolérance zéro face à la violence</li> <li>• lieu de travail sans violence</li> <li>• enseignement concernant les pratiques d'éducation des enfants non violentes</li> <li>• lutte contre la violence dans les médias</li> <li>• enseignement concernant les aspects intergénérationnels de l'abus</li> <li>• intervention auprès des enfants de femmes victimes d'abus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identification et intervention précoces avant la situation abusive</li> <li>• militer pour obtenir les services nécessaires</li> <li>• évaluation et dépistage de routine</li> <li>• fourniture de matériel éducatif</li> <li>• aider à coordonner les services et les agences de la collectivité</li> <li>• faciliter l'approche interdisciplinaire aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• travailler avec les familles qui ont été victimes de violence</li> <li>• planification de la sécurité</li> <li>• aiguillage/information concernant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>l'aide juridique</li> <li>l'emploi</li> <li>le logement</li> <li>la garde des enfants</li> <li>les services de santé</li> <li>le soutien social</li> <li>le counseling</li> </ul> </li> </ul>

*Adapté de : IPV Guideline, BCRCP, 2003.*

## Résumé

Poser des questions aux femmes concernant l'abus envoie un message clair à l'effet que :

- l'abus contre les femmes comporte des effets graves sur la santé
- les professionnels de la santé reconnaissent que l'abus contre les femmes est un grave problème dans la société en plus d'être un crime et
- les professionnels de la santé sont prêts à fournir une aide.

La sensibilisation à l'abus contre les femmes, sa prévalence, sa dynamique unique et ses conséquences pour les femmes sont d'une importance critique si les professionnels de la santé et les agences de services communautaires veulent être en mesure d'intervenir pour protéger les femmes et leurs enfants dépendants des blessures physiques, de la détresse psychologique et d'autres incidents abusifs. Le dépistage routinier, l'identification et l'intervention précoces, les aiguillages appropriés et les traitements offrent des stratégies permettant de lutter contre l'abus subi par les femmes pendant la période périnatale. En réagissant de manière appropriée à la divulgation d'un abus contre une femme, les professionnels de la santé sont en mesure d'aider les femmes à réduire les risques, pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

**Enfin ...** souvenez-vous que les professionnels de la santé ne sont pas **exclusivement** responsables de trouver des solutions à l'abus contre les femmes, mais plutôt doivent se considérer comme faisant partie d'un **système de réaction communautaire**.

Metro Woman Abuse Council, 1997, p. 15.



## Recommandations

Les recommandations suivantes sont proposées afin de fournir des soins optimaux aux femmes pendant la période périnatale.

1. Le dépistage routinier, universel et complet de l'abus contre les femmes devrait devenir une norme de soins dans toute la région.
2. On devrait poser à chaque femme des questions sur la présence de violence dans sa vie, particulièrement pendant la période périnatale. On devrait poser des questions de différentes manières et dans différents milieux, y compris les services d'urgence, les milieux de soins primaires (médecins, sages-femmes, infirmières praticiennes), les cliniques sans rendez-vous, les classes prénatales, les unités d'obstétrique, les unités de post-partum et (ou) les unités de soins intensifs néonataux.
3. On devrait évaluer la sécurité de la femme et de ses enfants dépendants, qu'elle ait révélé un abus ou non.
4. Tous les professionnels de la santé devraient savoir quand la santé et la sécurité sont menacées et aider à effectuer une planification de la sécurité, particulièrement si et quand une femme prévoit quitter son conjoint.
5. Les établissements de santé et les agences de services communautaires devraient disposer de politiques leur permettant de répondre aux divulgations d'abus (aiguillage approprié en vue d'un traitement, soutien et suivi, ressources disponibles dans la collectivité, obligation de faire une déclaration aux autorités et de fournir une documentation).
6. Les professionnels de la santé devraient être au courant de leur obligation de déclarer tout cas d'abus contre un enfant, soupçonné ou signalé, ou encore de négligence envers un enfant, à une autorité de services à la famille.
7. On devrait développer l'enseignement concernant l'abus contre les femmes, particulièrement la violence pendant la période périnatale, dans un certain nombre de forums comme par exemple, sans s'y limiter : les classes prénatales, les programmes d'études en soins infirmiers et en médecine, les organismes professionnels, les agences et établissements individuels de soins de santé, les agences de services communautaires, les fournisseurs de soins de première ligne et les programmes d'étude des écoles secondaires.
8. Les professionnels de la santé devraient être conscients du problème d'abus contre les femmes, particulièrement de son impact pendant la période périnatale. Ce comité accepte de faciliter ou de fournir des séances éducatives portant sur le dépistage de l'abus, la dynamique de l'abus et la planification de la sécurité, tant sur le plan formel qu'informel.
9. Tout en reconnaissant les limites imposées par le système de soins de santé, les professionnels des soins de santé devraient se demander attentivement s'ils sont capables de fournir des soins compétents à la femme, à l'abuseur et aux autres membres de la famille dans le cadre de leur pratique. Des efforts diligents devraient être faits pour aiguiller la cliente vers un autre professionnel.

## Services et ressources

<i>Services</i>	
Police, pompiers ou ambulance 911	Centre d'intervention en temps de crise 1-888-757-7766
Services pour les femmes abusées 613-745-4818 Services pour femmes battues 613-745-3665	S.O.S Femmes 1-800-387-8603
<i>Ressources</i>	
Réseau d'agression sexuelle/Violence domestique de l'Ontario – Centres de soins et de traitements <a href="http://www.satconario.com">www.satconario.com</a>	Guide to Services for Assaulted Women in Ontario (2 <sup>e</sup> éd.) Community Information Toronto, 1999. <a href="http://www.communityinfotoronto.org">www.communityinfotoronto.org</a>
Ligne d'aide pour les femmes agressées 1-866-863-0511 ou 1-866-863-7868 (ATS) <a href="http://www.awhl.org">www.awhl.org</a>  (fournit également des services)	Education Wife Assault 427, rue Bloor ouest C.P. 7 Toronto (Ontario) M5S 1X7 416-968-3422 ou 416-968-7335 (ATS) <a href="http://www.womanabuseprevention.com">www.womanabuseprevention.com</a>
Centre national d'information sur la violence dans la famille 7 <sup>e</sup> étage, édifice Jeanne Mance Tunney's Pasture Ottawa (Ontario) K1A 1B4 1-800-267-1291 ou 613-957-7285 <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn">http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn</a>	Metropolitan Action Committee on Violence against Women and Children 158, chemin Spadina Toronto (Ontario) M5R 2T8 416-392-3135   1-877-558-5570 <a href="http://www.metrac.org">www.metrac.org</a>
Programme Meilleur départ : Centre de ressources pour la mère, le nouveau-né et le développement de la petite enfance 1900-180, rue Dundas ouest Toronto (Ontario) M5G 1Z8 1-800-397-9567 ou 1-416-408-2249 <a href="http://www.beststart.org">www.beststart.org</a>	Réseau de santé des femmes de l'Ontario – Répertoire des services de santé de l'est de l'Ontario (Stormont, Dundas, Glengarry et Prescott-Russell) 2000. et In Our Hands – A Guide to Women's Health and Community Services (Eastern Ontario). 2001 1-877-860-4545 <a href="http://www.owhn.on.ca">http://www.owhn.on.ca</a>
Ontario Women's Justice Network <a href="http://www.owjn.org">www.owjn.org</a>	Services pour les femmes agressées – Manuel de référence pour les professionnels fournissant des services aux femmes agressées (Ottawa, Carleton, Stormont, Dundas, Glengarry, Prescott-Russell et Renfrew). 1997 613-725-3601

Pour obtenir des informations sur les ressources et les initiatives dans votre région, veuillez contacter la ligne d'aide de votre bureau de santé local ou la ligne d'aide des femmes agressées.

## Références

- American Academy of Pediatrics & The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). Guidelines for perinatal care (5th ed.). Washington: Authors (pp 87-89).
- British Columbia Reproductive Care Program (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>
- Dienemann, J., Campbell, J., Wiederhorn, N., Laughon, K., & Jordan, E. (2003). A critical pathway for intimate partner violence across the continuum of care. JOGNN, 32(5), 594-603
- Ferris, L.E., Norton, P.G., Dunn, E.V., Gort, E.H., & Degani, N. (1997). Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. JAMA, 278(10), 851-857.
- Guest, S. (2000). Violence in pregnancy. CNIG Newsletter, 2, 13-15.
- Santé Canada (1999a). A handbook dealing with woman abuse and the Canadian criminal justice system: Guidelines for physicians. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Canada (1999b). A handbook for health and social service professionals responding to abuse during pregnancy. Ottawa : Santé Canada.
- Jaffe, P., & Burris, C.A. (1981). The response of criminal justice system to wife abuse.
- Bureau de santé de London-Middlesex (2000). Task force on the health effects of woman abuse – Final report. p. 15-16.
- Metro Woman Abuse Council (1997). Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused. Toronto: Ontario Hospital Association. (Publication #401)
- Reid, A., Biringer, A., Carroll, J., Midmer, D., Wilson, L., Chalmers, B., & Stewart, D. (1998). Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. CMAJ, 159(6), 677-684.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1996). Policy statement: Violence against women. [http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc\\_docs/common/guide/pdfs/ps46.pdf](http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps46.pdf)
- Sokolsky, A. (2001). Domestic violence in pregnancy, CNIG Newsletter, 1, 7-9.
- Swirsky, H. (2000). Domestic violence. CNIG Newsletter, 2, 9-12.
- Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2003). Recommendation statement from the Canadian task force on preventive health care. JAMA, 169(6), 582-584.

## Annexes

### Annexe A

#### Les types d'abus

Type d'abus	Quelques exemples
Verbal	crier, insulter, ridiculiser, menacer
Mental (psychologique)	utiliser des tactiques pour convaincre la femme qu'elle est folle ou qu'elle est stupide, la manipuler, lui faire un lavage de cerveau, ne pas lui donner d'affection
Émotionnel	utiliser la culpabilité et d'autres stratégies pour faire penser à la femme que c'est une mauvaise mère/partenaire/personne, ne pas lui porter d'attention ou la négliger, utiliser la jalousie pour la contrôler
Sexuel	empêcher les choix en matière de sexualité, de contrôle des naissances ou de protection contre les MTS, contacts sexuels non désirés, dégrader le corps de la femme
Physique	frapper, étrangler, donner des coups de pied, des coups de poing, lancer des objets, utiliser des armes, pousser, faire des menaces de violence
Culturel	ridiculiser la culture de la femme, insultes raciales
Spirituel	ridiculiser la religion de la femme, l'empêcher de pratiquer sa religion, se moquer de ses croyances
Financier	contrôler les décisions en matière de finances, ne pas permettre à la femme d'avoir accès à son argent, voler son argent ou ses biens, refuser de payer les factures, ne pas lui permettre d'aller au travail ou à l'école
Rituel/ritualisé	cultes sataniques ou soi-disant chrétiens, abus généralisé
Social	isoler la femme de ses amis ou de sa famille, contrôler ses déplacements et qui elle peut rencontrer, intercepter son courrier, lui refuser son intimité

*Adapté de : Lanark County Coalition against Violence, 2003 & IPV Guideline, BCRCPC. 2003.*

## Annexe B

### Les types d'abus considérés comme des crimes au Canada

Type d'abus	Délit criminel	Pas un délit
Physique	donner des coups, pincer, gifler, pousser, donner des coups de poing, donner des coups de pied, brûler, étrangler, mordre, tirer des balles d'arme à feu, poignarder, couper, séquestrer	
Sexuel	attouchements sexuels ou activité sexuelle non désirée et à laquelle la femme n'a pas consenti	
Émotionnel/ psychologique	menacer de faire du mal à une personne ou à une tierce personne, endommager les biens, suivre une personne de manière répétée ou communiquer avec elle, observer ou se comporter d'une manière menaçante (harcèlement criminel)	humilier, insulter, ne pas faire attention à la personne, hurler, se moquer, dire à quelqu'un ce qu'elle a le droit ou ce qu'elle n'a pas le droit de faire, où elle peut aller et avec qui elle peut se lier d'amitié
Financier		refuser d'accorder de l'argent à quelqu'un, refuser de la laisser travailler

*Adapté de : Abuse is wrong in any language. Ottawa, Ontario, ministère de la Justice Canada et le Solliciteur général du Canada, 1995. Rapport No. HV 6626.23C3A38. In 'A Handbook Dealing with Woman Abuse and the Canadian Criminal Justice System: Guidelines for Physicians. Santé Canada, 1999.*

## Annexe C

### Protocole de dépistage complet universel routinier (RUCS)

#### 1. OUI NON

- Abus au cours des 12 derniers mois?  sexuel  physique  émotionnel  financier
- Abus actuellement?  sexuel  physique  émotionnel  financier
- Abus dans le passé?  sexuel  physique  émotionnel  financier
- Répond **NON, mais des indicateurs sont présents** (passer au n° 3)
- Avez-vous encore des contacts avec l'abuseur? \_\_\_\_\_
- Vous sentez-vous en sécurité actuellement? \_\_\_\_\_
- Des enfants de moins de 16 ans courent-ils un risque? \_\_\_\_\_

#### 2. Si la cliente répond OUI à l'une des questions ci-dessus, veuillez remplir ce qui suit :

##### Ce qui a été fait

- Documenter l'évaluation de santé au besoin
- Donner une carte de référence
- Fournir le transport
- Discuter de la situation
- Fournir un counseling
- Intervention offerte et refusée

##### Référence effectuée pendant la visite

- Ligne d'aide pour les femmes abusées
- Soins à court terme/logement/abri
- Soins d'urgence pour les agressions sexuelles
- Police
- Société d'aide à l'enfance
- Centre de traitement pour les agressions sexuelles et la violence domestique

---

---

---

---

---

#### 3. Si la cliente ne signale pas d'abus, mais que des indicateurs sont présents, veuillez effectuer les interventions suivantes :

##### Ce qui a été fait

- Discuter des indicateurs spécifiques qui vous font soupçonner un abus
- Fournir des informations générales sur l'abus contre les femmes et les effets négatifs sur la santé
- Documenter les réponses et les indicateurs suspects (voir au dos)

---

---

---

---

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Évaluation de santé RUCS

(Décrivez la fréquence et la gravité des abus présents et passés, en utilisant les mots exacts employés par la cliente. Décrivez le mécanisme, l'emplacement et le degré de la blessure et (ou) des autres symptômes et (ou) des autres problèmes. Souvenez-vous de mettre l'accent sur l'incident premier, le pire et le plus récent, pour l'abus présent et passé.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Source : Bureau de santé London-Middlesex, 2002.

## Annexe D

### Outil d'évaluation de la santé psychosociale prénatale

On a démontré que les problèmes psychosociaux suivants pendant la période prénatale sont associés à des résultats défavorables pendant le post-partum (voir ci-dessous). Ce guide devrait être utilisé comme sujets de discussion afin de planifier des soutiens ou des services pour répondre à ces besoins.

Le contenu de ce formulaire peut être délicat. Il faudra réfléchir soigneusement avant de partager ces informations avec d'autres soignants.

#### **LÉGENDE**

AE – abus d'enfant	PPN – petit poids de naissance
DC – dysfonction du couple	MP – maladie physique
DP – dépression pendant le post-partum	AF – abus contre la femme

Le **caractère gras** indique des preuves évidentes d'association  
Les mots qui ne sont pas en caractères gras indiquent des preuves raisonnables d'association

#### FACTEURS PRÉNATAUX

##### **Facteurs familiaux**

Soutien social (**AE**, **AF**, DP)

Comment votre partenaire/famille se sentent-ils concernant votre grossesse?

Quel soutien obtenez-vous de la part de votre famille, de vos amis et de votre partenaire?

Qui vous aidera quand vous rentrerez à la maison avec votre bébé?

Quels amis ou membres de la famille avez-vous en ville?

Événements récents de la vie qui ont été stressants (**AE**, **AF**, **DP**, MP)

Quels changements de mode de vie avez-vous vécus cette année?

Quels changements prévoyez-vous pendant cette grossesse?

Relation du couple (**DC**, **DP**, AF, AE)

Votre partenaire participera-t-il aux soins du bébé?

Comment partagez-vous les tâches à la maison? Comment vous sentez-vous face à ceci?

Comment pensez-vous que votre relation évoluera après la naissance du bébé?

Avez-vous des inquiétudes concernant votre relation?

Station socioéconomique (PPN)

Antécédents d'emploi (pour les deux partenaires)

Avez-vous des inquiétudes financières?

##### **Facteurs maternels**

Soins prénataux (commencés tard) (**AF**)

Première visite prénatale pendant le troisième trimestre? (vérifier les dossiers)

Classe prénatale (refus ou abandon) (**AE**)

Prévoyez-vous suivre des classes prénatales?

Sentiment concernant la grossesse après 20 semaines (**AE**, **AF**)

Comment avez-vous réagi quand vous avez découvert que vous étiez enceinte?



Comment vous sentez-vous à ce sujet actuellement?

**Relation avec les parents (AE)**

Pendant votre enfance, vous êtes-vous sentie aimée par vos parents?

Comment vous êtes-vous entendue avec vos parents?

Dans quelle mesure imitez-vous le style de parentage de vos parents?

Qu'est-ce que vous aimeriez faire différemment?

**Estime de soi (AE, AF)**

Qu'est-ce qui vous inquiète concernant votre futur rôle de mère?

**Antécédents de problèmes psychiatriques ou émotionnels (AE, AF, DP)**

Avez-vous déjà eu des problèmes émotionnels?

Avez-vous jamais vu un psychiatre ou un thérapeute?

**Dépression pendant cette grossesse (DP)**

De quelle humeur avez-vous été pendant cette grossesse?

**Abus de substances**

**Tabagisme (PPN)**

Est-ce que vous fumez?

Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

Est-ce que vous aimeriez recevoir de l'aide pour arrêter de fumer?

**Alcool (AF, AE)**

Combien de boissons alcoolisées buvez-vous par semaine?

Y a-t-il des moments où vous buvez plus que cela?

Est-ce que vous ou votre partenaire avez un problème d'alcool ou de drogues?

**Violence familiale**

**Femme ou partenaire ayant été victime d'abus ou témoin d'abus (AE, AF)**

Comment était la relation de vos parents?

Est-ce que vous avez déjà entendu ou vu votre père faire peur à votre mère ou la blesser?

Avez-vous déjà été frappée gravement ou effrayée par l'un de vos parents?

**Abus contre la femme actuel ou passé (AF, AE, DP)**

Comment vous et votre partenaire résolvez- vos discussions?

Avez-vous déjà été frappée, poussée, giflée par votre partenaire?

Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait?

Est-ce que votre partenaire actuel vous humilie ou vous abuse d'autres manières sur le plan psychologique?

Avez-vous déjà été forcée d'avoir des relations sexuelles contre votre volonté?

**Abus d'enfant précédent par la femme ou son partenaire (AE)**

Avez-vous actuellement des enfants qui ne vivent pas avec vous? Si c'est le cas, pourquoi?

**Discipline chez les enfants (AE)**

Comment pensez-vous que vous allez discipliner votre enfant?

Comment réagissez-vous à la maison quand vos enfants font des bêtises?

Comment vos parents vous ont-ils disciplinée?

Source : Reid et al., 1998.

## Annexe E

### Outil de dépistage de l'abus contre les femmes (WAST)

1. En général, comment pourriez-vous décrire votre relation?
2. Comment vous et votre partenaire réglez les discussions?
3. Est-ce qu'à la suite des discussions, vous vous sentez déprimée ou est-ce que cela vous donne une mauvaise image de vous-même?
4. Les discussions aboutissent-elles parfois à des coups, des coups de pied ou à être poussée?
5. Vous sentez-vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait?
6. Votre partenaire vous a-t-il déjà abusée physiquement?
7. Votre partenaire vous a-t-il déjà abusée émotionnellement?

Source : Université Queen's, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

## Annexe F

### L'outil « Safe »

Le dépistage ne signifie pas nécessairement poser une longue liste de questions pouvant être inappropriées ou difficiles à utiliser dans certaines situations. Cet outil a été conçu pour être mémorisé aisément et employé rapidement.

- S** « *spousal* »            Comment décrit-elle la relation avec son **conjoint**?
- A** « *argue* »            Qu'est-ce qui se passe quand elle et son mari ont une **discussion**?
- F** « *fight*s »            Les **discussions** aboutissent-elles à ce que la femme soit frappée, poussée ou blessée?
- E** « *emergency* »        A-t-elle un plan d'**urgence**?

Source : Outil « Safe », nd.

## Annexe G

### Échantillon de lignes directrices en matière de politiques

Les professionnels de la santé employés par et affiliés à \_\_\_\_\_ ont la responsabilité d'identifier les femmes abusées, de combler leurs besoins de manière efficace et de prévenir tout abus futur, dans la mesure du possible, quels que soient l'origine ethnique de la femme, ses valeurs culturelles, sa race, sa religion, sa classe, son état civil, son orientation sexuelle, sa capacité physique, son état psychologique et ses antécédents psychiatriques/criminels.

Les étapes de ce processus sont les suivantes :

1. Introduire des stratégies pour aider les professionnels à déceler les cas où une femme se trouve dans une situation d'abus, y réagir de manière efficace et prévenir tout abus futur dans la mesure du possible.
2. Utiliser des stratégies qui donnent du pouvoir aux femmes.  
L'abus contre les femmes est :  
un abus de pouvoir,  
contre la loi, et  
n'est pas causé par la femme.  
De nombreuses femmes sont victimes d'abus.  
Les femmes qui ont été abusées ont des options qui s'offrent à elles et ont le droit de choisir.  
Les professionnels de la santé ne sont pas exclusivement responsables de trouver des solutions à ce problème mais devraient plutôt se considérer comme faisant partie d'un système de réponse communautaire.
3. Il faut veiller à ce qu'aucune femme se trouve sans accès à des services appropriés en matière de soins de santé et de services sociaux, si elle demeure, quitte ou revient à un conjoint abusif.
4. Tous les services devraient être offerts en consultation avec les personnes auxquelles ils sont destinés.
5. Les politiques en matière de ressources humaines devraient prévoir des mécanismes de sécurité et de confidentialité pour les professionnels quand et si ils divulguent des cas d'abus. Il faut veiller à ce que des informations de soutien et un suivi soient disponibles pour ces professionnels.
6. Il faut adopter un système de responsabilité des professionnels au sein de l'organisme et pour l'organisme lui-même, en utilisant des critères spécifiques, mesurables et réalisables.

*Adapté de : Best Practice Guidelines for Health Care Providers Working with Women Who Have Been Abused, OHA, 1997.*

## Annexe H

### Modèle de politique

#### **Procédure d'administration de la Commission d'hygiène : Abus, femmes – formation du personnel et interventions**

La Commission d'hygiène :

- assure la promotion du droit des femmes de vivre libres de tout abus;
- s'est engagée à identifier l'abus contre les femmes ainsi que le développement et la mise en vigueur de stratégies pratiques et appropriées aux programmes en vue du dépistage, de l'évaluation, de la documentation, de la planification de la sécurité, de l'aiguillage et de la prévention de l'abus contre les femmes;
- travaille en collaboration avec des individus, des groupes communautaires, des agences gouvernementales, la police, des établissements éducatifs, des professions juridiques et médicales, afin de construire des partenariats et des coalitions efficaces de personnes intéressées à faire du comté et de la ville de Peterborough un endroit plus sécuritaire pour les femmes; et
- fournira une formation aux employés au niveau approprié au rôle de l'employé pour intervenir dans les cas d'abus contre les femmes.

#### Définition

L'abus contre les femmes, dans le cadre de cette politique, est considéré comme étant un abus réel ou menacé sur les plans physique, sexuel, psychologique, émotionnel ou financier contre une femme, une menace à une tierce personne, comme un enfant, et (ou) la destruction de biens comme un animal familier ou un article ayant une valeur sentimentale.

#### Objectifs

1. Intervenir de manière consistante et efficace dans les cas d'abus contre les femmes.
2. Veiller à ce que le personnel soit formé à l'identification et à l'intervention appropriées dans les cas d'abus contre les femmes.

#### Procédure

Le contenu du programme de formation du personnel et la nature des interventions dans les cas d'abus contre les femmes dépendent des caractéristiques du poste des membres du personnel. Le personnel est classé en trois catégories, comme suit :

##### 1. Reconnaissance et aiguillage

Le personnel occupant ces postes a généralement de brefs contacts avec les femmes dans des lieux publics.

Cette catégorie correspond :

- au personnel administratif de soutien;
- au personnel de programme dans les domaines suivants : sécurité de l'alimentation, besoins locaux, lutte contre la rage, sécurité de l'eau et mise au rebut des eaux d'égout.

Le personnel recevra une formation concernant les types d'abus, les indicateurs d'abus des femmes, les différents impacts de l'abus des femmes et comment poser des questions quand des indicateurs sont présents. Si une personne révèle un abus, l'employé devra :

- reconnaître la divulgation et rassurer la personne que vous la croyez et que vous voulez l'aider;
- vérifier que la personne accepte que l'information puisse être partagée avec d'autres membres du bureau de santé formé spécialement à fournir une aide et un soutien;
- alerter le membre du personnel du bureau de santé ayant reçu une formation dans le domaine des interventions en cas d'abus contre les femmes;
- si un aiguillage vers un bureau de santé n'est pas pratique à court terme, il faut veiller à ce que la personne soit au courant des services communautaires et des soutiens se spécialisant dans l'abus contre les femmes, comme les services juridiques, le counseling, les abris et les réseaux de sécurité et qu'elle respecte la politique de la Commission d'hygiène en matière de confidentialité. Il faut s'assurer également que la personne possédera les numéros de téléphone de ces personnes-contacts.

##### 2. Dépistage (selon les indicateurs) et suivi

Les membres du personnel occupant ces postes auront des contacts brefs et à plus long terme avec les femmes dans des milieux publics et privés. Cette catégorie recouvre le personnel suivant :

- personnel de gestion;
- employé au service de la paye;

- personnel de programme dans les domaines suivants : santé de l'enfant, santé de la reproduction, Y'a personne de parfait, développement des nourrissons et des trottineurs, bébés en santé, visite familiale à la maison enfants en santé, modes de vie sains, soins dentaires, santé sexuelle, génétique, maladies transmissibles, cliniques de pédiatrie (les évaluations autres que les consultations privées avec des femmes ou des jeunes filles de plus de 12 ans) et le Centre de santé Keene.

Le personnel sera formé dans les domaines suivants : les différents types d'abus, l'impact de l'abus, les indicateurs des abus contre les femmes et comment poser des questions quand les indicateurs sont présents. S'il y a des indicateurs d'abus mais qu'aucun abus n'est signalé, l'employé devra :

- fournir des occasions supplémentaires de divulgation;
- assurer la personne que ses réponses seront confidentielles, veiller à ce que la personne soit au courant des services et soutiens communautaires se spécialisant dans l'abus contre les femmes comme les services juridiques, le counseling, les abris et les réseaux de sécurité et à ce qu'elle ait les numéros de téléphone des personnes-contacts;
- documenter l'interaction ou l'intervention selon les lignes directrices du programme; et
- respecter la politique de la Commission d'hygiène en matière de confidentialité.

Si une personne révèle un abus, l'employé devra :

- reconnaître la divulgation et assurer un environnement sécuritaire et privé;
- selon le milieu, offrir un aiguillage vers la prévention des blessures, le personnel du programme de santé familiale ou d'autres services de soutien communautaire;
- utiliser le **Protocole d'abus contre la femme** pour recueillir des informations et documenter le suivi;
- fournir des conseils ou des interventions selon l'étendue de la pratique et la description de poste;
- obtenir un consentement pour partager des informations avec les professionnels de la santé de la femme;
- veiller à ce que la personne soit au courant des services et soutiens communautaires et qu'elle dispose des numéros de téléphone des personnes-contacts se spécialisant dans l'abus contre la femme comme les services juridiques, le counseling, les abris et les réseaux de sécurité; et
- respecter la politique de la Commission d'hygiène en matière de confidentialité.

### 3. Dépistage (universel, complet) évaluation, documentation, planification de la sécurité et aiguillage

Cette catégorie s'applique aux professionnels suivants :

- infirmières praticiennes;
- infirmières de santé publique; et
- infirmières autorisées ayant des consultations privées avec les femmes.

Le personnel sera formé dans les domaines suivants : les différents types d'abus, l'impact de l'abus, les indicateurs des abus contre les femmes et comment poser des questions quand les indicateurs sont présents à l'aide de dépistages routiniers et universels. S'il y a des indicateurs d'abus mais qu'aucun abus n'est signalé, l'employé devra :

- fournir des occasions supplémentaires de divulgation;
- assurer la personne que ses réponses seront confidentielles;
- veiller à ce que la personne soit au courant des services et soutiens communautaires se spécialisant dans l'abus contre les femmes comme les services juridiques, le counseling, les abris et les réseaux de sécurité et à ce qu'elle ait les numéros de téléphone des personnes-contacts;
- documenter l'interaction ou l'intervention selon les lignes directrices du programme; et
- respecter la politique de la Commission d'hygiène en matière de confidentialité.

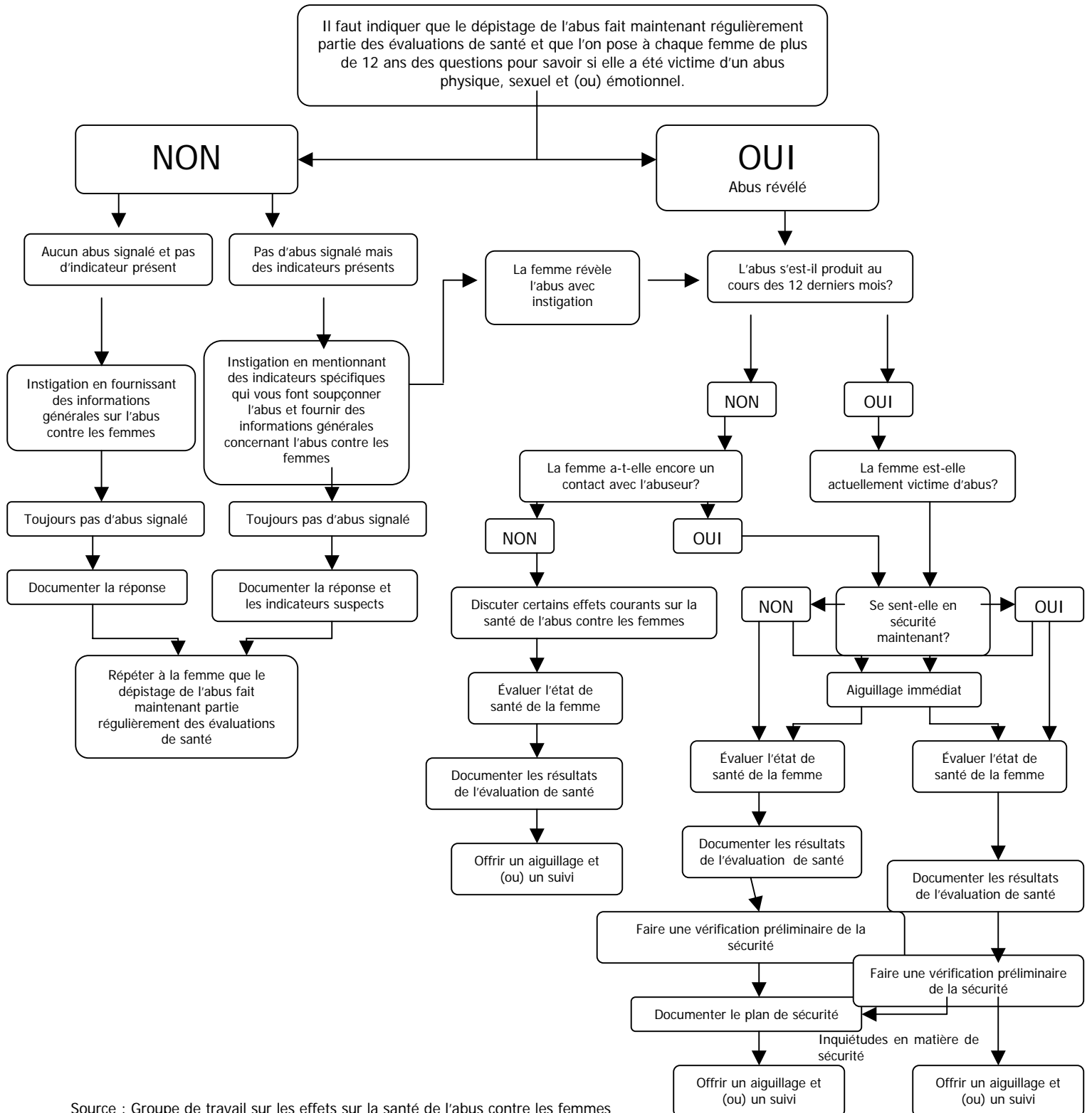
Si une personne révèle un abus, l'employé devra :

- reconnaître la divulgation et assurer un environnement sécuritaire et privé;
- utiliser le **Protocole d'abus contre la femme** pour recueillir des informations au sujet de l'expérience de l'abus chez la femme, évaluer la sécurité, développer un plan de sécurité au besoin et documenter les résultats de l'évaluation;
- fournir des conseils médicaux ou des interventions selon l'étendue de la pratique et la description de poste;
- obtenir un consentement pour partager des informations avec les professionnels de la santé de la femme;
- veiller à ce que la personne soit au courant des services et soutiens communautaires et qu'elle dispose des numéros de téléphone des personnes-contacts se spécialisant dans l'abus contre la femme comme les services juridiques, le counseling, les abris et les réseaux de sécurité; et
- respecter la politique de la Commission d'hygiène en matière de confidentialité.

Source: Peterborough County-City Health Unit, 2004

## Annexe I

### *Protocole de dépistage complet, universel, routinier (RUCS)*



Source : Groupe de travail sur les effets sur la santé de l'abus contre les femmes  
Bureau de santé de Middlesex-London, 2002

## NOTES