

---

## *e. Grossesse et violence*

PERRINE MILLET

« Penser les lieux – famille, couple – comme des espaces protecteurs et fiables où règnent l’amour, a fortiori lors d’une grossesse que tout le monde s’accorde à considérer comme sanctuarisée, permet d’éviter l’impensable. En dépit de l’émergence massive des “paroles” sur les violences faites aux femmes dans les réseaux sociaux, le déni et la loi du silence règnent sur les violences conjugales pendant la grossesse. »<sup>(1)</sup>.

« Si la violence a pu se définir comme la négation de l’autre... l’autre, vide de son altérité est plongé dans la sidération, le silence et la mort. La victime est réduite à un objet dont on peut parler mais qui ne parle pas »<sup>(2)</sup>

### **A. INTRODUCTION**

La violence faite aux femmes est un problème grave et évitable de santé publique touchant presque un tiers des femmes. L’OMS en 2021 rappelle : « *Les inégalités entre les sexes et les normes qui font que la*

*violence à l'égard des femmes est jugée acceptable, font partie des causes profondes de la violence exercée à leur endroit* » <sup>(4)</sup>. En 2011 la Convention du Conseil de l'Europe (Convention dite d'Istanbul) sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique est signée par 47 pays européens. Ce cadre juridiquement contraignant pour prévenir, lutter, prendre en charge de façon adéquate les femmes victimes de violence introduit la formation des professionnels (art 15)

Outre l'impact psychosocial, il est important de prendre en considération l'impact des traumatismes des violences infra familiales sur la santé de la mère ainsi que sur le développement du bébé, la transmission du traumatisme et ses conséquences sur la santé à l'âge adulte. Sachant que la période périnatale offre aux femmes, aux couples, la possibilité de rencontrer des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, les soins en périnatalité de ces situations à haut risque médical et social pourraient permettre au-delà du soin, une prévention possible de la transmission transgénérationnelle des violences. Par ailleurs, un des freins connus dans les enquêtes sur les obstacles au repérage des violences par les professionnels de la santé est de sortir de la représentation négative des victimes <sup>(5)</sup>.

Un seul aspect de cet enjeu majeur de santé publique d'ampleur épidémique que sont les VFF sera étudié ici, la violence conjugale en période périnatale (VCP). Deux autres pourraient être faits sur ce vaste sujet violence et grossesse : grossesse et antécédent de violence sexuelle (VS) et le sujet bien contemporain, de la violence obstétricale (VO). Ils présentent des liens très étroits avec celui de la VCP, la croisent souvent, voire la sous-tendent. Leur retentissement sur la santé reproductive des femmes n'est cependant pas strictement superposable

## **B. GROSSESSE ET VIOLENCE : QUELLES SPÉCIFICITÉS-DIFFICULTÉS ?**

Nous en distinguerons particulièrement cinq.

1. Rappeler que la grossesse, la périnatalité concernant deux parents et un être humain en devenir, est une évidence. Il a le mérite de souligner les difficultés supplémentaires face à trois parcours de vie.

2. Dans le cadre du chapitre 22 Vulnérabilités, souligner les multiples liens entre violence, précarité et périnatalité apparaît aussi nécessaire. La précarité fait violence et la violence par définition exclut<sup>(6)</sup>.

3. La périnatalité est une période de fragilité pour de nombreux parents. La grossesse, et plus particulièrement la première grossesse, est un moment de transition important qui peut être la cause de bouleversements individuels, conjugaux et familiaux.

4. De surcroît il s'agit aussi d'une période de vulnérabilité à la violence conjugale.

5. En outre les recherches menées dans le domaine de la violence conjugale (VC) révèlent la présence de différents types de concurrences : VC et mauvais traitement envers les enfants, VC et toxicomanie/consommation abusive d'alcool, ou VC et troubles mentaux<sup>(7)</sup>.

## **C. GROSSESSE ET VIOLENCE CONJUGALE (VC) : DÉFINITIONS**

En 2018, l'Institut national de Santé Public du Québec (INSPQ) dit de la VC *qu'elle comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan*

*économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle »* <sup>(8)</sup> La VCPP réfère aux différentes formes de coercition utilisées par un partenaire à partir du moment où sa femme devient enceinte jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Pour appréhender le phénomène des violences conjugales le « cycle de la violence » est un modèle habituellement utilisé pour comprendre l'évolution des violences dans le temps. Il représente les VC comme une succession répétitive de quatre phases : lune de miel, tension, agression, justification et réconciliation, en boucle <sup>(9)</sup>. L'installation des violences est subtile et suivie d'une aggravation progressive en fréquence et en intensité. On parle « d'escalade de la violence ». La différence à faire avec le conflit conjugal est importante. Il existe un climat de crainte, de peur, souvent des menaces. Les divers mécanismes d'adaptation au processus d'emprise vécues par les femmes permettent de comprendre puis d'accepter l'ambivalence qui les habitent et qui déstabilisent les soignant.e.s. Par exemple, les décisions prises en période de crise sont réversibles : les démarches entreprises peuvent être abandonnées lorsque l'espoir renaît. Souvent, le souhait premier de la victime est que les violences s'arrêtent et pas nécessairement de quitter le conjoint violent.

## **D. ÉPIDÉMIOLOGIE**

La violence conjugale à l'encontre des femmes est fréquente : 35 % des femmes à l'échelle mondiale ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire.

L'ensemble des auteurs considèrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant de survenue des VC exercées par les hommes envers les femmes.

Savoir que les soignant.e.s sont les interlocuteur. rice. s privilégié.e.s des femmes devant les psys, les services sociaux ou les forces de sécurité doit être un moteur puissant les poussant à se former.

## **E. FACTEURS DE RISQUE**

Les expériences de violence dans l'enfance (négligence, abus physiques, agressions sexuelles et mauvais traitements psychologiques) et l'exposition de l'enfant à la violence conjugale ressortent comme les facteurs de risque des violences conjugales les plus constants. Cette association se retrouve tant pour la victimisation que pour la perpétration de violences conjugales, tant pour les femmes que pour les hommes victimes. Il en va de même des antécédents de violences subis à l'adolescence<sup>10</sup>.

Parmi les facteurs associés à la fois à la violence au sein du couple et à la violence sexuelle, on retrouve notamment les éléments suivants (OMS) :

- Faible niveau d'instruction (pour les auteurs comme pour les victimes) ;
- Exposition à la maltraitance pendant l'enfance (auteurs et victimes) ;
- Exposition à la violence familiale (auteurs et victimes) ;
- Troubles de la personnalité antisociale (auteurs) ;
- Usage nocif de l'alcool (auteurs et victimes) ;

- Comportements masculins préjudiciables – avoir des partenaires multiples ou des attitudes qui cautionnent la violence, notamment (auteurs) ;
- Normes collectives qui privilégient l’homme ou lui assignent un statut supérieur à celui de la femme ;
- Faible accès des femmes à un emploi rémunéré ;
- Grandes disparités entre les sexes (lois discriminatoires, etc.).
- Parmi les facteurs spécifiquement associés à la violence au sein du couple, on retrouve notamment les éléments suivants :
  - Exposition à la violence par le passé ;
  - Mécontentement et insatisfaction conjugales ;
  - Problèmes de communication au sein du couple;
  - Comportements dominateurs des hommes envers leur partenaire.

En ce qui concerne les facteurs de risque associés à la victimisation pendant la période périnatale (VCP) on retrouve les risques d’être victime de VCP lorsque la femme est plus jeune, de statut socioéconomique précaire ou dépendante financièrement de son conjoint, qu’elle n’est pas mariée, ou appartient à un groupe minoritaire et qu’elle ou le conjoint ont des enjeux de consommation d’alcool ou de drogues, qu’elle a des antécédents de violence sexuelle. Au niveau familial et social, le caractère planifié ou non, désiré ou non de la grossesse, la qualité du réseau de soutien, le statut social de la femme, ainsi que les représentations culturelles des rôles de genre peuvent influencer le niveau d’acceptation et de tolérance de la violence durant la grossesse. Il ne faut cependant pas oublier que la VCP n’épargne aucun milieu social. Accepter le statut de victime est pour toutes les femmes une étape nécessaire sur le chemin d’une

résilience possible d'autant plus difficile pour celles avec un niveau social et/ou intellectuel élevés.

## **F. CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ GLOBALE DES VC**

La violence au sein du couple (qu'elle soit d'ordre physique, sexuelle ou psychologique) est source à court, moyen et long terme, de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et procréative chez les femmes. Les femmes victimes de violence perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé (OMS). Si les tableaux cliniques sont multiples et non spécifiques, connaître leurs associations en lien avec les violences, est indispensable. Cela permet dès l'anamnèse d'allumer des clignotants diagnostiques. Notons que les pathologies peuvent perdurer même après l'arrêt des violences.

### ***1. Retentissement des VC sur la santé psychique***

Les répercussions des VC en santé mentale sont bien identifiées par les soignant.e.s de premier recours : dépression, anxiété, addictions – toutes les addictions, troubles du comportement alimentaires (anorexie/boulimie), auto mutilation, idées et comportements suicidaires, incapacité à faire confiance aux autres comportements à risque, faible estime de soi. Les séquelles de stress post traumatiques (SSPT) sont moins connues. La violence conjugale, subie parfois au long cours, est un psycho-traumatisme puissant, au sens médical du terme. La confusion, l'ambivalence ou l'absence visible de réaction à ce qui arrive sont les conséquences directes des mécanismes neurobiologiques enclenchés par ce psycho-traumatisme<sup>(10)</sup>.

Le SSPT se définit chez une personne qui a affronté un évènement traumatique lorsqu'elle présente *plusieurs manifestations responsables d'une souffrance et d'une altération du fonctionnement social et de la qualité de vie de façon significative et persistant après trois mois suivant le trauma comme :*

- reviviscence répétitive des évènements qui peut se manifester sous différentes formes : flashs back, cauchemars ;
- évitement des pensées, discussions ou personnes en rapport avec le traumatisme qui vise d'abord à ne pas faire face à la douleur liée au trauma ;
- troubles de l'humeur et un émoussement de la réactivité, des affects et de l'intérêt pour les activités habituelles, sont souvent présents ;
- développement de signes d'une activité neurovégétative: hypervigilance, irritabilité, difficultés de concentration, troubles mnésiques, troubles du sommeil.

La prévalence des SSPT serait de 5 à 12 % dans la population générale.

La connaissance de ce syndrome est un élément essentiel pour le diagnostic et la prise en charge des femmes victime de VCP. Pour beaucoup de psychotraumatologues, sans prise en charge adaptée, ce pourrait être « longue vie durant »<sup>(11)</sup>.

## ***2. Retentissement des VC sur la santé physique***

Elles sont cliniquement évidentes pour certaines d'entre elles ce qui nécessite d'autant plus d'y être attentif.ve : traumatismes physiques immédiats (ecchymoses, brûlures, fractures...), blessures plus graves susceptibles d'entraîner des incapacités. Décès dont féminicides.

D'autres plus intuitives sont établies actuellement par les études :

- Troubles de la sphère urinaire : dysurie, hyperactivité vésicale, infections urinaires à répétition... <sup>(12)</sup>
- Exacerbation de maladies chroniques : diabète, asthme
- Douleurs chroniques inexplicables (céphalées, lombalgies...) <sup>(10)</sup>.

Signes fonctionnels avec consultations itératives, plaintes vagues, multiples et inexplicables – symptômes physiques chroniques inexplicables. Dans une revue de 71 études Afari et coll<sup>13</sup> montrent qu'il existe 2,7 fois plus souvent de symptômes somatiques fonctionnels portant sur : syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, syndrome de l'intestin irritable, dysfonctionnement temporomandibulaire..., en cas d'antécédent de violences psychologiques, émotionnelles, physiques, sexuelles avec ou sans SSPT.

### *3. Conséquences des VC sur la santé sexuelle et gynécologique*

1. Signes non spécifiques tels que des douleurs pelviennes, pelvipérinéales, dyspareunies, troubles de la sexualité, troubles du cycle, vaginisme, anorgasmie, infections gynécologiques et infections sexuellement transmissibles (IST), a fortiori si elles sont répétées. (HAS 2019).

2. La « coercition reproductive » réfère à des comportements de contrôle sur la fonction reproductive tant par interdiction de contraception que par obligation d'avortement.

3. Infertilité, hypofertilité

4. Dysplasie du col et endométriose

Ces antécédents retrouvés à l'interrogatoire en début de grossesse sont des marqueurs potentiels de la violence présente ou passée.

## **G. CONSÉQUENCES SPÉCIFIQUES EN PÉRINATALITÉ DES VC**

### ***1. Conséquences sur la grossesse de la VCPP***

- La première chronologiquement est l'association très fréquente VC et IVG. Environ une IVG sur 4 est liée aux violences<sup>(14)</sup>.
- La VCPP affecte directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère. Il existe un risque accru de fausse couche (16 %) et d'accouchement prématuré AP (41 %). Le risque de faible poids de naissance (< 2 500 g) est également majoré (OMS 2013). Les violences physiques peuvent être à l'origine d'hémorragie fœto-maternelle, voire de décollement placentaire jusqu'à la mort fœtale in utéro. Deux méta analyses de 2016 confirment l'association forte entre VCPP et menace ou accouchement prématuré et/ou un retard de croissance in utéro<sup>(15)</sup>

La recherche étiologique de la VCPP devant une MAP ou un RCIU doit être systématiquement recherchée au même titre que les infections ou autres étiologies<sup>(16)</sup>.

### ***2. Retentissement sur les modalités d'accouchement de la VCPP***

Les antécédents de VS pendant l'enfance, facteur de risque important d'être victime de VC ultérieurement, sont associés avec la peur-terreur de l'accouchement<sup>(17)</sup>. La cohorte européenne Bidens (2014) sur les modalités d'accouchement associées avec des antécédents d'abus émotionnels, physiques, sexuels interrogés en début de grossesse montre une association avec les césariennes

programmées, les extractions instrumentales, les césariennes en urgence.

Différentes études permettent d'attirer l'attention sur une prévention possible des complications de l'accouchement en apportant des soins prénataux adaptés à chaque patiente (dépistage, prise en charge en préparation prénatale, prise en charge pluri et interdisciplinaire, etc.)

### *3. Retentissement sur les suites de couches de la VCPP*

Compte tenu des complications déjà décrites de la VCPP les études récentes montrent un impact de celle-ci sur l'allaitement (absence d'initiation de l'allaitement, une diminution de la durée de l'allaitement exclusif) et la dépression du post partum <sup>(18, 19)</sup>.

### *4. Retentissement sur les enfants de la VCPP*

L'impact de la VCPP va bien au-delà des conséquences sur la santé physique, psychique et obstétricale de la mère : il touche inéluctablement l'enfant.

- Le bébé peut être directement victime pendant la grossesse (fracture, décès...).
- Complications à moyen ou long termes des effets de la prématurité ou du retard de croissance, premier facteur prédictif de la bonne santé de l'enfant.
- Troubles de l'attachement et augmentation du risque de négligence <sup>(20)</sup>.
- Exposition de l'enfant à la violence directe ou indirecte au sein du foyer. Dans ces situations, les professionnels sont dans l'obligation de signalement et de protection auprès des autorités judiciaires. Le référentiel de l'ONE en Belgique utilise d'ailleurs comme porte

d'entrée du dossier « violences conjugales » les enfants en souffrance.

## H. CONDUITE À TENIR ET PRISE EN CHARGE

Le dépistage, l'accompagnement centré sur les besoins de chaque femme et la connaissance des procédures d'orientation sont les trois axes principaux.

### *1. Le dépistage : ne jamais rester seul.e ! Importance du réseau multidisciplinaire*

En dehors des obstacles déjà identifiés pour le repérage des femmes victimes – représentations stéréotypées, méconnaissance de la prévalence – les freins au dépistage des médecins sont liés à leur isolement, le sentiment d'impuissance, le manque de temps face aux victimes. La quasi absence de formation et de sensibilisation sont les autres freins majeurs.

Lors d'un dépistage systématique aux urgences des violences passées ou présentes, seulement 7 % des femmes avaient déjà été interrogées auparavant par un soignant. A contrario 97 % des femmes victimes ou non, souhaitaient que les soignant.e.s abordent le sujet en systématique.

Le questionnement progressif proposé en Belgique par le référentiel de formation de l'ONE rappelle un prérequis **indispensable** avant tout questionnement : la constitution d'un réseau partenarial pour l'orientation des femmes. Savoir créer un réseau de soutien formel et informel pour les professionnels eux-mêmes est aussi nécessaire, tant accueillir la violence peut être déstabilisant.

De leur côté les femmes victimes méconnaissent le rôle des professionnels. Elles-mêmes sont un frein à leur dépistage. Les affiches d'informations sur les VFF doivent être présentes dans les cabinets médicaux. Ainsi les femmes sont informées sur le rôle des médecins.

La recommandation de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2012 rappelle que le gynécologue-obstétricien a un rôle particulier à jouer dans ce dépistage de part la relation qu'il entretient avec ses patientes et les multiples occasions dont il dispose (suivi de grossesse, consultations d'orthogénie et planning familial, ou simple examen de surveillance annuel). La Haute Autorité en Santé (France) <sup>(21)</sup> comme d'autres sociétés d'experts, ont maintenant pris position en faveur d'un dépistage systématique des violences au sein du couple *même en absence de signe d'alerte*.

**En pratique, accueillir, être à l'écoute, croire la patiente** : le médecin doit connaître la culpabilité des victimes, leur tendance à nier les faits, à les minimiser voire à défendre l'auteur. D'après l'HAS en France la « question » sur les VC doit être intégrée dans l'anamnèse au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux. Elle se situerait idéalement en fin d'interrogatoire. L'éviction du conjoint est nécessaire. D'autant que même en son absence les femmes par peur des représailles, emprise, honte peuvent ne pas dévoiler les violences.

Les déclarations tardives de grossesses, les dénis de grossesse, les patientes irritantes et irritables, celles qui sont toujours en retard, celles qui consultent à répétition sont des indices supplémentaires. Certaines attitudes peuvent aussi attirer l'attention : une patiente craintive, apathique ou agressive, qui sursaute au moindre bruit, qui

tient des propos confus ou incohérents ; un conjoint trop prévenant qui veut prendre la place de sa femme ou lui suggère des réponses.

La présence d'un référent vulnérabilité – sage-femme coordinatrice – donne la possibilité de s'enquérir des « ratés » absence, retard..., en rappelant la femme. L'absence de jugement, le souci de leur bien être questionné, fait éprouver aux femmes des liens de confiance qu'elles n'ont parfois jamais ressentis. Selon l'HAS la forme de la question doit être celle avec laquelle le médecin se sent le plus à l'aise : vivez-vous ou avez-vous déjà vécu des choses qui vous ont fait souffrir et qui vous font encore souffrir ? comment ça va à la maison ? Est-ce toujours vous qui décidez pour les rapports sexuels ? questions ouvertes Ou question fermée : avez-vous déjà été victime de violence ? Parfois préciser les mots peut apporter une réponse quand le seuil de tolérance à la violence est élevé : gifle, étranglement etc. Dans l'hypothèse où la femme répond : « pourquoi vous me demandez ça ? » La réponse peut être : « je vous pose la question car comme les antécédents médicaux, allergiques etc., subir ou avoir subi des événements traumatiques peut avoir des conséquences sur la santé dans le court terme, mais aussi longtemps après ».

En cas d'anamnèse négative sur la VCPP, tous les tableaux évoqués précédemment permettent de pressentir le diagnostic. L'alliance thérapeutique tissée au long des consultations prénatales offrira de revenir sur le sujet avec délicatesse pendant la grossesse. Plus la question est systématique et précoce pendant la grossesse plus il sera facile de tisser un réseau personnalisé de liens pluridisciplinaires autour de la patiente. Si les femmes ne dévoilent pas la VCPP à la question posée, une porte est cependant ouverte. Elles savent que c'est du ressort du soin médical.

**L'examen clinique gynécologique** : La crainte des soignant.e.s d'être intrusif. ve. s de part leur questionnement ne doit pas faire oublier que l'examen clinique gynécologique est de facto intrusif. En cas d'anamnèse non contributive, le questionnement peut revenir devant une difficulté de celui-ci. Il doit toujours être fait avec le consentement donné et répété à chaque geste. Respecter le refus de l'examen est indispensable. En effet le vécu négatif de l'examen gynécologique semble renforcé chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles, avec un risque majeur de réactivation du traumatisme. Des précautions supplémentaires s'imposent afin de faciliter le suivi gynécologique de ces femmes et ne pas réintroduire une victimisation secondaire à l'insu du professionnel. Si la réactivation des traumatismes est possible, la formation du, de la professionnel.le, le réseau partenarial permettent d'avancer en respectant le rythme de la femme et en contenant ses angoisses. L'empathie, l'absence de jugement, le temps pris est nécessaire à l'alliance thérapeutique.

## ***2. L'évaluation de la gravité***

Elle est de première importance puisque les soignants sont à l'articulation du médico judiciaire face à des infractions et des crimes. Ceci comprend la rédaction d'un certificat médical initial de qualité et sur l'orientation des patientes.

Sur le plan somatique la gravité est fonction des lésions traumatiques strangulations, traumatismes crâniens etc., de la répétition des pathologies de la grossesse type MAP ou des hospitalisations, des douleurs invalidantes avec retentissement sur la vie quotidienne, d'une décompensation de maladie chronique, d'automédication type antalgique puissants, d'autres signes cliniques comme une prise de poids anormale. Sur le plan psychologique et

psychiatrique le soignant doit tenir compte des manifestations d'angoisses, de phobies – modifications du corps, peur phobique de l'accouchement, peurs phobiques des piqûres – des troubles de l'humeur, la dépression anténatale, les conduites addictives dangereuses, SSPT confirmé.

Le contexte menace de mort, séparation, violences armées, présence d'arme au domicile, usage nocif d'alcool ou de substances psycho actives, antécédents judiciaires éventuels du conjoint sont des éléments de gravité majeure.

En cas de risque élevé, l'hospitalisation est de rigueur. La mise à l'abri chez les primipares est facile. L'idéal est de créer un partenariat privilégié avec les forces de sécurité. Si la femme est d'accord pour porter plainte, celle-ci est enregistrée par les policiers au sein de l'hôpital. Ceci entraîne automatiquement une enquête par le procureur avec mise en place des mesures de protection avant même la sortie de l'hôpital. Dans les situations de moindre danger le bilan des lésions doit être exhaustif – photos etc. – et parfois repose sur des examens et des consultations complémentaires, Rx, examen ORL, orthopédique, psychiatrique, addictologique. Le médecin ou la sage-femme doit rédiger un certificat médical soit immédiat soit différé. Il elle doit consigner dans le dossier tous les éléments recueillis au cours de l'interrogatoire et de l'examen pour qu'ils puissent être exploités, autant les éléments objectifs que ceux subjectifs décrits par les victimes.

### ***3. Assurer les soins et constituer un dossier***

Si protocoliser la prise en charge de situations aussi complexes n'est pas de mise, la sécurité doit être une préoccupation continue. Mettre en place un plan de sécurité avec les femmes a prouvé son efficacité sur la réduction des violences et la qualité de vie.

- Assurer les soins c'est avant tout croire, expliquer, rassurer et protéger : expliquer les conséquences des violences sur la santé, « Je vous crois ; vous avez bien fait de me parler ; ces problèmes sont des conséquences normales de situation anormales ; ce sont des réactions de défense mises en place par le cerveau et le corps (SSPT, addictions etc.) pour survivre aux traumatismes et à la violence etc. ; notre équipe et moi-même pouvons vous aider. ».
- Déculpabiliser, positiver, quoiqu'il en soit du profil de la patiente, compte tenu du fonctionnement psychique des victimes, c'est un soin rapide et efficace.
- Transmettre avec leur accord au réseau de soutien les seules informations qu'elles veulent bien transmettre et à ceux. celles à qui elles veut bien le faire ; devant la patiente si possible.
- Rappeler la loi en dépit des refus fréquents de porter plainte : « la loi punit les violences psychologiques, le viol est un crime etc. ». Quand le dévoilement des violences passées ou présentes, vient d'être fait, l'émotion suscitée par la parole énoncée et la sortie du silence est trop prégnante. Le temps est nécessaire pour « murer » et prendre conscience de leur situation.
- Les informer qu'en tant que personne vulnérable, nous pouvons transmettre directement au Procureur. Depuis 2017 et 07/2020 les lois belges et française autorisent la rupture du secret médical avec dérogation sous certaines conditions.
- Rédiger un certificat : c'est un acte médical descriptif témoignant des dires de la victime, décrivant les lésions, leurs conséquences cliniques, le retentissement physique et psychique ; document médico-légal nécessaire en cas de dépôt de plainte et /ou il peut constituer une preuve ultérieure pour la victime ; à garder dans le dossier. Les règles de rédaction sont sur les sites respectifs selon les

pays. Un point important est la détermination de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) et sa durée : la durée de l'ITT indique à la justice la gravité de la violence en cas de plainte. Elle se rapporte à la capacité de la patiente à effectuer ses activités courantes. Elle dépend en sus de la gravité des lésions somatiques, du retentissement psychique souvent sous-évalué. Il est possible de mettre des réserves concernant l'évolution de l'état de santé traumatique et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire pour mieux préciser la durée de l'ITT.

- Orienter la patiente en fonction de ce qu'elle peut, veut faire. La grossesse et l'accouchement à venir sont souvent un déclic pour peu que le rythme des femmes soient respectés : addiction, démarche judiciaire, psychologue, pédopsychiatre... La patiente doit éprouver un sentiment de sécurité tissé par une trame de liens interprofessionnels dont un.e coordinateur. rice tient le fil rouge. La continuité anté- et post-natale est primordial afin de ne pas introduire de rupture dans la confiance tissée.

#### *4. Le traitement doit tenir compte du refus de la patiente.*

Cela suppose de la part du soignant. e le sens de l'écoute de ce « qui est » pour contenir les affects exprimés. C'est ainsi qu'il. elle apaisera l'angoisse. Pre L Daligand

- Un levier puissant est la préparation à la naissance (PPN). Si la préoccupation de l'accouchement n'existe pas en début de grossesse – sauf pour les femmes terrorisées – la prise en charge physique des femmes victimes marquées dans leur corps, violences psychologiques incluses, leur permet de redevenir actrice. Auto-hypnose, rééducation globale du corps, respiration, haptonomie, yoga... surtout prise en charge de leur périnée en anténatal sont des

véritables clefs pour se réapproprier leur identité de sujet. Comme le dépistage la prise en charge se doit d'être précoce.

• *Accoucher normalement à terme d'un enfant de poids normal après une grossesse non compliquée est pour ces femmes une véritable réparation.*

• L'efficacité d'interventions précoces en individuel ou en groupe sur les issues de la grossesse sur les troubles psychiques et la prévention des troubles de l'attachement a fait ses preuves<sup>(21)</sup>.

### *5. Et le parent auteur...*

• En dehors des situations graves ouvrir le dialogue avec le parent auteur fait partie intégrante de la démarche d'accompagnement des familles, comme spécifié dans les recommandations NICE (2014). Le rencontrer séparément, c'est reconnaître l'importance de sa position dans le système et c'est favoriser un changement vers davantage de sécurité relationnelle. Comme pour son/sa partenaire, il conviendra d'être à l'écoute de ses besoins, de ses difficultés face à l'enfant (à venir) et de ses demandes éventuelles. Soulignons que l'informer sur la souffrance vécue par l'enfant face aux dysfonctionnements familiaux peut être un levier intéressant pour proposer une aide spécifique aux auteurs<sup>(23)</sup>.

• Pour citer le rapport de S. Levesque en 2020 au Québec, *les recherches sur la VCPP ou plus largement sur la VC portent encore que trop rarement sur les expériences des pères auteurs. Pourtant la prise en compte de leur trajectoire et de leur point de vue pourrait d'une part contribuer à une meilleure compréhension de la problématique dans son ensemble, et d'autre part à documenter leurs parcours dans le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les résultats produits pourraient également proposer des pistes*

*pour le développement d'intervention adaptées capable de renforcer la conscientisation, la responsabilisation et la mobilisation de ces derniers, à la fois en matière de violence conjugale et de parentalité.*

Au fond, ce qui interpelle dans ce rapport, c'est le terme de « pères auteurs » : à la fois auteurs de violence mais aussi d'un enfant puisqu'ils seront considérés comme pères. On se trouve face à un double défi. Celui de traiter un comportement délétère, parfois addictif, et il reste du chemin, les outils thérapeutiques étant encore très insuffisants ; et celui d'anticiper une construction familiale sachant que souvent ce père violent tiendra sa place avec les risques inhérents qui viseront l'enfant soit témoin de VC, soit directement victime de cette violence. La relation de confiance véritable, lorsqu'elle peut s'établir en prénatal (ne jamais oublier d'inviter un futur père en CPN !) est parfois une occasion unique de motivation pour certains de ces « auteurs » vers une prise de conscience et une sortie de ce qui est pour eux souvent la répétition morbide d'un scénario transgénérationnel.

## **I. CONCLUSION**

Les soins en matière de violence et périnatalité s'articule autour du dépistage systématique et d'un accompagnement périnatal renforcé avec un réseau partenarial combiné pluridisciplinaire, instauré et individualisé par le soignant. e lui-même. Il est fondamental de réinscrire sur un axe chronologique l'ensemble des facteurs prédisposant, contribuant et déclenchant des violences dans une approche globale. L'articulation médico judiciaire fait partie intégrante du soin et de la protection des victimes. Si les piliers de la prise en charge des violences sont quasi identiques pour les femmes, rester centré sur les besoins propres de chaque femme est essentiel.

*Quoiqu'il en soit, le suivi par les différents professionnels doit s'attacher avec force, à ne pas réduire les patientes à leurs difficultés.*

La périnatalité, période de vulnérabilité, est aussi et surtout une opportunité et une fenêtre d'ouverture au repérage et aux recours possibles auprès des différentes ressources d'aide et d'accompagnement pour les femmes victimes de VC. Selon les chronologies et les types des violences subies par les patientes, actuelles ou passées, tenir compte du père – ou pas – est primordial dans la prise en charge. *Dans une visée de changement social, toutes ces données pourraient alimenter les orientations gouvernementales et les interventions de manière à mettre un terme à la VCPP.* Plus largement l'analyse des résultats *permet de réitérer la nécessité de susciter une prise de conscience à l'effet que la VCPP est une problématique sociale et de santé publique qui exige une action intégrée et intersectorielle appuyée par les intervenant·e·s, les décideur·e·s, les gestionnaires, et la population en général. En d'autres mots, il s'agit avant tout d'informer et de former sur la VCPP* <sup>(24)</sup>.

## **J. TABLEAU SYNOPTIQUE**

Tableau récapitulatif des **actions spécifiques** à prévoir

Problèmes		Détails
Formation des soignants à l'écoute (protocole LIVES) <sup>(25)</sup>	Mise en place d'un cadre <b>Listen</b>	« La violence est présente dans tellement de familles, que maintenant je demande à tout le monde »
	Phrase générale	« Tout va bien avec votre mari ? À la maison ? »
	Question plus détaillée <b>Inquire</b>	Si oui, « Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été menacée ou frappée ? »
	Validation (on comprend, on la croit) <b>Validate</b>	« Cela arrive à beaucoup de femmes » ; « Vous n'êtes pas seule on va essayer de vous aider »
Formation des soignants à l'écoute	Plan de sécurité <b>Enhance safety</b>	Rédiger un plan écrit de sécurité avec la patiente : si elle a besoin de partir en urgence, si elle a des enfants, les personnes de confiance, les téléphones, les papiers, etc.
	<b>Support</b>	Le support (soutien) doit être continué et intégrer les possibilités autres telles que refuge, police, aide juridique, associations, soins pour l'enfant
Espacement des naissances après la naissance	Formation	Votre partenaire est-il d'accord que vous postposiez la prochaine grossesse. ? Êtes-vous du même avis concernant la taille souhaitée de votre famille ? Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ? Avec son assentiment ? En « attendant », la piqure trimestrielle, les DIU (cuivre ou hormonal) et l'implant constituent des solutions discrètes.

## K. RÉFÉRENCES

1. Dre Muriel Salmona  
[https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse\\_et\\_violences\\_conjugales.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse_et_violences_conjugales.pdf).
2. Pre Liliane Daligand
3. Clinique et Thérapeutique des femmes violées (Dunod, juin 2016 Victimes et auteurs de VS p  
[https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_a  
gainst\\_women\\_20130620/fr/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/)
4. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-  
sheets/detail/violence-against-women](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women)
5. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale Une étude qualitative en Île-de-France In Médecine, novembre 2014 M. Barosso-Debel, G. Lazimi et Coll
6. Bulletin des médecins suisses 2012 ; 93:51/52. E. Escard.  
[precarite\\_et\\_violences\\_quels\\_liens.pdf](#)
7. OMS. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239. Novembre 2013.
8. Laforest J, Maurice P, Bouchard L-M, éditeurs. Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018.
9. [https://declicviolence.fr/p/la-mecanique-des-violences-  
conjugales](https://declicviolence.fr/p/la-mecanique-des-violences-conjugales)
10. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-  
femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
11. Dr Mathieu Lacambre in DIU Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance Université Grenoble – Alpes

## Elearning

12. Ma WS, Pun TC. Prevalence of Domestic Violence in Hong Kong Chinese Women Presenting with Urinary Symptoms. *PLoS One*. 2016 Jul 18;11(7):e0159367.

13. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, Cuneo JG. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014 Jan;76(1):2-11.

14. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. *Int J Gynaecol Obstet*. janv 2013;120(1):3-9.

15. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;133(3):269-76.

16. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016;123(8):1289-99.

17. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 83, April 2016, Pages 27-32 Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse Brigitte Leeners

18. Chaves K, Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Jalaludin B, Khanlari S, Page A. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Oct 16;19(1):357.

19. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, Khan KS. BJOG. 2019 May;126(6):778-783.

20. Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. The Effect of a Supportive-Educational Intervention on Maternal-Fetal Attachment of Pregnant Women Facing Domestic Violence: A Randomized Controlled Trial, Iran J Psychiatry BehAV Sci. Online ahead of Print ; 14(1):e92070. doi: 10.5812/ijpbs.92070.

21. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Gourbail L. Recommandations de la Haute Autorité de Santé – Juin 2019. 2019;58.

22. Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2017;18(2):155-71.

23. Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. The Effect of a Supportive-Educational Intervention on Maternal-Fetal Attachment of Pregnant Women Facing Domestic Violence: A Randomized Controlled Trial February 18, 2020

24. <https://www.fonds-houtman.be/thematiques/violence-au-sein-du-couple/>

25. Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Fernet, M., Lavergne, C., Poissant, J., Giguère, N., Laforest, J., Bigaouette, M., Flores, J., Valderrama, A., Angers, M.-N., Dunn, M., Nault, M., et Rousseau, C. (2020). Violence conjugale en période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir. Rapport de recherche présenté au FRQSC-MSSS. Montréal, UQAM.

26. Sur le modèle OMS LIVES  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/participants-handouts.pdf?ua=1>