

Accoucher à 16 ans, sans violence : une réalité possible ? État empirique de la situation et réflexion critique

Giving birth at 16, without violence: a possible reality?

Empirical data and critical reflection

Dar a luz a los 16 años, sin violencia: ¿Es una realidad posible?

Estado empírico de la situación y reflexión crítica

Dar à luz aos 16 anos, sem violência: uma realidade possível?

Estado empírico da situação e reflexão crítica

Sylvie Lévesque

Volume 35, Number 1, Spring 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/044804ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/044804ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lévesque, S. (2010). Accoucher à 16 ans, sans violence : une réalité possible ? État empirique de la situation et réflexion critique. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 195–219. <https://doi.org/10.7202/044804ar>

Article abstract

Violence between adolescents during teen pregnancy is relatively new in terms of scientific interest and clinical preoccupations. It is an alarming situation, given that 1) its prevalence ranges from 5 % to 29 % according to the literature; 2) consequences for both the mother's and baby's health are numerous at physical, psychological and sexual levels; 3) scientific and empirical knowledge regarding the phenomenon is limited and diminishes efficacy and relevance of current interventions. It therefore appears of major importance to acquire better knowledge of various ecological factors in order to implement preventative care and services that will allow them as well as their children to thrive in adverse conditions and have access to a safe and supportive environment.



Accoucher à 16 ans, sans violence : une réalité possible ? État empirique de la situation et réflexion critique

Sylvie Lévesque*

La présence de violence intime lors de la grossesse à l'adolescence est une problématique relativement nouvelle en termes d'intérêt scientifique et de préoccupations cliniques. Cette problématique est préoccupante pour la santé publique puisque 1) sa prévalence varie entre 5 % et 67 % selon les études recensées ; 2) les conséquences pour la santé des mères et des bébés sont nombreuses, tant sur le plan de la santé physique que psychologique et sexuelle et 3) les connaissances théoriques et empiriques spécifiques à cette problématique sont peu développées, ce qui limite le développement d'interventions pertinentes et efficaces. Il apparaît donc pertinent et nécessaire d'améliorer l'état des connaissances à différents niveaux écologiques afin de mettre sur pied des interventions préventives adaptées, qui permettront aux jeunes mères de surmonter les conditions adverses dans lesquelles elles se trouvent et d'offrir, à elles et leurs enfants, un environnement favorable et sécurisant.

La violence entre partenaires intimes est un sujet troublant. Fort heureusement, de nombreux chercheurs et intervenants en font le sujet de leurs préoccupations cliniques et pratiques ; ils s'intéressent, entre autres, à son étiologie, à ses manifestations, à ses conséquences et aux interventions pour la contrer. Leurs contributions ont permis l'avancée des connaissances dans ce domaine, une amélioration des interventions curatives et des programmes de prévention.

À l'heure actuelle, peu d'études québécoises ont porté spécifiquement sur la problématique de la violence entre partenaires intimes lors de la période périnatale (Bernier et al., 2005, Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995, Séguin et al., 2000). Cette période est pourtant importante car il s'agit d'une période durant laquelle la femme serait particulièrement vulnérable et où est observé un nombre important d'incidents de violence (Agence de santé publique du Canada., 2009, Campbell, 2001, Covington et al., 1997, Gazmararian et al., 1996). C'est aussi une période cruciale pour la survie et la santé du bébé à naître

* Candidate au Ph.D. en Santé publique à l'Université de Montréal, l'auteure détient une maîtrise en sexologie de l'UQAM. Elle travaille à l'Institut national de santé publique du Québec, Direction des Individus et des Communautés et est membre du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (Grave).

(Espinosa et Osborne, 2002, Janssen et al., 2003). De plus, il s'agit d'une occasion unique pour certaines femmes d'être en contact avec des professionnels de la santé, par le biais des cours prénataux et du suivi de grossesse (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales., 2006, Petersen et al., 1997, Petersen et al., 1998 ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005)

Certaines circonstances peuvent ajouter aux défis que représente la maternité ; nous référons plus spécifiquement à l'adolescence. Devenir mère à l'adolescence, c'est potentiellement s'exposer à l'isolement social et à une situation économique difficile, à une éducation moins poussée et à des perspectives d'emploi plus limitées (Charbonneau, 1999 ; Goulet et al., 2001 ; Poissant, 2002). C'est aussi, pour certaines jeunes mères, devoir s'acquitter de responsabilités à un âge précoce et parfois, le faire seule, puisque beaucoup de couples adolescents rompraient leurs relations au cours d'une grossesse (Charbonneau, 1999).

Malgré un intérêt important pour les problématiques de la violence conjugale et de la grossesse à l'adolescence, peu de chercheurs se sont intéressés à documenter la concomitance de ces deux phénomènes, soit la présence de violence de la part du partenaire intime lors de la grossesse à l'adolescence. Cet article tente par une recension des écrits empiriques, de participer à l'amélioration des connaissances dans ce domaine de recherche et d'intervention, notamment sur la prévalence, les conséquences directes et indirectes sur la santé et les facteurs de risque qui y sont liés. De même, il propose une réflexion sur les pratiques qui ont cours dans le domaine de l'intervention, pour la prévention de la violence entre partenaires intimes lors de la grossesse à un âge précoce.

Méthodologie

La méthodologie s'inspire d'une recension dite de balayage des écrits (scoping review) (Arksey et O'Malley, 2005). Les écrits retenus, composés de rapports de recherche, de recommandations de pratiques cliniques et d'articles scientifiques, ont été identifiés par une recherche dans diverses bases de données. Ainsi, les bases de données qui ont été recensées sont : MEDLINE (1990 à 2010), ERIC (1990 à 2008), Érudit (1980 à 2010), CINHALL (1990 à 2010), PSYCINFO (1990 à 2010) et ISI Web of Knowledge (1980 à 2010). Les mots-clés utilisés sont une combinaison des termes suivants : *pregnancy*, *adol**, *violence*, *maternity* et *teen**. Une première lecture des résumés a permis de sélectionner les articles pertinents.

De plus, différents sites québécois et canadiens présentant un intérêt pour l'une ou l'autre des problématiques étudiées ont aussi été

consultés à l'aide d'un moteur de recherche général. À titre d'exemple, les sites de l'INSPQ, du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Cri-Viff et de l'Agence de Santé publique du Canada ont permis de recueillir de l'information pertinente. Une recherche supplémentaire a par la suite pu être effectuée à partir des listes de références et des bibliographies des documents consultés.

La recension effectuée et les écrits conservés couvrent un assez large éventail de situations vécues ; elles ne sont pas restrictives quant au contexte culturel ou au devis de recherche utilisé. Ainsi, nous avons consulté des devis quantitatifs qui visent à déterminer l'influence d'une caractéristique donnée sur la situation actuelle de la jeune mère ou de son enfant, et des recherches qui découlent de devis qualitatifs pour permettre à la jeune mère de décrire sa réalité. Cependant, malgré des recherches approfondies, la documentation disponible sur la violence lors de la grossesse à l'adolescence ne couvre pas à elle seule tous les points d'analyses abordés dans cet article. Pour cette raison, la recherche bibliographique a dû être élargie afin d'inclure les situations de violence lors de la grossesse chez la femme adulte. Cette problématique a reçu un intérêt plus marqué de la part des chercheurs, et un nombre plus important d'articles a donc pu être consulté. Les termes de recherches utilisés, dans les mêmes bases bibliographies préalablement citées, sont les suivants : *violence, pregnancy, spouse abuse, maternity*. Une fois de plus, la lecture des résumés a permis de sélectionner les articles pertinents.

La double problématique de la violence de la part du partenaire intime lors de la grossesse adolescente

Qu'est-ce que la violence de la part du partenaire intime lors de la grossesse à l'adolescence ?

La violence entre partenaires intimes peut prendre diverses significations et est mesurée différemment selon les chercheurs et les devis de recherche privilégiés. De même, la notion de grossesse adolescente, même si elle est plus consensuelle, peut faire l'objet de certaines variations susceptibles d'influencer la façon de l'opérationnaliser.

Dans le cadre de cette recension d'écrits, la violence entre partenaire intime est définie comme étant : *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation* (Krug et al., 2002). Il est reconnu que les hommes sont majoritairement les auteurs de cette violence, et que le fait que les femmes aient des liens affectifs avec leur agresseur a des répercussions

importantes sur la dynamique de la violence (Krug et al., 2002). La grossesse précoce est pour sa part définie comme une grossesse survenant avant l'âge de 20 ans (MSSSQ, 2004, 2008).

Dans le cadre de cet article, nous choisissons donc de circonscrire l'objet d'étude en se basant sur les deux définitions retenues comme étant : *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles à une jeune femme enceinte de moins de 20 ans.*

Pour mieux saisir la complexité de ce phénomène social où sont juxtaposées deux situations où peut s'accroître la vulnérabilité des jeunes femmes, les résultats qui émanent de ce domaine de recherche pour la prévalence, les conséquences sur la santé et les facteurs de risque associés sont présentés.

Prévalence

Au Québec, à notre connaissance, aucune étude quantitative n'est disponible sur la présence de violence lors de grossesses à l'adolescence. Selon des études réalisées ailleurs, entre 5 % et 67 % des jeunes mères ayant donné naissance à un enfant durant l'adolescence ont subi de la violence de la part de leur partenaire amoureux. Le tableau suivant présente, à titre indicatif, un portrait de l'ampleur de cette problématique.

Il est intéressant d'y constater que lors de l'étude de Covington et al. (1997), le taux de prévalence triple avec la présence d'une interrogation systématique effectuée à trois moments différents de la grossesse. Il est aussi pertinent de se questionner sur la sélection de la violence physique comme indicateur principal et souvent unique de la présence de violence au sein du couple, au détriment des autres formes de violence qui entraînent elles aussi des conséquences importantes (Krug et al., 2002).

D'autres données éclairent aussi la persistance de cette problématique lors de la période post-partum. Une étude de Sussex et Corcoran (2005) semble indiquer que cette période présenterait un risque accru pour la violence physique perpétrée par le partenaire intime. Dans une étude prospective de 24 mois suivant la naissance de leur enfant, 41 % des 570 jeunes mères interrogées ont été victimes de violence physique. La prévalence la plus élevée est observée lors des trois premiers mois post-partum ; 78 % des femmes qui ont rapporté de la violence à trois mois post-partum ont indiqué que cette violence n'était pas présente avant l'accouchement (Sussex et Corcoran, 2005).

Tableau 1
**Portrait de la violence vécue pendant la période de grossesse à l'adolescence
de la part du partenaire amoureux**

Auteurs/Année	Échantillon	Période référence	N	Violence physique rapportée
(Wiemann et al., 2000)	Mères adolescentes âgées entre 12 et 18 ans ayant accouché à l'University of Texas Medical Branch-Galveston Outil : version modifiée de l'AAS	Avril 1994 à février 1996	724	11,9 % indiquent avoir été victime de violence
(Quinvilan et Evans, 2001)	Adolescentes âgées entre 12 et 17 ans qui reçoivent des services des campus hospitaliers King Edward Memorial, Osborne Park et Joondalup Health Campus (Australie) Outil : entrevue semi structurée, avec guide d'entretien de 5 questions	1 ^{er} janvier 1997 au 30 juin 1999	537	29,2 % rapportent avoir été victime de violence
(Covington et al., 1997)	Adolescentes âgées entre 12 et 19 ans qui reçoivent des services prénataux dans un département de santé de la Caroline du Nord Outil : produit dérivé de l'AAS	Janvier 1993 à décembre 1993 Avril 1994 à avril 1995 2 groupes : – Interrogation de routine (1 fois, 1 ^{ere} visite) – Interrogation systématique (3 fois, 3 moments de la grossesse)	129 117	5,4 % des 129 jeunes mères interrogées rapportent être victimes de violence (une seule interrogation) 16,2 % des 117 jeunes mères interrogées rapportent vivre de la violence (3 interrogation au cours de la grossesse)

Auteurs/Année	Échantillon	Période référence	N	Violence physique rapportée
(Lindhorst et Oxford, 2008)	Adolescentes de moins de 17 ans ayant décidé de mener à terme leur grossesse dans l'état de Washington, USA Outil : CTS (7 questions portant sur la violence physique)	Étude longitudinale de 14 ans (14 collectes de données) Début du suivi en juin 1988	229	67,2 % rapportent une expérience de victimisation lors de la période s'étendant de la grossesse à l'âge adulte (durée non spécifiée) Lors de la dernière collecte, 15 % rapportent vivre de la violence
(Mylant et Mann, 2008)	Mères adolescentes autochtones ayant reçu des services du American Indian teen pregnancy and parenting program (USA) Outil : AAS	Étude rétrospective entre 2000 et 2005	49	37,5 % indiquent avoir été victime de violence durant leur grossesse 75 % de celles-ci identifient leur amoureux comme l'agresseur
(Quinlivan et Evans, 2005)	Adolescentes de moins de 18 ans recrutées à la 1 ^{re} visite prénatale en centre hospitalier (Australie) Outil : idem que 2001	Étude de cohorte prospective Période non mentionnée	136	29,4 % ont été victimes de violence durant leur grossesse (n = 40) Violence physique : 34 cas Violence sexuelle : 4 cas Violence combinée : 2 cas
(Curry et al., 1998)	Adolescentes enceintes âgées entre 13 et 19 ans recrutées à une clinique prénatale (USA) Outil : AAS	Étude prospective Période non mentionnée	559	37 % ont rapporté être victimes de violence

Auteurs/Année	Échantillon	Période référence	N	Violence physique rapportée
(Gessner et Perham-Hester, 1998)	Mères adolescentes recrutées parmi l'ensemble des femmes ayant donné naissance à un enfant vivant en Alaska (ciblent 200 des 900 femmes qui donnent naissance chaque mois) Sous population adolescente dérivée de cet échantillon plus large Outil : 1 question sur la violence physique	Étude populationnelle rétrospective (questionnées 3.9 mois après l'accouchement) Entre 1991 et 1994	910	9 % à 10 % des jeunes mères ont vécu de la violence durant leur grossesse 6 % à 10 % des jeunes mères ont vécu de la violence après l'accouchement
(Sussex et Corcoran, 2005)	Adolescentes enceintes et jeunes mères âgées entre 13 et 18 ans qui participent à un programme de traitement des dépendances Outils : — Question pour les moins de 18 ans — AAS pour les 18 ans et plus	Étude prospective sur une période 18 mois 3 moments de collecte des données (T1, T2, T3)	286	T1 : 26,5 % des répondantes indiquent éviter quelqu'un par crainte de violence ou par peur T3 : 36,9 % des répondantes rapportent éviter quelqu'un par crainte de violence ou par peur

Ces données sont particulièrement intéressantes lorsqu'elles sont mises en lien avec celles de Raneri et Wiemann (2007) à l'effet qu'être victime de violence dans les trois mois suivant l'accouchement augmente la probabilité de devenir enceinte de nouveau dans les 24 mois qui suivent (Raneri et Wiemann, 2007).

Certains chercheurs estiment que la période de la grossesse serait un événement qui pourrait exacerber la survenue de la violence et ses manifestations (Gazmararian et al., 1995, Nasir et Hyder, 2003). Ainsi, la majorité des cas de violence débiterait avant la grossesse et s'intensifierait durant cette période (Agence de santé publique du Canada., 2009, Bernier et al., 2005). Au Canada, une femme sur cinq qui rapporte avoir été violentée par son conjoint l'a été durant la grossesse. Dans 40 % des cas, la violence aurait débuté à ce moment (Santé Canada, 1999). D'autres chercheurs affirment que la grossesse n'est pas en soi un facteur de risque pour la violence (McGrath et al., 1998, Santé Canada, 1999, Widding Hedin, 2000). Pour l'instant, les données disponibles ne permettent pas d'affirmer hors de tout doute que la grossesse est une période plus risquée pour la survenue de violence de la part du partenaire intime (Institut national de santé publique du Québec., à paraître). Par contre, il est reconnu que les conséquences qui lui sont associées sont importantes sur la santé de la mère et de l'enfant à naître, de même que sur le déroulement de la grossesse et la relation mère/enfant. Il est aussi reconnu que la grossesse peut être une période de plus grande vulnérabilité pour la femme.

Conséquences directes et indirectes sur la santé des femmes

La violence entre partenaires intimes influence la santé des femmes sur plusieurs plans : santé physique, psychologique, sexuelle et reproductrice et ce, sans égard de l'âge. Bien que la violence puisse avoir des effets directs et immédiats sur la santé de la femme, elle peut aussi avoir des conséquences indirectes sur sa santé actuelle et future. De façon générale, trois grandes conclusions peuvent être tirées de l'étude des données portant sur les conséquences de la violence sur la santé (Krug et al., 2002) :

- Plus la violence est grave, plus l'impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond ;
- Les répercussions dans le temps de différents types et de multiples épisodes de violence semblent être cumulatives ;
- Les conséquences de la violence peuvent persister longtemps après s'être arrêtée.

En effet, les études mentionnent que pour la majorité des femmes, les atteintes à la santé psychologique peuvent perdurer sur de très longues périodes, allant même jusqu'à 17 ans suivant les gestes de violence (Campbell et Soeken, 1999 ; Coker et al., 2002 ; Krug et al., 2002). Le tableau 2 présente les conséquences de la violence conjugale sur la santé des femmes.

Tableau 2
Conséquences possibles de la violence conjugale répertoriées sur la santé

Dimensions de la santé	Conséquences possibles (directes et indirectes)
Physique (Coker et al., 2002, Krug et al., 2002 ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada., 2005 ; Ulrich et al., 2003)	• Traumatismes thoraciques et/ou abdominaux • Syndrome de douleurs chroniques • Zébrures et ecchymoses • Invalidité • Fractures • Lacérations et des ulcérations • Lésions oculaires • Fibromyalgie • Troubles gastro-intestinaux • Syndrome du côlon irritable • Capacité fonctionnelle réduite
Psychologique (Campbell et Soeken, 1999, Coker et al., 2002 ; Krug et al., 2002 ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005)	• Consommation abusive d'alcool et de drogues • Dépression • Angoisse • Troubles alimentaires • Troubles du sommeil • Sentiments de honte et de culpabilité • Phobies et des troubles paniques • Mauvaise estime de soi • Sentiment de peur et d'insécurité • Syndrome de stress post-traumatique • Troubles psychosomatiques • Comportements et idéations suicidaires • Comportements auto-mutilatoires
Sexuelle et reproductrice (Campbell et Soeken, 1999 ; Krug et al., 2002 ; Martin et al., 1999 ; Quinvilan et Evans, 2001 ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005)	• Troubles gynécologiques, dont l'infertilité • Endométrite • Dysfonctions sexuelles • Comportements sexuels à risque • Infections transmissibles sexuellement incluant le VIH • Grossesse non désirée et des avortements

Conséquences possibles de la violence de la part du partenaire intime lors de la grossesse

Les actes et les incidents de violence lors de la grossesse peuvent non seulement affecter la santé de la femme enceinte mais aussi le déroulement de la grossesse. Plusieurs femmes recevront des soins prénatals différés ou irréguliers, auront un gain pondéral insuffisant, souffriront d'infections génitales et seront susceptibles d'avoir un niveau de stress et de dépression plus élevé (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada., 2005). Le déroulement de la grossesse pourrait être affecté par un traumatisme abdominal, un retard de croissance utérine, une rupture placentaire, une hémorragie antepartum, un travail et un accouchement prématurés, des complications au cours du travail, une détresse fœtale ainsi que la mort fœtale et la mort périnatale (Campbell et al., 2004; Dietz et al., 1997; Heaman, 2005, Krug et al., 2002; Murphy et al., 2001, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada., 2005).

Malheureusement, le bébé n'est pas épargné par ces conséquences négatives : plusieurs bébés nés de mères victimes de violence durant leur grossesse avaient un plus faible poids à la naissance : ce serait le cas pour près d'un sur cinq d'entre eux (Murphy et al., 2001 ; Silverman et al., 2006 ; Yost et al., 2005). Ils obtiendraient aussi un score moins élevé au test d'Apgar (Berenson et al., 1994 ; Wiemann et al., 2000). Les nouveaux-nés de mères adolescentes victimes de violence, répertoriés dans l'étude de Quinlivan et Evans (2001), rapportent plus de problèmes néonataux que les nouveaux-nés de mères adolescentes qui n'ont pas été victimes de violence durant la grossesse. Les bébés nés de mères qui ont été victimes de violence durant leur grossesse seraient 30 % plus susceptibles d'avoir besoin de soins médicaux (Silverman et al., 2006).

De même, l'enfant qui est exposé à la violence conjugale est plus susceptible d'éprouver des maux de tête, des maux d'estomac, une perte d'appétit et une perte de poids, de souffrir de dépression, d'une faible estime de soi et de vivre de la confusion et de l'anxiété. Il pourrait exprimer plus d'agressivité, avoir des difficultés d'attention, des comportements antisociaux et destructeurs, des problèmes d'apprentissage et cumuler des retards scolaires (Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité, 2006). Or, les données indiquent que la violence conjugale se poursuit souvent après la naissance du bébé : les femmes qui subissent de mauvais traitements avant ou pendant la grossesse sont davantage susceptibles d'être victime de violence après la naissance de l'enfant (Martin et al., 2001 ; Stewart, 1994).

Les conséquences négatives de la violence sur la grossesse durant l'adolescence ne diffèrent pas de celles répertoriées pour la femme adulte (Rinard Renker, 2002). Cependant, il est permis de croire que les jeunes mères sont davantage affectées par ces conséquences étant donné la plus grande vulnérabilité dans laquelle elles pourraient se trouver (Parker et al., 1993 ; Rinard Renker, 2002).

Facteurs de risque liés à la présence de violence lors de la grossesse¹

Les facteurs de risque associés au fait d'être victime de violence sont les caractéristiques associées à une probabilité accrue que survienne une manifestation de violence. La présence d'un facteur de risque, en juxtaposition avec d'autres facteurs de risque, peut favoriser ou précipiter l'occurrence d'une problématique, sans en être la cause (Centre de liaison sur l'intervention précoce et la prévention psychosociales, 2006). Nous les présentons ici selon le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979) qui considère que cette problématique est le produit d'interactions complexes entre différents niveaux de facteurs (Heise, 1998 ; Krug et al., 2002).

Le niveau *individuel* s'intéresse aux caractéristiques individuelles de la personne (biologiques, démographiques et histoire personnelle) qui font augmenter le risque que celle-ci soit victime de violence. Les facteurs de risque répertoriés à ce niveau renvoient dans un premier temps aux antécédents de violence, soit le fait d'être exposé à la violence conjugale durant l'enfance (Wiemann et al., 2000). Les autres facteurs de risque de cette catégorie sont la consommation d'alcool et de drogues et le tabagisme (Quinvilan et Evans, 2001, Wiemann et al., 2000), une grossesse à un âge précoce (Janssen et al., 2003 ; Martin et al., 2001) et une forte occurrence de grossesses non désirées ou non planifiées (Gazmararian et al., 1995 ; Nasir et Hyder, 2003 ; Quinvilan et Evans, 2001 ; Séguin et al., 2000). En effet, Séguin et al. (2000) ont démontré que les femmes dont la grossesse n'est pas planifiée courent trois fois plus de risque de se retrouver dans une situation de violence que les femmes dont la grossesse avait été planifiée. Enfin, de façon plus ciblée, les adolescentes victimes de violence durant leur grossesse seraient plus susceptibles d'avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse antérieurement (Janssen et al., 2003).

Le second niveau, le niveau *relationnel*, tente de cerner en quoi les interactions sociales font augmenter le risque d'être victime de violence. Les facteurs de risque suivants y sont répertoriés : vivre dans un milieu où il y a consommation d'alcool et de drogue et la normalisation de cette consommation (Moraes et Reichenheim, 2002), l'absence du

mariage et d'un conjoint stable (Martin et al., 2001 ; Quinvilan et Evans, 2001) et la présence de violence au sein de sa relation amoureuse avant la grossesse (Wiemann et al., 2000). Selon Castro et al. (2002), les femmes auraient 9,5 fois plus de risque d'être victimes de violence durant la grossesse s'il y a présence de violence dans la relation amoureuse avant la grossesse.

Les facteurs *communautaires* constituent le troisième niveau, c'est-à-dire les facteurs de risques répertoriés qui visent à cerner l'apport des caractéristiques communautaires des cadres de vie associées au fait d'être victime de violence. Ces cadres de vie peuvent être multiples : l'école, le milieu de travail et le voisinage, tout comme les composantes qui s'y rattachent. À ce niveau se retrouve en premier lieu un statut socio-économique faible (Janssen et al., 2003 ; Martin et al., 2001 ; Moraes et Reichenheim, 2002 ; Murphy et al., 2001 ; Nasir et Hyder, 2003). Dans une étude sur une population adulte, les femmes issues de milieux défavorisés avaient 2,3 fois plus de risque de subir de la violence durant la grossesse que les femmes de la classe moyenne (Castro et al., 2003). L'absence ou une faible présence de soutien social peut aussi contribuer à la victimisation par le partenaire lors de la période de grossesse (Moraes et Reichenheim, 2002), tout comme une faible scolarité (Martin et al., 2001) et l'absence d'emploi rémunéré à l'extérieur du domicile (Janssen et al., 2003 ; Martin et al., 2001).

Le niveau *sociétal* qui constitue le dernier niveau, s'intéresse aux facteurs de risque plus généraux qui exercent une influence sur les taux de violence. Les facteurs de risque répertoriés sont une notion de masculinité liée à la dominance, l'honneur et la force (Counts et al., 1992) et des rôles de genre rigides (Heise, 1998). Les sociétés où les hommes sont porteurs du pouvoir économique et décisionnel, où les femmes n'ont pas facilement accès au divorce et où la violence est utilisée régulièrement pour résoudre les conflits, sont plus susceptibles de présenter des taux de violence élevés (Levinson, 1989). L'absence de groupes de travail composés uniquement de femmes augmente la possibilité de violence entre partenaires puisque ces groupes sont réputés pouvoir offrir une protection aux femmes, grâce entre autres aux revenus qu'elles gagnent et au soutien social de ces groupes (Levinson, 1989). Enfin, il a été proposé que la violence est plus présente dans les endroits ravagés par la guerre, les conflits et les bouleversements sociaux (Krug et al., 2002).

Discussion

L'objectif de cet article est de contribuer à l'avancement des connaissances sur la violence perpétrée par le partenaire intime lors

d'une grossesse adolescente. Il vise aussi à proposer une réflexion critique sur l'état de la recherche et à proposer des pistes d'interventions qui sont abordées plus loin.

Manque d'uniformisation dans les définitions et l'opérationnalisation

Les chiffres obtenus dans les études varient considérablement : prenons l'exemple frappant de l'écart allant de 5 % à 67 % pour la prévalence. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces disparités : 1) la violence est définie de façon différente, ce qui rend la comparaison difficile, 2) les études ont recours à des devis différents (populationnelle, auprès d'une clientèle utilisant des services cliniques, longitudinale, transversale) et 3) la détection est faite à un moment différent d'une étude à l'autre.

En effet, les outils ou questions utilisés pour détecter la présence de violence ne sont pas uniformes au sein des études répertoriées (AAS, CTS, questions non standardisées, questions isolées sur la violence conjugale parmi un ensemble de questions sur des sujets variés, etc.), de même que la définition de ce qu'est un acte violent. Certaines études se limitent aux gestes de violence physique, d'autres incluent la peur du partenaire, la violence psychologique et sexuelle. Des études cumulent ces types de violence sous un concept englobant (présence de violence vs absence de violence) alors que d'autres présentent leurs données selon la catégorie auquel le geste posé appartient (présence de violence physique, absence de violence sexuelle). De même, la sévérité de la violence est parfois qualifiée (violence sévère) alors que d'autres études n'en font pas mention.

Certaines études privilégient un devis de nature longitudinale et suivent une cohorte de femmes sur une période donnée, et les interrogent donc à plus d'une reprise. D'autres études sont de nature transversale et interrogent les femmes à un seul moment. Certaines études s'intéressent à des groupes de femmes présentant des caractéristiques communes (par exemple, situation défavorisée, appartenance à un groupe culturel) alors que d'autres interrogent, par exemple, toutes les femmes ayant donné naissance dans une région donnée ou dans un centre hospitalier donné durant une période ciblée. Ces variations importantes entraînent nécessairement des données dont la portée peut être plus ou moins limitée et dont l'interprétation doit être nuancée.

Enfin, certaines études ciblent la période de la grossesse elle-même, d'autres se concentrent sur certains trimestres et d'autres englobent aussi la période du post-partum. De plus, la détection est

parfois effectuée par le professionnel de la santé traitant, parfois par un intervieweur externe et quelques fois par un support informatique.

Ce manque d'uniformisation pose des limites importantes aux recherches sur la violence lors de la grossesse, rendant difficile la tâche de mesurer avec exactitude les associations qui peuvent exister entre ces deux phénomènes. De même, l'imprécision parfois présente quant aux périodes de la grossesse elle-même empêche les chercheurs de pouvoir comparer les résultats de leurs études avec la littérature existante (Petersen et al., 1998). Pour contrer ces difficultés, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis recommande l'utilisation des paramètres suivants quant aux fenêtres temporelles liées à la présence de violence : la *violence se manifestant lors de la période de la grossesse* se définit comme étant de la violence physique, sexuelle ou psychologique/émotionnelle, ou des menaces de violence physique et sexuelle infligée à une femme durant la période pré-grossesse, la grossesse ou la période post-grossesse ou une combinaison de ces périodes. (La période pré-grossesse est définie comme étant un an avant la grossesse ; la période post-grossesse, de six semaines à un an après la grossesse) (Petersen et al., 1998). Cette distinction entre les différentes périodes est certes pertinente et permet de réduire considérablement les difficultés liés aux généralisations des résultats de recherche. Cependant, cette catégorisation n'élimine pas les biais qui peuvent survenir lorsque la mère est questionnée rétrospectivement sur sa grossesse. Certaines femmes dont la grossesse n'est pas planifiée pourraient en effet avoir des biais de mémoire importants quant aux périodes de pré grossesse et de grossesse.

Pour leur part, Ballard et ses collaborateurs suggèrent d'étudier la violence durant la grossesse à l'aide d'une classification en quatre catégories : 1) aucune violence avant la grossesse mais présence de violence durant la grossesse (*début de la violence*) ; 2) violence présente à la fois avant et durant la grossesse (*violence continue*) ; 3) violence présente avant la grossesse mais absente durant la grossesse (*cessation de la violence*) et 4) aucune violence avant ou durant la grossesse (Ballard et al., 1998). Cette catégorisation est intéressante et permet une compréhension accrue entourant le cycle de la violence lié à la grossesse. Nous recommandons toutefois de circonscrire de façon plus pointue encore la terminologie pour définir plus clairement la période visée avant la grossesse (Un an ? Depuis le début de la relation amoureuse ?), et spécifier aux répondantes que la grossesse, telle que conceptualisée, débute au moment où elles en sont informées, que ce soit par diagnostic médical ou par un test effectué à la maison. Cette idée

de grossesse *consciente* permettra de mieux circonscrire le moment où la grossesse est connue, du moins de la mère, et permettra une classification grossesse vs pré grossesse qui ne s'appuie pas seulement sur des considérations physiologiques. Pensons à une grossesse où la jeune mère n'en serait consciente qu'à la 15^e ou 16^e semaine : il serait difficile de parler, sur le plan conceptuel, de violence lors de la grossesse puisque celle-ci n'était pas connue et ne se distinguait pas de la période pré grossesse.

Présence importante des facteurs s'ancrant au niveau individuel

Cet examen des données disponibles permet aussi de réaliser l'importance de travailler simultanément sur plusieurs plans afin d'aborder la complexité de cette problématique. La lecture de nombreux rapports de recherches et d'articles sur ces problématiques ont permis de constater qu'une proportion importante de ceux-ci met l'accent principalement sur les facteurs individuels, en accordant peu d'importance aux facteurs issus des autres niveaux écologiques. Pourtant, les facteurs de risque qu'on attribue à l'individu sont souvent liés aux environnements dans lesquels ces derniers vivent, aux opportunités qui leur sont offertes, aux politiques publiques qui encadrent les pratiques et aux normes sociales liées à la violence conjugale et à la maternité précoce. Il en ressort donc une compréhension incomplète et morcelée, parce que décontextualisée. Une étude privilégiant l'utilisation d'un cadre conceptuel qui porte un intérêt à chacun des niveaux écologiques, et accorde une importance à la notion de trajectoire pourrait contribuer grandement, à notre avis, à compléter les connaissances disponibles.

Perspectives d'intervention

La grossesse est un moment de contact privilégié avec les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, et offre des possibilités intéressantes pour la prévention de la violence conjugale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Tout professionnel de la santé ou intervenant social travaillant en périnatalité a reçu ou recevra, parmi ses patientes, des femmes victimes de violence. Cependant, seul un petit nombre de médecins évaluent de façon routinière la présence de violence (Parsons et al., 1995). Dans une étude sur la détection de la violence conjugale menée en Californie, 11 % des médecins sondés travaillant en soins prénataux effectuent un dépistage de la violence entre partenaires intimes lors de la première rencontre (Rodriguez et al., 1999). Pourtant, la majorité des femmes interviewées dans le cadre d'une étude sur les pratiques de détection et les soins offerts aux victimes de violence rapportent être en faveur d'une telle détection de la

violence par leur médecin, et affirment qu'elles mentionneraient la violence dont elles sont victimes si on le leur demandait (Caralis et Musialowski, 1997). De même, une étude suédoise menée auprès de femmes consultant une sage-femme lors de leur grossesse révèle que 80 % d'entre elles, victimes et non-victimes de violence confondues, jugent tout à fait acceptables d'être questionnées à ce propos alors que seulement 3 % d'entre elles ont qualifié ce questionnement d'inacceptable (Stenson et al., 2001).

Les résultats des études qui ont été menées auprès de différents acteurs du secteur de la santé et des services sociaux fournissent des pistes de réflexions importantes sur les pratiques préventives à mettre en place. Ainsi, le fait de demander verbalement s'il y a présence de violence plutôt que par questionnaire amène un taux de réponse positive plus élevé, soit 29 % comparativement à 7 % (McFarlane et al., 1991). De même, la pratique plus routinière de détection de la présence de violence de la part du partenaire amoureux amènerait une plus grande divulgation qu'une seule référence à cette possibilité dans le cadre d'un suivi médical (Covington et al., 1997).

Beaucoup d'obstacles ont été rapportés par les différents professionnels du milieu médical quand au fait de questionner la future mère sur la présence de violence intime. Parmi ces obstacles, notons le tabou entourant ce sujet de même que la présence du conjoint lors des consultations qui surviennent avant la naissance du bébé (Stenson et al., 2005), le manque de temps lors des visites, l'absence de lignes directrices et de plans d'interventions prévus à cet effet ainsi que le manque de soutien (Mezey et al., 2003 ; Protheroe et al., 2004). Le manque de connaissances sur le sujet est aussi une limite rapportée par de nombreux agents de ce milieu. À titre d'exemple, les médecins sondés qui ont reçu une formation sur la violence conjugale au cours des trois années précédant l'enquête, étaient plus nombreux à rapporter détecter de façon routinière la présence de violence lors d'une première rencontre (Rodriguez et al., 1999).

Au Québec, les groupes de médecine familiale (GMF), les médecins pratiquant en cliniques privées, les CSSS par le biais des programmes pré et postnataux pour mères (NÉ-GS, PSJP, cliniques postnatales), les maisons de naissance de mêmes que plusieurs ressources communautaires et services spécialisés qui s'adressent aux femmes enceintes seraient des milieux pertinents pour intervenir sur cette problématique (Bernier et al., 2005). Le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait d'ailleurs, dans son Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, des

recommandations et des mesures qui visent spécifiquement la détection et le suivi par les intervenants : *Développer les habilités des intervenantes et des intervenants à déceler, de façon précoce, les signes de violence conjugale chez les adultes, et à détecter chez les enfants, les signes d'exposition à cette violence tout en veillant à assurer un suivi adéquat* (Direction des communications du Ministère de la Justice, 2004). On peut donc constater qu'il s'agit d'une intention d'action réfléchie et concertée de la part des neuf ministères impliqués dans la création de ce plan d'action, mais qui n'est pas cependant encore reflétée dans la pratique. La Politique québécoise de périnatalité 2008-2018 poursuit dans ce sens et recommande de systématiser l'examen des indices de violence conjugale et l'utilisation des outils de détection, lorsque les premiers indices laissent entrevoir la présence de violence lors de la grossesse (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Cette recommandation rejoint les conclusions obtenues lors de l'étude de MacMillan et al. (2009) qui visait à étudier l'efficacité du dépistage de la violence perpétrée par le partenaire intime, et la communication de ce résultat au médecin traitant pour la réduction de la violence subséquente et l'amélioration de la qualité de vie des femmes victimes. Leurs résultats démontrent qu'en l'absence d'une intervention efficace pour réduire la violence, le dépistage universel de celle-ci dans les établissements de santé n'est pas concluant (MacMillan et al., 2009).

Sur le plan de l'organisation des services, il semble que la jeune mère victime de violence qui demande de l'aide risque de se heurter à plusieurs obstacles. Dans un article relatant leurs expériences auprès de jeunes mères, deux intervenantes du Bureau de Consultation Jeunesse rapportent :

« Nous avons encore aujourd'hui beaucoup de difficultés à référer des jeunes femmes de 16-17 ans victimes de violence conjugale à des centres puisqu'on les considère d'abord comme des jeunes filles mineures, même si elles sont des mineures émancipées et chefs de famille. Elles sont rarement accueillies comme femmes et encore moins comme famille ; elles n'ont en effet que très rarement droit à l'appellation plus globalisante de famille » (Laurin et Stuart, 2003).

Cette expérience témoigne, entre autres, de la fragmentation des services destinés à la famille, à la maternité et à la violence entre partenaires amoureux, une constatation maintes fois décriée dans le domaine de l'intervention. On peut donc croire que l'absence de vision plus complexe de la concomitance de ces deux problématiques influencera directement la qualité des services que les jeunes mères victimes de violence pourront recevoir et les ressources qui seront mises à leur

disposition. Une suggestion formulée par ces mêmes auteures mérite aussi qu'on réfléchisse sur le sens social donné à la maternité, et qu'on cesse de considérer la maternité précoce uniquement comme une carrière gâchée : elles proposent de ne pas tout axer sur le retour à l'école ou le plein emploi, mais bien de partir des objectifs de vie des gens concernés. Par ailleurs, de leurs expériences découle le nécessaire décroisement des services pour prendre en considération la concomitance de la maternité précoce et de la violence entre partenaires amoureux.

Conclusion

Cette recension des écrits empiriques met en relief la nécessité d'améliorer l'état des connaissances sur cette double problématique en renouvelant les façons de comprendre ce phénomène. Dans cette perspective, il serait intéressant de délaisser l'angle des facteurs de risque pour mieux saisir ce qui permet à certaines jeunes mères ayant vécu de la violence lors de leur grossesse de surmonter cette situation potentiellement adverse. Les processus de résilience dont elles font preuve pourraient très certainement orienter les politiques et les actions de santé publique pour cette clientèle. De même, l'apport méthodologique de l'étude des trajectoires de vie de ces jeunes mères pourrait contribuer à dresser un portrait plus complet de leurs expériences. Il serait aussi pertinent de s'intéresser aux jeunes hommes qui sont violents envers leur conjointe. Une compréhension plus grande de la transition vers la paternité dans ce contexte pourrait jeter un éclairage complémentaire sur cette problématique.

De plus, il serait pertinent de diversifier les façons d'intervenir, comme l'ont fait certains groupes : auprès de la clientèle elle-même par le biais de la détection précoce, d'un système efficace d'orientation et d'un meilleur accès aux ressources ainsi qu'une mise en contact avec d'autres mères adolescentes victimes de violence. Il serait urgent d'offrir aux agents du milieu médical et de l'intervention psychosociale des formations sur cette problématique, d'établir un protocole d'intervention et de faciliter le réseautage des chercheurs et des praticiens travaillant sur cette réalité.

Pour terminer, il est nécessaire d'inclure des stratégies qui visent à modifier les conceptions populaires sur la violence durant la grossesse, les normes sociales qui la supportent et réduire les facteurs de risque en s'attaquant aux causes sociales qui les engendrent. Une approche de prévention et de promotion de la santé, jumelée à des interventions systémiques efficaces de première ligne, est nécessaire pour contrer la violence, sous toutes ses formes.

Note

1. Les facteurs de risque présentés ici ne concernent pas uniquement les mères adolescentes mais englobent aussi les femmes d'âge adulte. Malgré une recherche exhaustive dans de nombreux moteurs de recherche, trop peu d'articles ont été répertoriés pouvant permettre une catégorisation des facteurs de risque liés uniquement à la maternité adolescente en contexte de violence amoureuse.

Références

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, 2009, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa.
- ARKSEY, H., O'MALLEY, L., 2005, Scoping studies : Towards a methodological framework, *International Journal Of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
- BALLARD, T. J., SALTZMAN, L. E., GAZMARARIAN, J. A., 1998, Violence during pregnancy : Measurement issues, *American Journal Of Public Health*, 88, 274-276.
- BERENSON, A., WIEMANN, C., WILKINSON, G., JONES, W., ANDERSON, G., 1994, Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women, *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 170, 1760-1766.
- BERNIER, D., BÉRUBÉ, J., HAUTECOEUR, M., PAGÉ, G., 2005, Intervenir en violence conjugale : La démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité, *Collections Études et Analyses*, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 33.
- BRONFENBRENNER, U., 1979, *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press, Cambridge.
- CAMPBELL, J., GARCIA-MORENO, C., SHARPS, P., 2004, Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence against Women*, 10, 770-789.
- CAMPBELL, J. C., 2001, Abuse during pregnancy : a quintessential threat to maternal and child health — so when do we start to act ?, *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1578-1579.
- CAMPBELL, J. C., SOEKEN, K. L., 1999, Forced sex and intimate partner violence : Effects on women's risk and women's health, *Violence against Women*, 5, 1017-1035.
- CARALIS, P. V., MUSIALOWSKI, R., 1997, Women's experience with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims, *Southern Medical Journal*, 90, 1075-1080.

- CASTRO, R., PEEK-ASA, C., RUIZ, A., 2003, Violence against women in Mexico : A study of abuse before and during pregnancy, *American Journal of Public Health*, 93, 1110-1116.
- CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES, 2006, *L'identification précoce de la violence conjugale : Guide de formation*, Hôpital Rivières-des-Prairies, Québec.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE RESSOURCES EN PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET EN PRÉVENTION DE LA CRIMINALITÉ, 2006, *Enfants exposés à la violence conjugale*, Québec.
- CHARBONNEAU, J., 1999, La maternité adolescente, *Réseau*, 30, 14-19.
- COKER, A. L., DAVIS, K. E., ARIAS, I., 2002, Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women, *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- COUNTS, D., BROWN, J., CAMPBELL, J., 1992, *Sanctions and Sanctuary*, Westview, Boulder, Co.
- COVINGTON, D. L., DALTON, V. K., DIEHL, S. J., WRIGHT, B. D., PINER, M. H., 1997, Improving detection of violence among pregnant adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 21, 18-24.
- CURRY, M. A., DOYLE, B., GILHOOLEY, J., 1998, Abuse among pregnant adolescents : Differences by developmental age, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 23, 144-150.
- DIETZ, P. M., GAZMARARIAN, J. A., GOODWIN, M. M., 1997, Delayed entry into prenatal care : Effect of physical violence, *Obstetrics and Gynecology*, 90, 221-224.
- DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2004, *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec.
- ESPINOSA, L., OSBORNE, K., 2002, Domestic violence during pregnancy : implications for practice, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47, 305-317.
- GAZMARARIAN, J. A., ADAMS, M. M., PAMUK, E. R., 1996, Associations between measures of socioeconomic status and maternal health behaviour, *American Journal Of Preventive Medicine*, 12, 108-115.
- GAZMARARIAN, J. A., ADAMS, M. M., SALTZMAN, L. E., 1995, The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns, *Obstetrics and Gynecology*, 85, 1031-1038.

- GEISSNER, B. D., PERHAM-HESTER, K., 1998, Experience of violence among teenage mothers in Alaska, *Journal Of Adolescent Health*, 22, 383-388.
- GOULET, C., MARCIL, I., KAMDOM, C., TOUSSAINT-LACHANCE, M., 2001, Le point sur les mères adolescentes au Québec, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8, 21-34.
- HEAMAN, M. I., 2005, Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba, *Jognn-Journal Of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34, 721-731.
- HEISE, L. L., 1998, Violence against women: An integrated ecological framework, *Violence against Women*, 4, 262-290.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (à paraître), *Tronc commun provincial d'information prénatale : Fiche sur la violence conjugale et la grossesse*, Québec.
- JANSSEN, P. A., HOLT, V. L., SUGG, N. K., 2003, Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188, 1341-1347.
- KRUG, E. R., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., LOZANO, E., 2002, *World Report on Violence and Health*, WHO, Genève.
- LAURIN, C., STUART, C., 2003, Programme soutien aux jeunes parents : contre qui, contre quoi ?, *Nouvelles Pratiques sociales*, 16, 215-221.
- LEVINSON, D., 1989, *Family Violence in Cross-cultural Perspective*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- LINDHORST, T., OXFORD, M., 2008, The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms, *Social Science and Medicine*, 66, 1322-1333.
- MACMILLAN, H. L., WATHEN, N. C., JAMIESON, E., 2009, Screening for intimate partner violence in health care settings. A randomized trial, *Journal Of The American Medical Association*, 302, 493-501.
- MARTIN, S. L., KILGALLEN, B., TSUI, A. O., 1999, Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India, *Journal of the American Medical Association*, 282, 1967-1972.
- MARTIN, S. L., MACKIE, L., KUPPER, L. L., BUESCHER, P. A., MORACCO, K. E., 2001, Physical abuse of women before, during and after pregnancy, *Journal of the American Medical Association*, 285, 1581-1584.
- McFARLANE, J., CHRISTOFFEL, K., BATEMAN, L., MILLER, V., BULLOCK, L., 1991, Assessing for abuse: self-report versus nurse interview, *Public Health Nursing*, 8, 245-250.

- McGRATH, M. E., HOGAN, J. W., PEIPERT, J. F., 1998, A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients, *Obstetrics And Gynecology*, 91, 511-514.
- MEZEY, G., BACCHUS, L., HAWORTH, A., BEWLEY, S., 2003, Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 744-752.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008, *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec.
- MORAES, C. L., REICHENHEIM, M. E., 2002, Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79, 269-277.
- MURPHY, C. C., SCHEI, B., MYHR, T. L., DUMONT, J., 2001, Abuse : a risk factor for low birth weight ? A systematic review and meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1567-1572.
- MYLANT, M., MANN, C., 2008, Current sexual trauma among high-risk teen mothers, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 164-176.
- NASIR, K., HYDER, A. A., 2003, Violence against pregnant women in developing countries — Review of evidence, *European Journal Of Public Health*, 13, 105-107.
- PARKER, B., MCFARLANE, J., SOEKEN, K., TORRES, S., CAMPBELL, D., 1993, Physical and emotional abuse in pregnancy : A comparison of adult and teenage women, *Nursing Research*, 42, 173-178.
- PARSONS, L. H., ZACCARO, D., WELLS, B., STOVALL, T. G., 1995, Methods of and attitudes towards screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence, *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 173, 381-387.
- PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J. A., SPITZ, A. M., 1997, Violence and adverse pregnancy outcomes : A review of the literature and directions for future research, *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 366-373.
- PETERSEN, R., SALTZMAN, L. E., GOODWIN, M. M., SPITZ, A. M., 1998, *Key Scientific Issues for Research on Violence Occurring around the Time of Pregnancy*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- Poissant, J., 2002, Le discours des adolescentes mères sur les changements, les ressources mobilisées et leur adaptation durant la maternité, Université du Québec à Montréal.

- PROTHEROE, L., GREEN, J., SPIBY, H., 2004, An interview study of the impact of domestic violence training on midwives, *Midwifery*, 20, 94-103.
- QUINLIVAN, J. A., EVANS, S. F., 2005, Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice, *Archives of Women's Mental Health*, 8, 191-199.
- QUINVILAN, J. A., EVANS, S. F., 2001, A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes, *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology*, 14, 17-23.
- RANERI, L. G., WIEMANN, C., 2007, Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39, 39-47.
- RINARD RENKER, P., 2002, Keeping Safe : Teenagers' strategies for dealing with perinatal violence, *Journal of Obstetrics and Neonatal Nursing*, 32, 58-67.
- RINFRET-RAYNOR, M., TURGEON, J., 1995, Dépistage systématique de la violence conjugale : Réflexion théorique et développement d'un protocole, *Service social*, 44, 55-90.
- RODRIGUEZ, M. A., BAUER, H. M., MCLOUGHLIN E., GRUMBACH K., 1999, Screening and intervention for intimate partner abuse : Practices and attitudes of primary care physicians, *Journal Of The American Medical Association*, 282, 468-474.
- SANTÉ CANADA, 1999, *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*, Centre national d'information sur la violence familiale, Ottawa.
- SÉGUIN, L., PIMONT, M., RINFRET-RAYNOR, M., CANTIN, S., 2000, Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits, *Santé mentale au Québec*, 25, 1, 288-312.
- SILVERMAN, J. G., DECKER, M. R., REED, E., RAJ, A., 2006, Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states : Associations with maternal and neonatal health, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 140-148.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, 2005, *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*, Directives cliniques de la SOGC.
- STENSON, K., SAARINEN, H., HEIMER, G., SIDENVALL, B., 2001, Women's attitudes to being asked about exposure to violence, *Midwifery*, 17, 2-10.

- STENSON, K., SIDENVALL, B., HEIMER, G., 2005, Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women, *Midwifery*, 21, 311-321.
- STEWART, D. E., 1994, Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1601-1604.
- SUSSEX, B., CORCORAN, J., 2005, The impact of domestic violence on depression in teen mothers: Is the fear or threat of violent sufficient?, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 109-120.
- ULRICH, Y. C., CAIN, K. C., SUGG, N. K., 2003, Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence, *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 9-15.
- WIDDING HEDIN, L., 2000, Postpartum, also a risk period for domestic violence, *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 89, 41-45.
- WIEMANN, C. M., AGURCIA, C. A., BERENSON, A. B., VOLK, R. J., RICKERT, V. I., 2000, Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner, *Maternal and Child Health Journal*, 4, 93-101.
- YOST, N. P., BLOOM, S. L., MCINTIRE, D. D., LEVENO, K. J., 2005, A prospective observational study of domestic violence during pregnancy, *Obstetrics and Gynecology*, 106, 61-65.

ABSTRACT

Giving birth at 16, without violence: a possible reality? Empirical data and critical reflection

Violence between adolescents during teen pregnancy is relatively new in terms of scientific interest and clinical preoccupations. It is an alarming situation, given that 1) its prevalence ranges from 5 % to 29 % according to the literature; 2) consequences for both the mother's and baby's health are numerous at physical, psychological and sexual levels; 3) scientific and empirical knowledge regarding the phenomenon is limited and diminishes efficacy and relevance of current interventions. It therefore appears of major importance to acquire better knowledge of various ecological factors in order to implement preventative care and services that will allow them as well as their children to thrive in adverse conditions and have access to a safe and supportive environment.

RESUMEN

Dar a luz a los 16 años, sin violencia: ¿Es una realidad posible?

Estado empírico de la situación y reflexión crítica

La presencia de violencia íntima durante el embarazo en la adolescencia es un problema relativamente nuevo en términos del interés científico y de las preocupaciones clínicas. Esta problemática es preocupante para la salud pública ya que 1) su prevalencia varía entre 5% y 67% según los estudios recensados; 2) las consecuencias para la salud de las madres y los bebés son numerosas, tanto en el plano de la salud física como psicológica y sexual, y 3) los conocimientos teóricos y empíricos específicos de esta problemática han sido poco desarrollados, lo cual limita el desarrollo de intervenciones pertinentes y eficaces. Parece entonces pertinente y necesario mejorar el estado del conocimiento en diferentes niveles ecológicos a fin de poner en pie intervenciones preventivas adaptadas, que permitirán a las madres jóvenes superar las condiciones adversas en las que se encuentran y ofrecer, tanto a ellas como a sus hijos, un ambiente favorable y tranquilizador.

RESUMO

Dar à luz aos 16 anos, sem violência: uma realidade possível?

Estado empírico da situação e reflexão crítica

A presença da violência íntima durante a gravidez na adolescência é uma problemática relativamente nova em termos de interesse científico e de preocupações clínicas. Esta problemática é preocupante para a saúde pública, já que: 1) sua prevalência varia entre 5% e 67% segundo os estudos recenseados, 2) as consequências para a saúde das mães e das crianças são numerosas, tanto no plano da saúde física quanto psicológica e sexual, e 3) os conhecimentos teóricos e empíricos específicos desta problemática são pouco desenvolvidos, o que limita o desenvolvimento de intervenções pertinentes e eficazes. Seria, então, pertinente e necessário melhorar o estado dos conhecimentos em diferentes níveis ecológicos, a fim de criar intervenções preventivas adaptadas, que permitirão às jovens mães superar as condições adversas nas quais elas se encontram e oferecer, a elas e a seus filhos, um ambiente favorável e assegurador.