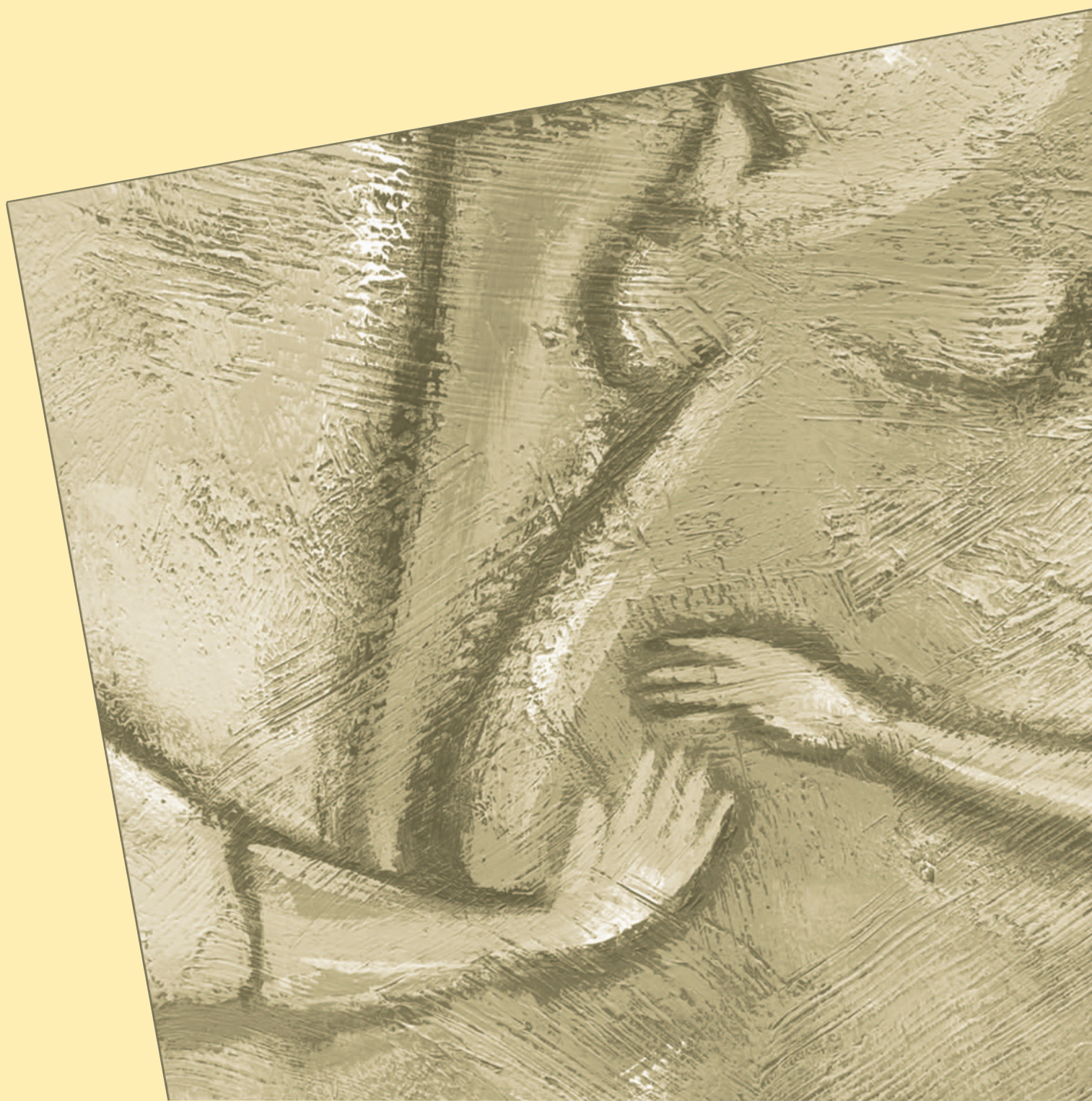


Devenir parents



Devenir parents

TABLE DES MATIÈRES

Objectifs généraux.....	5
Objectifs spécifiques.....	5
Pour les animateurs	5
Pour la clientèle.....	5

RENCONTRES PRÉNATALES

Recommandations pour l'animation	6
Autres thèmes du programme-cadre	6
Durée	7
Activités d'animation	7
1. Accueil et introduction.....	7
2. Retour sur la rencontre précédente afin de répondre aux questions et aux besoins	7
3. Présentation du coanimateur	7
4. Animation - Comment procéderez-vous?	8
Groupes distincts	8
Petits groupes	8
Grand groupe	9

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. Fondements de la Politique de périnatalité 2008-2018 Gouvernement du Québec.....	10
Les buts.....	10
Le champ couvert.....	11
Les convictions, les valeurs, l'éthique...	
Pour le partage d'une vision commune de la périnatalité	11

2.	Annonce de la grossesse	17
3.	Mère, un rôle en devenir	18
4.	Père, un rôle en devenir.....	20
5.	Père : à neuf mois du bonheur!.....	22
	Première étape : Père... peut-être?	23
	Deuxième étape entraîne l'homme dans le « prêt, pas prêt, j'y vais... ? »	23
	Troisième étape... apparaît pour l'ensemble des hommes comme	
	l'un des moments les plus marquants de leur vie : « Ouf... père? »	24
	Dernière étape : « Père, un peu, beaucoup, passionnément? »	24
6.	Sexualité pendant la grossesse	25
7.	Changements psychologiques et sexualité.....	26
8.	Exercices à faire en couple à la maison.....	30
9.	Grossesse et communication avec bébé <i>in utero</i>.....	35
	Être « deux dans un »	35
	Établir le contact.....	35
	Communication subjective	36
	Femme enceinte : porteuse de l'énergie de son enfant, de sa volonté,	
	de ses forces, de ses insécurités	36
	Communication objective	37
10.	Amour paternel	40
	Comment créer des liens avec bébé.....	40
11.	Dépression pendant la grossesse	42
	Symptômes de la dépression pendant la grossesse	42
	Facteurs qui contribuent à la dépression pendant la grossesse	43
	Traitement de la dépression pendant la grossesse	44
	Façons dont les femmes peuvent s'aider.....	44
	Obtenir de l'aide	44
	Traiter la dépression pendant la grossesse	45
	Soutenir la femme enceinte	45
	Résumé.....	45
12.	Violence conjugale envers les femmes	
	dans le contexte d'intervention en périnatalité	46
	Pertinence d'intervenir en périnatalité.....	46
	Phénomène de la violence conjugale	47
	Journal intime, une histoire de victimisation.....	48
	Conflit, colère, agressivité : non synonyme de violence!	50
	Définition de la violence conjugale	51
	Formes de violence conjugale	51
	Violence conjugale : un cycle infernal	52
	Conséquences de la violence conjugale.....	55
	Ampleur du problème de la violence conjugale	56

Non spécificité des signes liés à la violence conjugale	57
Difficulté d'aborder la question de la violence conjugale	57
Intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale	58
Que faire quand la mère nie être victime de violence conjugale?.....	58
Attitudes et comportements pour favoriser une meilleure intervention	59
 13. Points de pression, massage, respiration et relaxation	61
 Annexe 1	
Les indicateurs de violence conjugale	62
 Annexe 2	
Exemples de questions pour l'identification de cas en violence conjugale ...	63
 Annexe 3	
Scénario de protection pour la femme	64
 Annexe 4	
Liste des ressources dans la région de la Capitale-Nationale	
Violence conjugale	66

Devenir parents

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Encourager, chez chaque participant, l'expression des sentiments et des émotions vécus depuis le début de la grossesse en leur offrant un lieu d'échange et de soutien, consolidant ainsi la communication et le dialogue au sein de la famille enceinte.
- Faire connaître les changements psychologiques pouvant survenir pendant la grossesse.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

POUR LES ANIMATEURS

- Inviter les participants à prendre conscience des ressemblances et des différences du vécu psychologique de chacun.
- Discuter des changements liés à la sexualité lors de la grossesse.
- Renseigner sur les façons d'entrer en contact avec leur bébé pendant la grossesse afin de tisser des liens d'attachement avec lui.
- Amener les couples à comprendre l'importance du dialogue et de la communication entre eux pour favoriser les échanges et la compréhension des phénomènes qui se produisent pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi qu'au retour à la maison.
- Expliquer l'importance de l'accompagnement pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et au retour à la maison.
- Favoriser l'apprentissage au massage, aux points de pression et à la respiration.
- Faire connaître les signes liés à la violence conjugale et recommander de consulter au besoin.

POUR LA CLIENTÈLE

- Obtenir des réponses à leurs interrogations concernant le vécu psychologique de la grossesse.
- Reconnaître les ressemblances et les différences du vécu psychologique de chacun.
- Connaître les changements liés à la sexualité au cours de la grossesse.
- Connaître les moyens pour entrer en contact avec le fœtus.
- Comprendre l'importance du dialogue et de la communication dans le couple.
- Comprendre le rôle de l'accompagnant pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et au retour à la maison.
- Apprendre à faire des massages, des points de pression et connaître l'importance de la respiration.
- Reconnaître les signes de violence conjugale et savoir qu'il existe des ressources et comment les joindre.

RENCONTRES PRÉNATALES

RECOMMANDATIONS POUR L'ANIMATION

COANIMATION

Cette rencontre peut être plus parlante si elle est offerte par des animateurs des deux sexes. L'animateur masculin peut être un intervenant des CSSS de la Capitale-Nationale, un intervenant d'organisme communautaire ou un participant du groupe ou d'un groupe précédent. Les hommes apprécieront grandement cette présence et se sentiront plus à l'aise de parler de ce qu'ils ressentent.



La création d'une banque de professionnels disponibles pourrait être utile pour trouver régulièrement un animateur masculin. Une harmonisation du message et de l'information donnée aux parents est essentielle afin de combler leurs besoins et leurs attentes.

Cette rencontre explique les changements psychologiques qui pourraient se manifester pendant la grossesse. Une autre rencontre permettra de discuter des changements psychologiques qui surviendront après la naissance.

AUTRES THÈMES DU PROGRAMME-CADRE

Lors de l'animation des rencontres prénatales certains thèmes peuvent aborder le thème *Devenir parents*. Au fur et à mesure du déroulement des rencontres, il est important de répondre aux besoins des participants.

BIEN VIVRE LA GROSSESSE

Les animateurs doivent prendre le temps de parler des ressources offertes par le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que des ressources communautaires dont les parents pourraient avoir besoin pour recevoir un soutien psychologique, social ou autre.

HABITUDES DE VIE

Les habitudes de vie qui peuvent influencer le moral et le bien-être des personnes en attente d'un enfant peuvent souvent être discutées.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Autant les besoins de l'accompagnant que ceux de la femme en travail peuvent ressortir. De plus, les craintes et les peurs de chacun reliées au travail et à l'accouchement peuvent aussi être abordées.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Certaines personnes ont des craintes liées à l'arrivée d'un nouveau-né concernant les soins à lui donner, ses besoins et ses attentes.

RETOUR À LA MAISON

La dépression en période prénatale sera expliquée et les animateurs donneront les coordonnées des ressources communautaires à contacter.

DURÉE

Cette rencontre est d'une durée de deux heures.

ACTIVITÉS D'ANIMATION

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION

Cette rencontre pourrait être donnée par deux animateurs. Le thème abordé est les changements psychologiques chez les femmes et chez les hommes pendant la grossesse. Il est à noter que chaque rencontre sur ce thème sera différente, car le vécu des participants est unique.

Les sujets traités sont les changements psychologiques et sexuels, l'adaptation à ces changements, le rôle de l'accompagnant en cours de grossesse, du travail et de l'accouchement et les relations interpersonnelles. Cette rencontre est le moment idéal pour aborder la relation dans le couple et pour pratiquer les points de pression, le massage et les exercices de relaxation et de respiration.

L'essentiel de cette rencontre est de favoriser l'échange et la communication dans le couple.

2. RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE AFIN DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ET AUX BESOINS

3. PRÉSENTATION DU COANIMATEUR

Le coanimateur se présentera et expliquera le rôle qu'il tiendra lors de cette rencontre.

4. ANIMATION, COMMENT PROCÈDerez-VOUS?

GROUPES DISTINCTS

Groupe de femmes



Les femmes seront regroupées et discuteront avec l'animatrice de leur vécu pendant cette période de vie. L'animatrice permettra à chaque participante de s'exprimer, de parler de ce qu'elle vit ainsi que de ses craintes et de ses peurs par rapport à cette nouvelle situation de vie : le travail et l'accouchement, l'allaitement, les soins à donner au nouveau-né et le retour à la maison.

Groupe d'hommes

Les hommes seront regroupés avec l'animateur et discuteront de leur vécu pendant cette période de vie. L'animateur permettra à chaque participant de s'exprimer, de parler de son vécu ainsi que de ses craintes et de ses peurs par rapport à cette nouvelle situation de vie : le travail et l'accouchement, l'allaitement, les soins à donner au nouveau-né et le retour à la maison.



Temps alloué à cette discussion

Normalement, 45 à 60 minutes peuvent être suffisantes pour aborder les sujets importants. Il est essentiel de tenir compte des besoins des participants et de bien choisir les thèmes à discuter.

Lieux de rencontre

Si l'accès à deux locaux différents pour la discussion est possible, cela permettra de respecter l'intimité de chacun des participants du groupe et de faciliter l'expression de leurs émotions et de leurs sentiments.

Réunion plénière

Une rencontre en grand groupe pour faire un résumé de la période de discussion peut être mise de côté. Plusieurs facteurs doivent être considérés : le temps disponible, les besoins du groupe, son intérêt à discuter avec l'ensemble des participants etc. Le but de la rencontre est d'abord et avant tout de favoriser la communication et le dialogue entre les conjoints.

PETITS GROUPES

Groupes de femmes

Des groupes composés de quatre à six femmes seront formés pour qu'elles puissent discuter ensemble. Elles nommeront une secrétaire et une animatrice. Les sujets de discussion seront les mêmes pour tous les groupes. Toutes les femmes pourront s'exprimer et parler de leur vécu.

Groupes d'hommes

Des groupes composés de quatre à six hommes seront formés pour qu'ils puissent discuter ensemble. Ils nommeront un secrétaire et un animateur. Les sujets de discussion seront les mêmes pour tous les groupes. Tous les hommes pourront s'exprimer et parler de leur vécu.

Temps alloué à la discussion

Normalement, 45 à 60 minutes peuvent être suffisantes pour aborder l'ensemble des sujets à discuter.

Lieux de rencontre

Idéalement, deux locaux différents, un pour les hommes et un pour les femmes, permettent une meilleure discussion entre les participants.

Réunion plénière

La réunion plénière peut être très importante pour démystifier certaines problématiques liées à la grossesse. Les besoins des groupes sont différents et il faut tenir compte de leurs discussions en sous-groupes.

GRAND GROUPE

Dans son exposé, l'animatrice donne la même information à tous les participants. Elle discutera avec eux de différents thèmes, posera plusieurs questions et tiendra compte des besoins de chacun. L'animateur n'est pas toujours disponible ou il est impossible d'en avoir un. De plus, les locaux ne se prêtent pas toujours à la discussion avec différents groupes. L'animatrice doit trouver une solution réaliste qui lui permettra de répondre aux attentes des participants.

L'ensemble des thèmes touchant *Mère, un rôle en devenir* et *Père, un rôle en devenir* seront abordés.

Temps alloué pour la présentation

La durée de l'exposé est d'environ une heure.

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

L'action en périnatalité poursuit des buts qui doivent recueillir l'adhésion de tous les intervenants et intervenantes visés, et elle est indissociable des convictions et des valeurs partagées par l'ensemble de ces acteurs.

LES BUTS

...la femme enceinte, l'enfant et sa famille au cœur de l'intervention.

Pour la femme enceinte

Aider les femmes enceintes à vivre une grossesse sereine et en santé, en accord avec leurs désirs.

Pour l'enfant

Favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant. Pour atteindre ce but, il faut aussi considérer tous ceux et celles qui entourent l'enfant et qui influencent son présent et son devenir : d'abord ses parents, principaux maîtres d'œuvre de son développement, puis sa famille, sa communauté et toute la société qui l'accueille.

Pour sa mère et son père

Soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale, leur adaptation à leur nouveau rôle et, plus particulièrement, dans leur développement de leurs habiletés parentales.

Pour sa famille



Contribuer à réduire les inégalités sociales entre les familles. Assurer, en présence d'une situation particulière au cours de la période périnatale, une réponse adaptée aux besoins de chacun : fratrie, famille élargie, réseau naturel.

Pour sa communauté

Soutenir les initiatives locales en réponse aux besoins particuliers des communautés et reconnaître la contribution de celles-ci à la constitution d'un tissu social fort.

Pour la société

Contribuer à l'amélioration, à la cohérence et à la complémentarité des mesures et des programmes interministériels à l'égard des enfants et de leur famille, particulièrement en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté.

Pour atteindre ces objectifs, le ministère de la Santé et des Services sociaux adapte l'organisation et la prestation de ses services de façon à assurer l'accès à une gamme de services de périnatalité de qualité et adaptées aux besoins d'aujourd'hui, et à garantir la continuité de ces services.

LE CHAMP COUVERT

Il existe plusieurs définitions de la période périnatale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux retient la suivante :

« La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an. »

Cette définition permet de considérer l'expérience de la naissance dans ses dimensions physique, psychologique et sociale. Avant la grossesse, la prévention occupera une place de choix et s'attardera même aux préoccupations des femmes et des hommes qui désirent avoir un enfant. Après l'accouchement et les premiers jours de vie du nourrisson, l'intervention mettra l'accent sur le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant et le renforcement des habiletés parentales. Par ailleurs, lorsqu'un enfant et ses parents éprouvent des difficultés, les services de périnatalité seront mieux en mesure d'assurer la continuité de l'intervention.

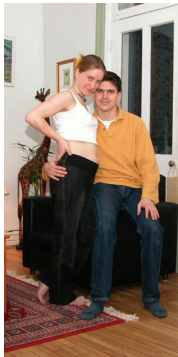
LES CONVICTIONS, LES VALEURS, L'ÉTHIQUE... POUR LE PARTAGE D'UNE VISION COMMUNE DE LA PÉRINATALITÉ

Les convictions et les valeurs soutenant la Politique de périnatalité sont indissociables les unes des autres : leur force est issue de leur complémentarité et de leurs interactions. Elles sont à la source de chacune des orientations de la Politique et guident à la fois l'organisation des services et les interventions. Elles soutiennent l'action des intervenantes, des intervenants et des communautés, et se veulent une source d'inspiration. L'approche de chaque établissement en matière de services périnataux doit donc être définie dans le respect des convictions et valeurs.

Quant à l'éthique, elle soulève des questionnements ayant un rapport étroit avec les enjeux propres à la périnatalité. Les réflexions qui s'ensuivent doivent s'inscrire dans la foulée des valeurs préconisées dans la Politique et viser l'atteinte du meilleur équilibre possible entre science et conscience.

Les convictions

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels.



Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une société animée de protéger tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de contrôler le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. Par ailleurs, une telle approche n'exclut aucunement la nécessité d'exercer la vigilance requise, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix.

La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle

La venue d'un enfant est un événement heureux qui influence profondément la vie des femmes et des hommes touchés par cet événement. La modification des repères personnels, spirituels, culturels et sociaux fait en sorte que la période périnatale s'accompagne souvent de bouleversements. Les futurs parents sont amenés à s'interroger sur le sens de leur propre existence et sur leurs croyances. La grossesse et l'accouchement, par ailleurs, touchent particulièrement l'identité, le désir d'épanouissement et l'évolution de la femme qui devra s'adapter à la maternité.

La culture influence aussi la façon de percevoir cet événement. Ainsi, l'accouchement peut être considéré comme une occasion de se réaliser sur le plan personnel, comme un événement normal et familial, ou comme un événement dont la nature est avant tout médicale. Ces perceptions différentes influencent la façon dont l'accouchement se déroule ainsi que l'organisation des services périnataux.

Il faut enfin considérer la dimension sociale de la naissance, son importance dans la collectivité, la reconnaissance des rôles de mère et père et le statut que l'on accorde à la famille. Ces éléments déterminent dans une large mesure la nature et l'ampleur du soutien que la société est prête à apporter aux futurs parents et à leur enfant. La place de la famille au sein de l'espace social est indissociable de l'expérience de la naissance et du développement de l'enfant.

Il importe de reconnaître que l'expérience périnatale comporte plusieurs dimensions intimement liées, qui nécessitent de multiples adaptations de la part des mères et des pères. Une expérience aussi forte requiert un accompagnement et un soutien dont l'intensité variera selon les personnes et les situations.

Les mères et les pères sont compétents

L'« empowerment » des parents

Reconnaître la capacité des parents à assumer leur nouveau rôle, c'est d'abord leur permettre de l'exercer. En leur faisant confiance, en misant sur la qualité des échanges

qu'on a avec eux et sur la cohérence du discours qu'on leur tient, en leur offrant enfin la possibilité de faire des choix éclairés, on valorisera leurs aptitudes en tant que parents. Les mères et les pères doivent recevoir de l'information juste et à jour sur les avantages et les risques des interventions, des médicaments et des tests proposés au cours de la période périnatale. On doit aussi renseigner les femmes sur le droit au consentement, c'est-à-dire sur le droit qu'elles ont de consentir à recevoir certains soins ou de refuser ces soins.

Devenir parent est très exigeant. Tous les individus n'ont pas les mêmes habiletés pour exercer ce rôle et tous ne vivent pas dans un contexte favorable à l'exercice de ce rôle. Plutôt que de se substituer aux parents, il importe en toutes circonstances de reconnaître leurs forces, d'atténuer leurs difficultés et de les aider à évoluer dans des environnements favorables à leur apprentissage. Les jours et les semaines suivant la naissance sont particulièrement importants. C'est la période au cours de laquelle chacun apprivoise ses nouvelles responsabilités et tente de s'ajuster au quotidien. Les mères et les pères qui éprouvent un sentiment d'isolement seront orientés vers des groupes d'entraide qui réunissent d'autres parents avec lesquels ils pourront partager leur expérience. Ces échanges leur permettront de mieux se familiariser avec leur nouveau rôle, de s'améliorer, de renforcer leur confiance en eux et de développer ainsi une relation positive avec leur enfant.

Des pères présents et engagés

Les pères québécois seraient ceux qui consacraient le plus de temps à leur enfant si on les compare aux pères américains et canadiens.

La paternité a connu une importante transformation au Québec au cours des dernières décennies. Les hommes ont d'abord dû s'adapter aux changements sociaux entrepris le plus souvent par les femmes et les institutions. Avec l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, les hommes n'allaient plus devoir assumer seuls le rôle de pourvoyeur de la famille qui avait si longtemps marqué la paternité. Ce changement majeur déclencherait une remise en question des rôles traditionnels, qui se traduirait par une redéfinition de l'engagement des hommes en tant que pères. Aujourd'hui, la majorité des pères assume eux aussi les tâches qui étaient traditionnellement réservées aux mères, comme les soins donnés aux enfants. Plusieurs hommes vivent également des situations nouvelles. Ainsi, un homme peut être amené, par les circonstances de la vie, à jouer le rôle de père suppléant des enfants d'une autre personne.



L'enfant puise aux deux façons de faire avec lesquelles il est en contact, celle de la mère et celle du père. L'importance du rôle du père dans le développement de l'enfant a été démontrée. La recherche a mis en évidence les effets positifs de l'engagement paternel sur plusieurs plans : cognitif, social, émotif, langagier et scolaire.

En outre, plusieurs études soulignent que l'homme plus présent auprès des siens améliore son propre bien-être en prenant conscience de sa compétence parentale. Ce sentiment peut diminuer le risque qu'il recoure à des stratégies inadéquates, notamment des actes violents, lorsqu'un problème se présente.

Le rapport de la parentalité peut être différent pour l'homme et pour la femme. Les pères tisseront souvent des liens avec leur enfant par étapes et selon un cheminement qui lui est propre. En général, ils adopteront envers lui des attitudes plus directives et des approches plus ludiques que la mère. Il n'y a cependant pas de modèle unique. Si l'on veut développer un lien sécurisant pour l'enfant, il faut lui offrir des soins constants et adopter envers lui une attitude chaleureuse. On constate qu'il existe une diversité d'approches enrichissantes à cet égard, notamment chez les pères immigrants.

Certaines périodes se révèlent plus critiques pour le « décrochage paternel », soit l'arrivée de l'enfant ou la séparation du couple. L'âge de l'enfant au moment de la rupture et la force du lien d'attachement établi à la naissance, sont déterminants dans le maintien ou la fragilisation de la relation « père-enfant » après la séparation.

Les intervenantes et les intervenants doivent faire montre de plus d'ouverture à l'égard des pères, afin qu'ils se sentent interpellés tout autant que les mères par les services en périnatalité. L'implication du père au cours de toute la période périnatale doit être non seulement souhaitée, mais reconnue, favorisée et soutenue activement.

La qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement social, affectif et cognitif

La qualité de l'attachement de l'enfant à ses parents aura une portée indéniable sur son développement socioémotionnel et favorisera chez lui l'acquisition précoce des schèmes de communication dont il a besoin. L'attachement est à la base même du processus de séparation et d'individuation associé à l'acquisition de l'identité et au sens de l'autonomie. Pour que l'enfant se sente en sécurité et ait la capacité de prendre plus de distance par rapport à ses parents, pour qu'il arrive à se forger une image de lui-même distincte de celle de ses parents, il doit nécessairement avoir été reconnu par ces derniers comme un individu digne de valeur et auquel ils tiennent profondément.

La période périnatale représente une étape cruciale pour le développement de la relation d'attachement. Les nouveaux parents commencent à tisser des liens affectifs avec leur enfant au cours de la grossesse. Ces liens s'intensifient dans les heures qui suivent la naissance pour continuer à se développer au cours d'un long apprentissage durant lequel parents et enfant apprennent à se connaître.

Chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective

Lorsqu'un enfant naît, c'est toute la société qui renaît.

La lutte contre la pauvreté revêt la plus haute importance pour les enfants et les familles. Il faut donc continuer de s'attaquer à la réduction des écarts socioéconomiques afin que tous les enfants à naître aient les meilleures chances qui soient pour faire leurs premiers pas dans la vie. Cette responsabilité déborde largement le cadre des services de périnatalité, voire le champ d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'amélioration des conditions de vie de toutes les familles est un objectif d'une large portée auquel tous les ministères et organismes doivent contribuer. La collaboration de l'ensemble des acteurs sociaux est essentielle pour la mise en place d'environnements qui tiennent compte des besoins des familles; outre le gouvernement et ses différents ministères et organismes, les municipalités, les entreprises, les organismes communautaires et les organismes sociaux sont également concernés. Bref, toute la société est conviée à placer l'arrivée de nouveaux enfants au cœur de ses préoccupations, puisque chaque naissance ajoute à sa richesse.

Les valeurs

L'humanité

Agir avec humanité, c'est d'abord respecter le caractère physiologique naturel de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de l'allaitement. Pour ce faire, on verra à offrir des environnements propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien. On adoptera une approche souple, ouverte et sensible aux besoins des enfants et des parents.

La précocité

Agir précocement, c'est d'abord prévenir. En intervenant tôt, il est possible d'atténuer les effets des facteurs de risque et de renforcer les bienfaits des facteurs de protection, tant pour le développement des enfants que pour le bien-être des parents. La période prénatale représente une phase cruciale pour faire les bons gestes, au moment le plus propice.

La sécurité

Opter pour la sécurité, c'est rechercher un équilibre entre l'utilisation de pratiques éprouvées et le recours judicieux à des interventions obstétricales. Cela ne saurait se traduire par le recours généralisé à des moyens technologiques en toute circonstance, d'autant plus que le rythme des avancées en ce domaine est très rapide. La sécurité renvoie à deux notions centrales dans les pratiques professionnelles : la vigilance et la pertinence (d'un geste, d'un acte, d'une intervention).



L'éthique

L'éthique apporte un éclairage essentiel sur de nombreuses questions. Tous les milieux et acteurs concernés devraient amorcer une réflexion sur la dimension éthique de leur action, en accord avec les valeurs phares que sont l'humanité, la précocité et la sécurité.

Deux types de questionnement éthique sont à la base des services de périnatalité : l'un d'ordre médical et l'autre d'ordre sociétal. Sur le plan médical, on pourra se demander, par exemple, si le recours à une technique est justifié, compte tenu des risques et des inconvénients que celle-ci comporte. Sous l'angle sociétal, on examinera quels sont les traitements et les techniques envisageables au regard des valeurs d'une société et de leur impact sur celle-ci, sur les institutions ou sur la vie des gens. Ces deux aspects se retrouvent souvent au cœur d'une même question. Le diagnostic prénatal par amniocentèse en fournit un exemple. Le recours à cette technique peut être risqué pour l'issue de la grossesse et pour le fœtus en raison des possibilités d'avortement spontané. Son utilisation devrait donc, sur le plan de l'éthique médicale, être limitée aux cas où les

risques d'anomalie grave sont plus élevés que les risques d'avortement spontané. Sur le plan sociétal, par ailleurs, le diagnostic prénatal et l'interruption de grossesse qui risque de s'ensuivre peuvent être associés à des pratiques eugéniques.

Les questions qui commandent la vigilance sont particulièrement nombreuses en périnatalité parce qu'on est ici à la source de la vie humaine. Le développement des connaissances dans le domaine de l'obstétrique à compter de la seconde moitié du XX^e siècle avait déjà modifié les pratiques et entraîné des interventions plus nombreuses auprès des mères et des nouveau-nés. L'évolution des techniques de procréation assistée qui a suivi a ouvert la voie à des possibilités sans précédent en ce qui concerne la manipulation de l'embryon humain et du fœtus. Ces technologies ont également engendré une nouvelle vision de la reproduction et de la famille, car la conception d'un enfant ne passe plus nécessairement par l'acte sexuel entre deux conjoints hétérosexuels. Les questions de la reconnaissance et de l'accessibilité des traitements de procréation assistée pour les couples infertiles ou pour les familles non traditionnelles viennent élargir le débat.

Par ailleurs, le diagnostic prénatal ou préimplantatoire nous permet de connaître la condition de l'embryon et du fœtus avant sa naissance. L'échographie, l'amniocentèse et quelques autres techniques nous permettent maintenant de savoir si l'enfant est atteint d'une maladie génétique avant sa naissance. Dans l'avenir, elles nous renseigneront de plus en plus sur d'autres caractéristiques physiques et psychologiques de l'embryon ou du fœtus. Le diagnostic préimplantatoire, effectué sur un embryon créé *in vitro*, nous renseigne quant à lui encore plus tôt, puisqu'il permet de connaître certaines caractéristiques génétiques de l'embryon avant même son transfert dans l'utérus. Les risques de dérives scientifiques et éthiques associés à de telles pratiques sont d'ailleurs examinés au sein de diverses instances par la communauté internationale. Cette attitude reflète une préoccupation dont les implications ne connaissent pas de frontières et concernent toute l'humanité.

Il est donc primordial que notre réflexion éthique sur nos actions ne soit pas entreprise *a posteriori*. L'importance qu'occupent la science et la technologie dans la vie d'aujourd'hui, la rapidité des découvertes et la disponibilité de nouveaux traitements amènent les milieux scientifiques et professionnels, d'une part, et la population, d'autre part, à exercer beaucoup de pression pour obtenir des soins toujours plus efficaces, à la fine pointe des avancées scientifiques et technologiques. Une plus grande préoccupation pour l'éthique, tant dans son aspect médical que sociétal, contribuera certainement à améliorer l'organisation des services de périnatalité et à assurer leur utilisation judicieuse.

Tiré de : *Politique de périnatalité Un projet porteur de vie, 2008 - 2018*,
ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, p. 9-14.

2. ANNONCE DE LA GROSSESSE

À l'annonce de la grossesse, une famille naît ou s'agrandit. Plusieurs facettes de la vie se transformeront tant dans la relation de couple que dans les relations sociales ainsi que dans l'organisation du travail, de la maison, des finances et autres. Au fur et à mesure que la grossesse évolue, la femme enceinte et son partenaire se transforment intérieurement ainsi que dans leur relation de couple et avec le monde extérieur.

La grossesse offre un bien-être psychologique et physique à la femme enceinte qui sera attentive à elle-même et à ses besoins. La période de grossesse aiguise les sensations et les émotions de chacun des membres du couple.

De plus, la femme enceinte devient un intérêt public. Chacun se permet de commenter à sa façon. Sollicitude de la part des uns, instinct de protection, ingérence dans la vie privée et parfois harcèlement de la part des autres.



3. MÈRE, UN RÔLE EN DEVENIR

Questionnaire pour animer la rencontre avec un groupe de femmes

1. **Une spécialiste de la psychologie de la femme enceinte affirme que la grossesse est une période de fragilité émotive où « à chaque instant, les choses peuvent basculer d'un côté ou de l'autre ». Elle fait allusion, bien sûr, à une extrême sensibilité chez la femme enceinte, à de l'irritabilité et à son grand besoin d'attention.**

1.1. Avez-vous vécu ou vivez-vous encore cette fragilité d'humeur?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, comment se manifeste-t-elle?

1.2. Avez-vous l'impression que la grossesse est un passage de la vie où il peut y avoir de la « turbulence » psychologique?

Oui ☐ Non ☐

2. **La même auteure soutient qu'il est normal de vivre des sentiments contradictoires par rapport à la grossesse, par rapport à l'enfant qu'on porte, par rapport au fait de devenir mère. Par exemple, certains jours, aimer cet enfant qu'on porte et d'autres jours, « regretter » qu'il soit là.**

2.1. Cela vous arrive-t-il?

Oui ☐ Non ☐

2.2. Si oui, vous sentez-vous « spéciale », bizarre de vivre une telle ambivalence?

Oui ☐ Non ☐

2.3. Si vous vivez de l'ambivalence, votre conjoint est-il au courant?

Oui ☐ Non ☐

3. **L'auteure parle aussi de la peur de la femme par rapport à l'accouchement.**

3.1. Vivez-vous cette peur?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, décrivez de quoi vous avez peur.

3.2. Vous sentez-vous infantile d'avoir peur?

Oui ☐ Non ☐

3.3. Si vous avez peur, votre partenaire est-il au courant?

Oui ☐ Non ☐

4. L'auteure avance aussi le fait que plusieurs femmes craignent de ne pas être de « bonnes mères ».

4.1. Vivez-vous cette crainte?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, décrivez cette crainte.

4.2. Votre partenaire sait-il que vous avez peur de ne pas être une « bonne mère »?

Oui ☐ Non ☐

5. La même auteure affirme que les femmes sont préoccupées par les changements dans leur corps pendant la grossesse. Elle dit que les inquiétudes des femmes par rapport à leur image corporelle ne sont pas que de « superficielles questions de coquetterie ». Elle affirme qu'il est difficile pour la femme d'accepter que son corps change aussi rapidement.

5.1. Vous arrive-t-il de trouver injuste de devoir subir de tels changements physiologiques pour devenir mère?

Oui ☐ Non ☐

5.2. Craignez-vous ou avez-vous craint que votre partenaire ne vous trouve plus séduisante ni désirable?

Oui ☐ Non ☐

5.3. Qu'attendez-vous de lui, concernant les préoccupations que vous avez au sujet de votre corps?

4. PÈRE, UN RÔLE EN DEVENIR

Questionnaire pour animer la rencontre avec un groupe d'hommes

1. **Le fait de devenir père comporte des émotions. Laquelle ou lesquelles des émotions suivantes avez-vous ressenties et ressentez-vous encore parfois ou souvent? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.**

- | | |
|---|--|
| ☐ Fierté | ☐ Virilité |
| ☐ Inquiétudes financières | ☐ Perte de liberté |
| ☐ Prendre un coup de vieux | ☐ Inquiétude face au couple |
| ☐ Jalousie | ☐ Peur de ne pas être un bon père |
| ☐ Enthousiasme | ☐ Indifférence |
| ☐ Anxiété | ☐ Rejet |
| ☐ Ambivalence | ☐ Autres |

- 1.1. Votre partenaire est-elle au courant des émotions que vous vivez ou que vous avez vécues?

Oui ☐ Non ☐

Si non, pourquoi?

2. **Durant la grossesse, votre partenaire et la société en général s'attendent à ce que vous souteniez la mère physiquement et moralement.**

- 2.1. Trouvez-vous ce rôle difficile?

Oui ☐ Non ☐

- 2.2. Le trouvez-vous valorisant?

Oui ☐ Non ☐

- 2.3. Vivez-vous des frustrations dans votre rôle de protecteur?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles?

**3. Regrettez-vous à l'occasion que votre partenaire soit enceinte?
Vous arrive-t-il de ne plus savoir si oui ou non vous avez le goût d'avoir cet enfant?**

Oui ☐ Non ☐

Si oui, vous sentez-vous coupable ou mal à l'aise de vivre une telle ambivalence?
Vous reprochez-vous de ne pas savoir ce que vous voulez?

Oui ☐ Non ☐

4. Lors de l'accouchement, craignez-vous de vous sentir :

4.1. Inutile

Oui ☐ Non ☐

4.2. Impuissant par rapport à la douleur de votre partenaire

Oui ☐ Non ☐

4.3. Maladroit

Oui ☐ Non ☐

4.4. Coupable parce qu'elle sera la seule à souffrir

Oui ☐ Non ☐

4.5. Si vous n'aviez vraiment pas envie de participer à l'accouchement de votre partenaire, le lui diriez-vous?

Oui ☐ Non ☐

4.6. Si vous n'aviez vraiment pas envie qu'elle allaite, le lui diriez-vous?

Oui ☐ Non ☐

5. Avez-vous peur de ne pas être un « bon père »?

Oui ☐ Non ☐

6. Trouvez-vous difficile de désirer le corps de votre partenaire dont les courbes ont changé?

Oui ☐ Non ☐

6.1. Votre partenaire est-elle au courant de ce que vous ressentez quant à son corps?

Oui ☐ Non ☐

5. PÈRE : À NEUF MOIS DU BONHEUR !

Devenir père, voilà un défi important à relever pour les hommes de l'an 2000.

La politique de périnatalité, les écrits concernant la violence faite aux enfants, les revendications féminines, etc. tendent à rendre le père comme une personne essentielle dans le processus de la mise au monde et du développement harmonieux de l'enfant. Les intervenants accordent d'emblée une grande crédibilité à ce courant de pensée et croient pertinent de faire connaître les données de la littérature. Pourtant entre le vouloir et la réalité, il semble qu'il existe un décalage important. Qui appelle-t-on pour donner un rendez-vous médical? Quelle attitude l'intervenant a-t-il s'il doit s'adresser au père pour avoir des informations sur l'état de santé de l'enfant? Le congé parental, qui peut le prendre? Qu'arrive-t-il si le père veut s'absenter de son travail lorsque son enfant est malade?

Le père doit donc pouvoir affirmer son identité pour être en mesure d'assumer son rôle. Il devient donc impératif pour les professionnels de la santé de lui reconnaître concrètement le droit à la paternité, mais plus encore, de réfléchir et de modifier les façons d'intervenir auprès de lui.

Dans ce contexte, la littérature permet de trouver quelques pistes d'intervention. Trois questions retiennent l'attention : Quand devient-on père? Comment le devient-on? Et quelles sont les conditions à mettre en place pour que le père assume pleinement son rôle?

Il s'avère intéressant de constater que chaque homme devient père à des moments différents. Certains diront qu'ils sont partie prenante du processus depuis le début, c'est-à-dire avant la conception du bébé. D'autres affirmeront que c'est au moment où ils ont senti bouger ce petit être à l'intérieur du ventre de la mère qu'ils se sont sentis pères, d'autres encore parleront du moment de l'accouchement ou encore se révéleront pères lorsque l'enfant aura cinq ans.

Quoi qu'il en soit, chacun vit ce moment différemment selon ses expériences propres et son bagage personnel.

Quant à « Comment on devient père », ici encore il s'agit du mode de conscientisation de chacun et de sa capacité à intégrer les passages, les changements et les ajustements. Certains seront partie prenante de leurs responsabilités dès le moment où ils désirent un enfant, d'autres hésiteront à s'engager tout au long de la grossesse de leur conjointe et d'autres enfin fuiront toute responsabilité.

Certaines étapes sont donc essentielles pour décrire et pour comprendre le processus de devenir père (voir le tableau I). Ces étapes aident à baliser l'intervention des professionnels de la santé et permettent de mieux suivre le vécu du père et surtout de lui offrir du soutien au moment opportun. Ces différentes phases peuvent être également utilisées pour faire de la prévention lors des visites médicales.

TABLEAU I
ÉTAPES DU PROCESSUS DU DEVENIR PÈRE

ÉTAPES	SIGNAUX D'ALARME
Père... peut-être? (désir, décision)	
Prêt, pas prêt, j'y vais...? (annonce, délai, objectif)	Fuite, absence du père, violence
Ouf... père? (accouchement)	Absence du père, signaux dépressifs
Père, un peu, beaucoup, passionnément? (ajustement)	Absence du père, fuite, signaux dépressifs

Remettre en question les réalités des pères, et ce, aux différentes étapes du processus, s'avère donc essentiel pour répondre à leurs besoins.

Au total, quatre étapes structurent ces moments clés du processus de devenir père. C'est à travers le vécu de ces différentes étapes que le père peut naître. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à faciliter ou non le passage vers ce nouveau rôle. La description de ces différentes étapes permettra de mieux situer les sources de difficultés potentielles que le père pourrait vivre.

PREMIÈRE ÉTAPE : PÈRE...PEUT-ÊTRE?

Cette étape s'articule autour du désir d'avoir un enfant et de la prise de décision à la conception. L'homme, s'il peut exprimer plus facilement son désir de concevoir, se retrouve dans une position ambivalente lorsqu'il aborde la question de la décision. En effet, il doit proposer à sa conjointe la conception d'un enfant, alors que lui, biologiquement, n'a pas à vivre la grossesse. Un tel questionnement autour du désir et de la décision exige de la part de l'homme une implication importante. S'il ne s'engage pas dès la période de conception, il est possible qu'il y ait des répercussions sur les étapes subséquentes.

DEUXIÈME ÉTAPE ENTRAÎNE L'HOMME DANS LE « PRÊT, PAS PRÊT, J'Y VAIS...? »

Encore une fois, il doit faire face à toute une gamme de sentiments entre la joie et la panique liée à l'annonce. Tout dépendra de ce qu'il avait d'abord planifié. Désirait-il devenir père? Avait-il participé à la décision? Pour lui, c'est une étape qui le confronte à l'irréalité. Il deviendra père mais dans les faits rien n'a vraiment changé. Sa conjointe sent les changements corporels et les inconforts reliés à ce bébé qui se prépare en elle, mais pour lui, les changements se passent dans la tête. Il est plutôt astreint à subir les inconvénients associés à cette période : baisse de libido chez sa conjointe, manque de vitalité de cette dernière, etc. Puis, il ressent le besoin de se retirer, de s'accorder un délai. Il doit se resituer par rapport à tout ce changement qui s'amorce. Il fait le plein d'énergie et cherche sa place, une place dans ce chambardement de sa vie de couple. « Prendre une place comme père, ce n'est pas facile. » C'est aussi le moment où l'entourage est obnubilé par la femme enceinte, toute l'attention est tournée vers elle et

c'est à elle qu'on offre le soutien. À cette étape, seuls quelques signes peuvent attirer l'attention du professionnel de la santé sur le père, comme les symptômes de la couvade qui apparaissent vers la fin du 2^e mois et qui augmentent au cours du 3^e trimestre. Environ 20 % des pères sont touchés par ces symptômes, mais il semble que des problèmes comme les maux de dents, la perte ou le gain de poids, la fatigue peuvent être associés à ce moment du processus. C'est donc un indice que les pères vivent des perturbations même si les symptômes sont considérés comme anodins.

Puis arrive le temps où le futur père fait le constat de la réalité de l'enfant à naître. Certains le feront au moment où ils entendent le cœur fœtal, d'autres lorsqu'ils voient le bébé à l'échographie ou encore lorsqu'ils le sentent bouger à l'intérieur du ventre de leur conjointe. C'est un moment important du cheminement pour l'identité du père en développement. Il passe ainsi à la période « focus ». Il se reconnaît comme « enceint ». C'est à ce moment aussi qu'il tentera de se réconcilier avec son propre père pour devenir à son tour père de son enfant. Il investit davantage dans la préparation matérielle de la venue au monde de son enfant. Il est plus disponible et s'investit de plus en plus. Mentionnons également que l'anxiété augmente aussi avec l'approche de l'accouchement.

TROISIÈME ÉTAPE...APPARAÎT POUR L'ENSEMBLE DES HOMMES COMME L'UN DES MOMENTS LES PLUS MARQUANTS DE LEUR VIE : « OUF...PÈRE? »

C'est l'accouchement. Ce qui, jusqu'à maintenant, était demeuré fictif devient bel et bien réel. C'est un moment de grande extase mais aussi de grande anxiété. Le nouveau père fait face à des sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'incompétence. Il s'interroge sur son nouveau rôle. Il se sent impuissant et coupable devant la douleur de sa conjointe. « C'est moi qui ai engendré cette douleur. » Il se sent inquiet par rapport à la mise au monde et incompétent de ne pas pouvoir soulager sa conjointe. Il s'interroge sur la mort : la mort potentielle de sa conjointe, celle du bébé et sa propre mort. D'ailleurs, tout un mouvement physique lors de l'accouchement accompagne ce passage de l'irréel au réel. En effet, au début du travail, il semble que l'homme se tiendrait à la tête de sa conjointe. C'est encore pour lui un moment d'excitation et de grande magie (tout demeure encore irréel). Le couple discute ensemble et l'homme peut, à cette étape, aider et soutenir sa conjointe. Par la suite, lorsque le travail se fait plus pressant et que les contractions deviennent plus douloureuses, l'homme aurait tendance à suivre le mouvement du bébé et se tiendrait plus près du ventre de la femme, et plus la douleur augmente, plus l'imminence de l'accouchement se fait sentir, plus l'homme se sent interpellé par l'enfant à naître, il s'intéresse de plus en plus au bébé. Même s'il accorde encore du soutien à sa conjointe, il tend à s'inquiéter davantage pour l'enfant. Il est au pied et il s'apprête à voir naître son enfant. Les sentiments d'incompétence et d'impuissance deviennent de plus en plus présents et il veut à tout prix que « ça finisse ».

DERNIÈRE ÉTAPE : « PÈRE, UN PEU, BEAUCOUP, PASSIONNÉMENT? »

La période d'ajustement s'amorce. Le nouveau père travaillera à s'adapter à son nouveau rôle. En même temps que l'entourage est tourné vers la mère qui vient de donner la vie, le père, lui, doit faire sa place et être reconnu comme « père ». Il est souvent confiné au rôle de subalterne, le parent qui aide, qui soutient sa conjointe, celui qui vient en second.

Les conditions qui favoriseraient son implication ne sont pas toujours faciles à mettre en place. La clé du succès dans cette entreprise est sa conjointe. En effet, cette dernière, si

elle lui reconnaît sa compétence et accepte de le considérer comme le père de son enfant, permettra à son conjoint d'accéder pleinement à son rôle de père. À cette phase, il peut aussi vivre des symptômes dépressifs. Il est donc opportun de s'interroger sur les facteurs qui pourraient déclencher une dépression chez le père à cette étape. Certains hommes diront parfois : « Du jour au lendemain, l'enfant prend toute la place, ta place. »

Plusieurs signaux d'alarme peuvent donc émerger et être vécus aux différentes étapes de ce processus. On pourra ainsi voir le père fuir, et ce, de différentes façons. Il aura des relations extraconjugales, consommera de l'alcool en quantité ou encore s'investira plus que jamais dans son travail. Certains s'excluront, c'est-à-dire qu'ils seront absents à ces moments clés, ils refuseront tout engagement dans ce processus. D'autres pourront vivre des périodes difficiles sur le plan personnel; l'anxiété les submergera, particulièrement les personnalités aux défenses fragiles. Enfin, d'autres, au cours du septième mois de grossesse, exprimeront une violence envers la femme et l'enfant à naître. À cette étape importante de transition dans la vie de l'homme, le manque de soutien tant de la part de l'entourage que de la part des intervenants peut s'avérer déterminant pour le bien-être de la famille tout entière.

Alors, il apparaît impératif d'adapter et de remettre en question les modes d'intervention assurés aux hommes et plus spécifiquement aux pères. Comment modifier les questionnaires d'entrevue pour offrir un soutien adéquat au père? Comment s'y prendre pour lui reconnaître concrètement ce droit à la paternité? Plus encore, quel rôle particulier peut-il jouer dans tout le processus de la paternité? De quelle façon se distingue-t-il de celui de la mère? Voilà des questions qui doivent étayer la réflexion pour favoriser l'engagement du père et l'aider à accéder concrètement à son rôle de « père à part entière ».

Michelle Héroux, médecin
France Maltais, psychologue
Fédération des médecins omnipraticiens du
Québec (F.M.D.Q.), 14-15 mars 1996.

6. SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE

La sexualité pendant la grossesse est saine physiquement et psychologiquement comme durant toute autre période de la vie. Rien ne s'y oppose à moins qu'un professionnel de la santé ne l'interdise partiellement ou totalement (voir le tableau II).

La grossesse peut même être un moment durant lequel le couple enrichit sa communication affective et sexuelle habituelle. La grossesse étant une aventure très « corporelle » elle peut être vécue intensivement en ce qui a trait à la sensualité. La femme enceinte qui partage avec son partenaire les émotions et les sensations accompagnant ses transformations physiques a une occasion particulière de se rapprocher de son corps, de vivre pleinement sa grossesse. Son corps s'impose à elle avec ses « misères », comme les nausées, la fatigue, l'inconfort et ses « splendeurs » comme les seins engorgés, les nouvelles courbes, la plénitude. Écouter, regarder, toucher ce corps qui s'arrondit et s'alourdit peut devenir une merveilleuse expérience de sensualité et de tendresse.

Cette expérience est accessible aussi à la femme enceinte sans partenaire occasionnel ni régulier. Il lui faudra cependant développer une attitude particulièrement tendre envers elle-même et envers son propre corps. La grossesse, c'est une occasion privilégiée de faire appel à son imagination et à son dynamisme pour surmonter certaines contraintes.

En effet, une diminution possible du désir chez l'un des partenaires peut inciter l'autre à innover dans sa façon de susciter le goût du rapprochement. Le membre du couple qui a le plus de désir ne doit pas automatiquement mettre son désir « en veilleuse » et attendre soit que la grossesse prenne fin, soit que le désir chez son partenaire resurgisse. Il peut tout simplement demander à l'autre ce qui, dans les circonstances, pourrait le stimuler. Il peut aussi explorer de nouvelles approches. Parfois, il suffit de peu de choses pour stimuler un partenaire moins désirant : un massage, un compliment, une attention, une surprise.

Le fait que certaines activités puissent devenir inconfortables ou impraticables incitera d'autres couples à élargir l'éventail de leurs stimulations ou de leurs positions.

La grossesse comporte sans doute un certain défi à la vigueur de la vie sexuelle des partenaires. Ils peuvent le relever en faisant preuve de créativité, d'audace, de ténacité d'imagination, de séduction mutuelle avec leur regard, leur toucher, leurs approches, leur sensualité et leurs stimulations.

Leur créativité sera d'autant plus possible si le couple vit un lien amoureux étroit et s'il avait déjà une communication sexuelle vivante avant la grossesse.

TABLEAU II

CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES LIÉES À LA SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE

- Présence de saignements
- Rupture des membranes
- Incompétence du col
- Avortements répétés

7. CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SEXUALITÉ

Pendant la grossesse, les relations amoureuses sont influencées par les perceptions que les partenaires ont d'eux-mêmes et de l'autre. La communication et la sensibilité deviennent des outils importants pendant cette période de vie pour diminuer les tensions et les difficultés du couple.

Cette période permet au couple de se rapprocher pourvu qu'il existe une communication mutuelle, une compréhension et une sensibilité aux changements physiques et psychologiques et une véritable attention aux sentiments de l'autre, un partage de plaisirs reçus et donnés.

Au fur et à mesure que le corps de la femme change et évolue, des sentiments et des émotions diversifiés apparaissent. Le corps de chaque femme est unique et réagit de façon différente.

Plusieurs manières d'exprimer son amour existent que ce soit des paroles, des gestes, des regards, des attentions quotidiennes. La tendresse, l'affection, la jouissance, le désir, les caresses font partie des plaisirs.

TABLEAU III
CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES

PREMIER TRIMESTRE	
POINTS POSITIFS	
Chez la femme	Chez l'homme
▪ Ambivalence (acceptation ou rejet de la grossesse) ▪ Joie ▪ Estime de soi ▪ Augmentation de la sensualité ▪ Augmentation de la créativité ▪ Augmentation de l'exubérance	▪ Ambivalence (acceptation ou rejet de la grossesse) ▪ Fierté ▪ Excitation ▪ Preuve de sa fertilité ▪ Augmentation de l'attirance envers sa compagne
POINTS DIFFICILES	
▪ Crainte de ne plus être elle-même ▪ Crainte de perdre son individualité ▪ Crainte de perdre sa liberté ▪ Crainte quant à son apparence physique ▪ Crainte quant à sa capacité de séduire ▪ Humeur variable ▪ Diminution de la libido occasionnée par certains maux : ▪ nausées; ▪ fatigue; ▪ congestion des seins; ▪ augmentation des pertes vaginales causée par les changements hormonaux.	▪ Appréhension d'une surcharge financière ▪ Peur de se sentir déboussolé par les changements psychologiques de sa conjointe ▪ Manque de désir pour sa compagne

DEUXIÈME TRIMESTRE	
POINTS POSITIFS	
Chez la femme	Chez l'homme
▪ Nouvel équilibre hormonal : stabilité émotionnelle ▪ Perception des premiers mouvements fœtaux ▪ Augmentation du désir sexuel en raison de la disparition des malaises du 1^{er} trimestre (nausées, vomissements, etc.) ▪ Amélioration de la capacité orgasmique causée par une augmentation de la vascularisation ▪ Besoin accru de tendresse, d'affection et d'attention	▪ Satisfaction de voir le corps de sa partenaire changer ▪ Premier contact avec son enfant : signes concrets de sa présence (échographie, cœur fœtal audible, mouvements fœtaux présents) ▪ Compréhension et patience ▪ Satisfaction à contempler et à caresser le corps de sa partenaire ▪ Bonheur d'expérimenter de nouvelles positions
POINTS DIFFICILES	
▪ Crainte quant à son apparence physique ▪ Crainte quant à sa capacité de séduire	▪ Sensation de gêne lors des relations sexuelles par rapport à son enfant quand il voit le ventre de sa compagne s'arrondir, qu'il sent bouger son bébé ▪ Difficulté à trouver sa compagne excitante avec ses nouvelles formes

TROISIÈME TRIMESTRE	
POINTS POSITIFS	
À l'approche de la naissance, les futurs parents sont plus complices et s'apportent un soutien mutuel	
POINTS DIFFICILES	
Chez la femme	Chez l'homme
▪ Disponibilité réduite pour son compagnon; le bébé capte toute son attention (nidification) ▪ Facteurs de diminution de la libido : ▪ crainte de ne pas être attirante ▪ crainte de l'accouchement ▪ troubles digestifs ▪ essoufflements ▪ proéminence du ventre (mobilité plus restreinte) ▪ varices à la vulve ou au vagin ▪ œdème aux pieds et aux mains	▪ Impression d'être tenu à l'écart ▪ Peur de ne pas être à la hauteur ▪ Peur de fatiguer sa conjointe, de déclencher le travail ou de blesser l'enfant en faisant l'amour
Tout au long de la grossesse, les parents peuvent passer du rire aux larmes et être confondus par leurs propres émotions ou par celles du partenaire.	

Suggestions pour faciliter les échanges entre les futurs parents :

- partage des soucis, des préoccupations, des responsabilités et du plaisir;
- accueil mutuel dans toutes les transformations et les peurs;
- complicité dans les gestes quotidiens : bain ou douche ensemble;
- exercices de détente;
- massage.

8. EXERCICES À FAIRE EN COUPLE À LA MAISON

1. Liste de sujets de discussion possibles avec le partenaire sexuel :

Sujet 1 – Approche sexuelle

- Façon dont l'un et l'autre s'y prennent pour demander une relation sexuelle;
- signes verbaux ou non verbaux, clairs ou déguisés, que l'un et l'autre manifestent par rapport au refus;
- prise de décision quand l'un veut et l'autre non;
- sentiments de culpabilité, d'obligation, de frustration qui sont vécus.

Sujet 2 – Caresses

- Parties du corps caressées, celles souhaitées, parties préférées et celles moins séduisantes chez l'autre;
- gestes qui érotisent, qui excitent le plus;
- besoins, etc.

Sujet 3 – Climat

- Émotions avant, pendant et après les relations sexuelles;
- meilleurs moments;
- embarras;
- contacts (visuels ou tactiles) durant la relation sexuelle;
- importance de certains gestes réguliers;
- sentiments amoureux qui influencent la relation, besoins respectifs, rythme.

Sujet 4 – Difficultés particulières

- Responsabilité par rapport à la satisfaction sexuelle (exemple : le fait que l'un ou l'autre rejette sur son partenaire la faute de ce qui ne va pas, se repose sur l'autre pour tout régler);
- fait que l'un ou l'autre joue un rôle durant la relation sexuelle (exemple : ce qu'elle essaie de faire accroire, ce qu'elle perdrait en cessant de mentir, ce qu'elle gagnerait à être elle-même);
- fait que l'un ou l'autre ait des sentiments négatifs par rapport à la sexualité en général, ou par rapport à certains aspects particuliers de la relation sexuelle (exemple : désintérêt, dégoût, peur, à quel sujet? Événements reliés? Effets sur le vécu sexuel?).

Prenez le temps de faire un choix



- A. Choisir un sujet parmi tous les sujets possibles qui plaît davantage et qui semble de première importance pour améliorer la vie sexuelle avec le partenaire. Ces sujets ne sont que des suggestions qui peuvent être transformés.
- B. Écrire ou réfléchir sur tout ce que chaque partenaire a à exprimer sur le sujet : raconter le vécu, exprimer les sentiments, les difficultés, les attentes, les perceptions. Ce que chacun croit et ce que chacun veut. En un mot, chaque partenaire doit faire lui-même le tour de la question avant de l'aborder avec l'autre.

C. Par la suite, il est important de discuter avec le conjoint. Une personne peut insister pour que l'autre écoute d'abord, et ce, sans discuter, au moins jusqu'à ce qu'elle ait exprimé tout ce qu'elle avait à dire. Puis, cette personne écoute l'autre à son tour.

UN PETIT TRUC

S'asseoir, placer une chaise vide devant soi
et imaginer que le conjoint est assis sur cette chaise.
Puis à haute voix, tout comme s'il était là, exprimer toutes les pensées,
et ce, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de contraintes.

2. Énumérez dix adjectifs qui vous décrivent sur le plan sexuel :

3. Énumérez dix adjectifs qui décrivent le partenaire sur le plan sexuel :

Échanger les feuilles et discuter avec le partenaire. Trouver des adjectifs pour soi-même. Est-ce facile ou difficile?

Si oui, pourquoi?

Si non, pourquoi?

Trouver des adjectifs pour le partenaire. Est-ce facile ou difficile?

Si oui, pourquoi?

Si non, pourquoi?

Est-ce que chacun a appris quelque chose de nouveau sur lui-même?

Est-ce que chacun a appris quelque chose de nouveau sur son partenaire?

Est-ce que chaque partenaire peut exprimer à l'autre ce qu'il a appris de nouveau?

Si oui, pourquoi?

Si non, pourquoi?

- 4. Répondre aux questions en commençant les phrases par « je » et exprimer un sentiment et une émotion.**

Pendant la grossesse...

Que ressentez-vous au sujet de votre corps?

Que ressentez-vous à l'idée de faire l'amour?

Que ressentez-vous à l'idée de donner du plaisir?

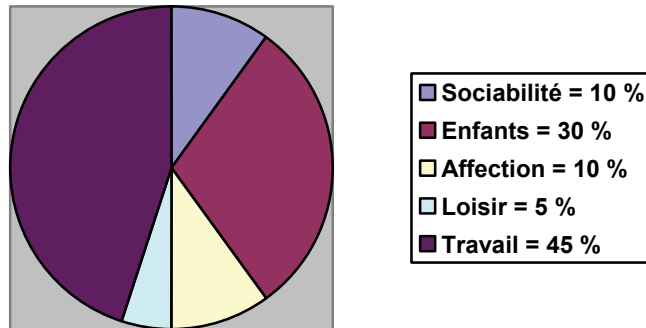
Que ressentez-vous à l'idée de recevoir du plaisir?

Source : Outil conçu et utilisé au CLSC Sainte-Rose
par FranceThériault, sexologue, et par l'équipe de périnatalité.

5. Avant la grossesse, quelle était la place de la sexualité par rapport aux autres secteurs d'activité de la vie?

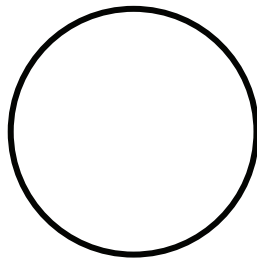
Travail, Loisir, Affection, Enfant, Sociabilité.

Exemple :

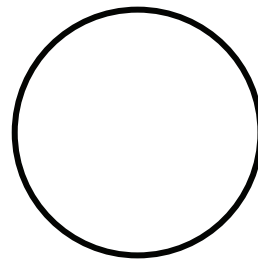


À l'intérieur des cercles, répartir les activités selon le temps consacré réellement.

Avant la grossesse



Maintenant



6. Par rapport à ces contraintes, quels sont les sentiments actuels par rapport à la sexualité? Identifier les mots qui représentent bien les sentiments.

Par rapport à la sexualité, j'éprouve un sentiment de :

Plaisir	☐	Confiance	☐
Ennui	☐	Peur	☐
Distance	☐	Satisfaction	☐
Culpabilité	☐	Honte	☐
Pudeur	☐	Spontanéité	☐
Ambivalence	☐	Passivité	☐
Enthousiasme	☐	Réussite	☐
Frustration	☐	Indifférence	☐
Ouverture	☐	Bonté	☐
Gêne	☐	Jouissance	☐

Source : DSC Maisonneuve-Rosemont
Groupe de travail,
Guide d'animation des rencontres prénatales,
octobre 1984.

9. GROSSESSE ET COMMUNICATION AVEC BÉBÉ *IN UTERO*

ÊTRE « DEUX DANS UN »

Comment la relation initiale s'établit-elle entre la mère, le père et le fœtus? Dans quelle mesure s'imprègne-t-elle dans l'inconscient de l'enfant? Quelles sont les conséquences de cette relation *in utero* sur la perception que l'enfant a de lui-même, de son environnement, de ses modes futurs de communication?

À l'heure actuelle, il a été prouvé scientifiquement par plusieurs chercheurs que tout ce qui arrive à l'enfant dans les neuf mois de sa gestation joue un rôle capital dans la structuration de sa personnalité, dans la formation de son caractère et dans l'édification de son être mental et spirituel. « Le fœtus est une personne... un être doté de sentiments, de souvenirs¹. »

C'est pourquoi chaque individu a au fond de lui cette connaissance. Par sa mémoire cellulaire, avant même la structuration de sa pensée logique, il a codifié des perceptions, des émotions. Homme ou femme, chaque personne a l'expérience de la vie symbiotique et du détachement vécu lors de la naissance.

De cette relation initiale, l'enfant puisera son désir de naître et de vivre, son désir d'aimer. De cette trame de fond, l'enfant tissera sa liberté et son droit d'exister.

C'est pour cela que le désir des parents pour cet enfant qui n'est pas encore né constitue une alchimie d'amour essentielle qui confèrera à l'enfant, bien avant sa naissance, son droit de passage.

ÉTABLIR LE CONTACT

Lorsqu'on parle de communication, on parle de transmission, d'échange. Il faut donc un émetteur et un récepteur. Le parent, dans sa relation avec son bébé, sera parfois l'émetteur, parfois le récepteur. Ce qu'il faut comprendre, c'est que la communication existe et se fait naturellement. L'idée est de la rendre plus consciente et de reconnaître la nature des messages transmis ou reçus.

Exemple :

ÉMETTEUR	MESSAGE	RÉCEPTEUR	NATURE DU MESSAGE
Père, mère ou bébé	↔	Père, mère ou bébé	Clair, direct, brouillé, confus ou coupé

¹ La Chrysalide, Centre de ressources en périnatalité

Fondamentalement, la communication est un état vibratoire. Ce que l'enfant perçoit, c'est l'essentiel, l'état d'âme, le message qui vient du cœur. Cependant, les chercheurs affirment que les impressions captées par les parents ou par le fœtus sont de deux natures :

- a) nature subjective : pensées, émotions, sentiments, intuitions, rêves, visions.
- b) nature objective : un ou plusieurs des cinq organes des sens effectuent le contact.

COMMUNICATION SUBJECTIVE

Les femmes enceintes ont souvent l'impression de ne plus être tout à fait elles-mêmes elles ne se reconnaissent plus, se sentent plus vulnérables, plus sensibles ou encore plus fortes et énergiques que jamais. Elles vivent des transformations profondes et des périodes émotives intenses. Il ne faudrait surtout pas conclure que tous ces changements sont causés essentiellement par un changement hormonal. La femme enceinte porte l'énergie de son enfant, sa volonté, ses forces, ses insécurités. Elle reçoit intuitivement des messages de son bébé, qu'elle ne peut pas toujours décoder. Le père aussi, s'il est réceptif, peut capter des impressions de son enfant, soit en rêve, en méditation ou tout simplement à travers le quotidien.

L'« embryon-fœtus » a une part active dans tout le vécu maternel. Il vibre si intensément dans le ventre de sa mère qu'il lui demande ainsi une compréhension infinie qui dépasse largement ce qu'elle a l'habitude de ressentir. Il l'oblige souvent à réviser son attitude par rapport à son sentiment d'amour. Il désire un amour « universel ». Par sa nature véritable, il influence le comportement de sa mère et, en même temps, il peut lui donner plus de force, d'assurance, de sérénité, de patience pour vivre cette étape de sa vie.

FEMME ENCEINTE : PORTEUSE DE L'ÉNERGIE DE SON ENFANT, DE SA VOLONTÉ, DE SES FORCES, DE SES INSÉCURITÉS

De son côté, la mère doit s'ajuster à ce que l'enfant lui projette et à sa fréquence vibratoire. Cette période d'ajustement peut être aussi la cause des nausées, des fatigues et des insomnies vécues durant le 1^{er} trimestre.

L'enfant saura capter les sentiments et les pensées de sa mère ou de toute personne proche d'elle. Étant un être de relation et de communication, l'enfant expérimente diverses émotions humaines à travers sa mère qui elle n'a pas à se sentir coupable de ses propres sentiments.

Lors de périodes de grand stress, la mère doit garder contact avec l'enfant. Elle lui explique ce qu'elle vit : ses peines ou ses difficultés. Elle le prévient (quand c'est possible) de certaines perturbations, elle anticipe avec lui certaines réalités. Elle devient pour lui le miroir, le reflet, le filtre entre le monde intérieur et le monde extérieur. Il est important dans les moments intenses de protéger l'enfant, de l'entourer de lumière et de l'encourager. La mère doit le libérer de ses problèmes, de ses propres remises en question et faire pour lui le tri en ce qui la concerne. Elle doit refaire ses forces et ses appuis, recherche le calme et la beauté et s'entourer d'amis compréhensifs. Elle s'accepte comme elle est, s'aime et se pardonne. La mère évite le blâme et la culpabilité. L'enfant se nourrit du vrai et d'authenticité. Il n'a pas besoin de parents parfaits. Ce qui importe pour lui, c'est de ressentir que malgré la tempête de certains jours, ils sont là, ils ne se referment pas dans leur bulle, car si les parents se replient sur eux-mêmes, une épaisse couche sombre

recouvre leur aura et l'enfant ne peut plus entrer en contact avec eux. Les émotions lourdes viennent brouiller les ondes et encombrer les circuits. Les messages parviennent de façon confuse puis, petit à petit, le contact se perd; la mère et l'enfant se retrouvent seuls, isolés. Pour le bébé, la perception du monde s'obscurcit et il perd accès à son champ de conscience pure.

Les parents ne doivent pas se juger trop sévèrement. Ils ouvrent leur cœur à la simplicité d'être, non pas à l'amour idéalisé, mais à celui qui se vit et s'apprend chaque jour. Et surtout, les parents ne doivent jamais oublier que cet enfant les a choisis! Il saura comprendre. Dans un plan supérieur de conscience, son âme a fait le choix de s'incarner et c'est à travers ses parents qu'il a décidé de venir parfaire son évolution et de contribuer à la leur.

C'est pourquoi il est si important de soutenir la femme enceinte et le couple dans leur vécu, dans leur cheminement, de les aider à découvrir leurs ressources, à reconnaître leurs forces et leurs compétences afin de favoriser l'attachement précoce à l'enfant.

La participation du conjoint est un atout primordial pour l'équilibre de la nouvelle famille. L'amour qu'il manifeste à sa compagne amplifie la protection autour de l'enfant car le père, par sa présence affective et consciente, est un pôle d'attraction qui favorise la symbiose « mère-enfant » et qui aide au détachement nécessaire de la naissance. « Il devient pour le bébé à naître, la sécurité hors de l'enceinte. »

COMMUNICATION OBJECTIVE

Dans l'utérus, le bébé découvre et expérimente tous ses sens. Il apprend à connaître le monde dans lequel il s'en vient. Par les sons, le mouvement, les voix, le toucher, le goût et la lumière, il développe différentes sensations. Ainsi, il voit, il entend, il ressent et il réagit. Le docteur Stirnimann, dans une étude réalisée auprès de plusieurs femmes et de leur nourrisson, a démontré que l'enfant, avant sa naissance, est capable d'accorder ses rythmes à ceux de sa mère. Dans les trois derniers mois de gestation, il s'harmonise au cycle de sommeil et de veille de sa mère et commence à s'adapter à son futur environnement.

À travers ses explorations utérines, le bébé retient mille informations glanées au hasard des rencontres. Il palpe la paroi utérine, touche le cordon ombilical, suce son pouce, goûte au liquide amniotique, écoute « aux portes ». Il perçoit la chaleur et la douceur du liquide, les mouvements, la cadence du rythme cardiaque et de la respiration de sa mère.

Selon le docteur Tomatis, le fœtus entend bien avant que son oreille soit normalement constituée. Cette capacité à entendre touche même l'embryon grâce au vestibule de l'oreille. C'est à travers celui-ci que l'« embryon-fœtus » accumule toutes les données, les engrange, en attendant de les distribuer en d'autres lieux lorsque son cerveau sera prêt. Ainsi, le rôle du vestibule de l'oreille semble beaucoup plus complexe que l'unique mission d'équilibre et de contrôle postural qu'on lui connaît.

L'écoute de l'embryon se traduit, dès les premiers instants, en une écoute de la « Vie ». Avant de vibrer à la voix maternelle et aux sons extérieurs, l'enfant va d'abord se mettre à l'écoute de son être intérieur. Il est « branché » à son essence première, à sa « Source ». Par cet état de « supraconscience » qui le caractérise, dans cet espace entre le Ciel et la Terre, l'enfant reconnaît sa vibration initiale et son plan de « Vie ». Cette vibration

originelle captée par la cellule auditive, comme un chant modulé, est amplifiée par le milieu liquidien et la posture foétale.

Pour l'adulte, cette première vibration deviendra l'objet même d'une permanente recherche. À travers les thérapies modernes, les techniques de relaxation et de méditation, la personne cherche à recontacter plus ou moins consciemment ce « sachant initial ».

L'enfant *in utero* vivra à travers cette modulation première une fusion avec sa vraie nature et avec la voix de sa mère. Cette voix, il saura la distinguer sans aucune confusion et elle sera pour lui l'appel à la « Vie ». De cette relation intime, complexe et confuse parfois, s'instaurera un véritable dialogue qui assure l'initiale clivage, essentiel à toute relation humaine : être deux dans un et être deux.

Le fœtus est aussi réceptif à la voix de son père. Il la perçoit de façon encore plus directe à cause de sa gravité sonore. Il reconnaîtra cette voix familière, amoureuse, parmi les autres voix. Il saura la distinguer à sa naissance. Ainsi, il constituera avec les voix de sa mère, de son père, de ses frères ou sœurs, son « enveloppe » extra-utérine.

Même si des difficultés extérieures surgissent sur bien des plans durant la grossesse, c'est de chaleur affective dont la mère a besoin pour transmettre de l'amour à son enfant. Et c'est à même cette substance vitale que l'enfant se nourrit et se forme.

Dans tout ce processus de création, c'est à l'être que la mère et le père doivent parler. C'est avec lui qu'ils doivent apprendre à communiquer, à dialoguer. Il leur suffira de laisser vibrer leur propre être.

« Il faut donc que la mère et le père sachent que les mots sont dénués de sens pour l'être qui, lui comprend tout au-delà des mots². »

² Dr T. Verny, Dr Gilles Racicot, Dr Brazelton et Dr A. Tomatis

MOYENS POUR FAVORISER L'ATTACHEMENT IN UTERO

- Parler à l'enfant, lui exprimer le vécu. Il n'est pas nécessaire de parler à haute voix, le dialogue peut se faire à travers les pensées, avec les mots du cœur.
- Initier le fœtus au monde dans lequel il s'en vient. Le préparer à rencontrer les membres de sa famille, à vivre en fonction des rythmes, du temps, etc. Lui raconter les habitudes de vie de la famille, les valeurs, les désirs, etc.
- Écrire un journal de grossesse.
- Chanter. Écouter de la musique harmonieuse. Choisir une mélodie qu'on aime beaucoup et la faire jouer régulièrement à l'enfant. Le bébé la reconnaîtra même après sa naissance.
- Visualiser le fœtus dans sa nuit utérine dans des moments de tranquillité. Aller à sa rencontre pour établir un pont de lumière entre sa mère et lui.
- Créer des forces, des attitudes nobles, des qualités et les offrir au bébé. « Aujourd'hui, bébé, je t'offre ma joie, ma confiance, mon amour. »
- Entrer en contact avec la nature et les quatre éléments. L'impact de l'eau comme bienfait est bien connu : bain; détente, bain; piscine et exercices aquatiques.
- Se faire masser.
- S'entourer d'amis compréhensifs.
- S'accorder des moments d'intimité pour se ressourcer et pour répondre à de nouveaux besoins.
- Planifier des moments privilégiés en couple.
- Jouer avec bébé : le masser, le palper, le caresser.
- Entrer en contact avec l'âme de l'enfant par la respiration consciente, la relaxation, la méditation.
- Visualiser avec lui le passage, le chemin qu'il aura à parcourir pour naître.
- Visualiser l'ouverture en travail, lors des contractions, puis en train de pousser. Se préparer mentalement, émotionnellement à l'accueillir et à travailler en équipe.

Source : *Et si on t'accueillait,*
Guide prénatal et postnatal,
La Chrysalide.

10. AMOUR PATERNEL

COMMENT CRÉER DES LIENS AVEC BÉBÉ

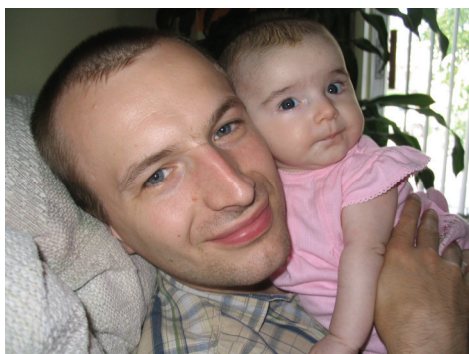
Quand le téléphone a sonné, Éric tenait dans ses bras Francis, son fils de neuf mois. Je l'avais appelé pour parler des liens père-enfant et, pur hasard, j'étais arrivé dans l'un de ces instants que l'on aimerait tant garder dans une bouteille, immobile pour l'éternité.

« Le bébé est juste sur ma poitrine, en train de sucer mon petit doigt. C'est un moment si charmant! » Éric continuait de parler et aucun mot n'était assez tendre pour faire partager l'expérience à cet étranger qui avait interrompu l'idyllique petite scène. Mais les paroles rapportées par écrit ne peuvent pas refléter le ton de la voix ni la puissance évidente des émotions. Je pouvais presque le voir fondre sur le sofa, avec son sourire de ravissement. Éric découvrait quelque chose que les femmes ont toujours connu : on s'attache à un bébé de la même façon que l'on devient amoureux. Cet amour paternel peut être aussi gratifiant (à sa propre façon) que l'amour romantique. Bien sûr, la voie de l'attachement avec le bébé est un peu plus directe pour la mère. On ne parle vraiment de l'attachement paternel que depuis une vingtaine d'années. Pourtant, les pères peuvent nouer des liens très profonds avec leur enfant et ils le font volontiers si on leur en donne l'occasion.

L'attachement peut même commencer pendant la grossesse : la première fois que le futur père entend les battements de cœur du fœtus ou qu'il sent ses mouvements. Pour bien des hommes, le moment de la naissance est un véritable coup de foudre. Stéphane se souvient : « L'infirmière vous remet cette petite chose et vous avez soudain comme une bouffée de chaleur. Incroyable! C'est mon enfant! »

Par contre, les pères n'éprouvent pas tous un attachement immédiat. Même quand cela se produit, leurs sentiments peuvent être mitigés : l'émerveillement devant le miracle de la naissance, le soulagement en voyant que tout s'est bien passé, ou l'épuisement pur et simple après avoir accompagné leur partenaire dans un accouchement difficile.

Le concept de l'attachement doit donc être démystifié, car il n'est rien d'autre qu'un processus d'entrée en relation avec une petite personne que l'on est déjà prédisposé à aimer. Comme cela se passe-t-il?



Chacun présume que les mères développent un lien immédiat avec leur nourrisson; la plupart le font effectivement. La mère allaite son bébé, elle change ses couches, elle le baigne, elle le transporte çà et là, elle le berce, elle le promène et elle dort souvent même à ses côtés. Quel est le fil conducteur dans tout cela? *Le toucher*. Le contact physique est essentiel pour les pères aussi. Pour se lier avec le bébé, il faut avoir la participation des sens autant que celle de l'esprit.

Un père a besoin de découvrir la sensation éprouvée lorsque l'on tient un bébé dans ses bras, de découvrir son odeur, la manière dont il aime qu'on le prenne et ses réactions au monde qui l'entoure. Il peut « déchiffrer » son bébé en faisant les mêmes choses que la mère (l'allaitement étant la seule exception).

Lorsque son bébé avait une semaine, Jean lui donnait tous les soins qu'il pouvait. Il s'est senti de jour en jour plus à l'aise auprès de son enfant. « Je lui fais faire son rot et je le change; parfois, je le promène autour de la pièce et je lui montre des objets », déclare-t-il. « Plus je passe de temps avec Benoît, plus j'ai la certitude qu'il est un être unique. Je sens de plus en plus qu'il est mon bébé, maintenant. »

Des moments comme ceux qu'Éric et Jean ont vécus, alors que le père se sent si uni à son enfant devant tout l'univers, sont particulièrement sublimes! Ce sont les soins routiniers qui permettent de partager le même monde et qui créent les occasions de tisser des liens très proches. Le changement de couches est un bon exemple. « J'adore changer les couches », déclare avec une pointe d'ironie Olivier, dont le fils, Benjamin, a trois mois et demi. « Je sais que cela paraît un peu bizarre, mais comment peut-on comprendre cela si l'on n'a jamais changé de couches? » Il tente alors d'expliquer : « Ce simple fait d'être seul avec le bébé, qui nous regarde dans les yeux, qui sourit et qui agite ses petites jambes. Une fois la tâche accomplie, il se sent mieux, et moi aussi. On a vécu un moment ensemble. »

Vivre un moment à deux. C'est aussi simple que cela. Prendre soin du bébé, passer beaucoup de temps avec lui pour tisser des liens. Le père et l'enfant se sentiront bien ensemble et ils auront fait connaissance.

Source : Revue *Mon Enfant*,
Printemps 1997, p. 34 à 37.

11. DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

La période postnatale est un moment où les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression. Il s'agit là d'un fait bien établi. Pendant des décennies, les médecins croyaient qu'une plus grande quantité d'hormones lors de la grossesse protégeait les femmes contre la dépression. Cette croyance appuyait le mythe social selon lequel « toute femme enceinte est heureuse, car elle donne la vie ». Avant les années 70, le fait qu'une femme puisse souffrir de dépression pendant la grossesse était relativement peu connu et, par conséquent, la plupart du temps la maladie n'était pas diagnostiquée. Vers la fin des années 70 et au cours des années 80, les chercheurs ont découvert que bon nombre de femmes dépressives après la naissance de leur enfant l'étaient également pendant leur grossesse.

Aujourd'hui, on sait que 10 % des femmes enceintes souffriront de dépression.

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

On diagnostique la dépression chez une femme si elle est victime des humeurs, des sentiments et des comportements troublants décrits ci-dessous presque tous les jours pendant deux semaines et que cette situation nuit à sa capacité à prendre soin d'elle-même, de ses autres enfants, de sa maison et à sa capacité à faire son travail.

- Humeur dépressive ou tristesse extrême;
- crises de larmes sans raison apparente;
- sentiments de culpabilité, d'inutilité ou de désespoir;
- inquiétude, manque de contrôle ou d'énergie;
- difficulté à se concentrer ou pensées désordonnées, sentiments de culpabilité ou d'insuffisance en tant que mère en devenir;
- changements dans le sommeil ou dans l'appétit (exemple : dormir ou manger trop ou pas assez; isolement par rapport à son partenaire, à sa famille, à ses amis, à ses collègues);
- pensées suicidaires, pensées incitant à faire du tort aux autres.

Se sentir triste, négative, fâchée et anxieuse pendant la grossesse sont des sentiments tellement pétrifiants que la plupart des femmes ne sont pas capables d'en parler. Il est donc difficile, en raison de ce silence, de diagnostiquer la dépression pendant la grossesse. Leur dépression est tellement loin de l'image de la « grossesse idéale » qu'elles ne peuvent s'imaginer que quelqu'un puisse les croire ou comprendre comment elles se sentent. Elles ont honte d'être déjà de mauvaises mères. Ces pensées peuvent durer tout au long de la grossesse et les femmes peuvent s'enfoncer dans le gouffre de la dépression.

Lorsque les femmes parlent de leurs sentiments, les professionnels de la santé peuvent avoir de la difficulté à diagnostiquer la dépression, car les symptômes de la grossesse masquent les signes de la dépression. Les symptômes de la grossesse et de la dépression se ressemblent beaucoup pendant le 1^{er} trimestre et le 3^e trimestre. Il s'agit des périodes pendant lesquelles les femmes ressentent les symptômes physiques les plus désagréables. Au cours de ces deux trimestres, les femmes enceintes sont fatiguées, peuvent avoir de la difficulté à manger ou à dormir et ressentent un inconfort physique. Les changements hormonaux les plus marqués surviennent également pendant ces deux

trimestres. Les hormones assurent le déroulement de la grossesse jusqu'à ce que le placenta prenne le relais, régularise les glandes, prépare la femme au travail et à l'accouchement et assure la production de lait. En raison de ces changements hormonaux, les femmes peuvent avoir des sautes d'humeur rapides. Par conséquent, elles peuvent devenir plus irritables, émotives, anxieuses, fâchées et agitées durant les 1^{er} et 3^e trimestres.

Pendant le 2^e trimestre, la plupart des femmes s'ajustent aux changements hormonaux et ont conscience des mouvements du bébé. Les femmes se sentent en général beaucoup mieux pendant ce trimestre. Par conséquent, il est généralement possible de poser plus rapidement un diagnostic de dépression chez les femmes qui parlent de leurs symptômes d'inconfort physique et émotif pendant cette période.

FACTEURS QUI CONTRIBUENT À LA DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

Différents facteurs peuvent contribuer au développement de la dépression pendant la grossesse. Certaines femmes peuvent être prédisposées génétiquement à cette maladie. Les femmes dont les parents souffrent de dépression, surtout si elles ont souffert de dépression postnatale, courent le risque de souffrir également de cette maladie pendant leur grossesse.

Le tiers des femmes qui a été dépressive pendant l'adolescence ou au début de leur vie d'adulte connaîtra un autre épisode de dépression lorsqu'elles seront enceintes. Plus de la moitié des femmes qui a souffert de la dépression après la naissance de leur bébé en souffrira également à leur prochaine grossesse. Certaines femmes peuvent être plus vulnérables si leur grossesse n'est pas désirée. Cependant, le contraire peut également se produire. Une femme infertile qui devient enceinte peut également courir plus de risques d'être dépressive en raison des fluctuations des niveaux hormonaux subies pendant les essais pour être enceinte, suivies des changements hormonaux pendant la grossesse.

Voici d'autres facteurs qui rendent les femmes plus vulnérables à la dépression pendant la grossesse : le manque de soutien du partenaire, l'absence d'une autre forme de soutien social, l'isolement, des antécédents de violence, une dépendance à des drogues et à l'alcool ou des abus de ces substances et des événements stressants vécus récemment (décès d'un parent, déménagement, changement d'emploi). Pour les femmes plus vulnérables, le stress normal lié au fait de devenir mère, comme la responsabilité supplémentaire ou les tensions financières, suffit à les rendre anxieuses et déprimées.

Le Dr Shaila Misri, psychiatre au Reproductive Mental Health Program (RMHP) au British Columbia's Women's Health Centre mentionne ce qui suit :

« Peu de femmes, peu de fournisseurs de soins comprennent que la grossesse peut déclencher un épisode de dépression. Certaines de ces femmes peuvent souffrir de dépression non diagnostiquée ou de troubles paniques. Dès 2^e semaine de grossesse, elles peuvent présenter des symptômes graves de dépression : crises de larmes, manque de sommeil, perte de la joie de vivre et crises de panique. »

TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes souffrant de dépression pendant la grossesse ont tendance à fuir les soins prénataux; elles ne reçoivent donc pas les soins adéquats. Il se peut qu'elles ne mangent pas ou qu'elles ne dorment pas bien. De tels comportements, en plus du stress qui accompagne la dépression, peuvent entraîner des difficultés médicales pendant la grossesse, notamment un travail prématuré et un enfant de faible poids à la naissance. Il se peut que les femmes aux prises avec des pensées troublantes et un sentiment de désespoir consomment de l'alcool ou des drogues pour faire face à la situation, ce qui peut occasionner des conséquences graves pour la santé de leur bébé.

Si la dépression pendant la grossesse n'est pas traitée, elle s'aggraverait probablement et la femme sera encore plus susceptible d'être dépressive après la naissance de son enfant. Une femme souffrant de dépression postnatale grave peut prendre plus de temps à répondre au traitement et cela peut nuire à la façon dont elle interagit avec son bébé. Selon des recherches, les femmes dépressives ont des réactions plus négatives avec leur bébé, ont moins de contacts visuels pendant les boires, sont moins enjouées et sont plus isolées que les mères ne souffrant pas de dépression. Les enfants de mères dépressives fuient en général les regards, réagissent en pleurant davantage, sont plus tristes et agités et ont plus de difficulté à dormir. Les effets négatifs de la dépression sur l'enfant seront amoindris si la femme reçoit des traitements dès le début du diagnostic. Le traitement de la dépression lors de la grossesse réduira les risques de développer une dépression postnatale.

FAÇONS DONT LES FEMMES PEUVENT S'AIDER

Les femmes aux prises avec une dépression légère peuvent constater des améliorations si elles apportent des modifications à leur style de vie. Ces modifications leur permettront de mieux gérer le stress. En voici des exemples :

- maintenir une saine alimentation en mangeant plus de légumes, de fruits, d'aliments riches en vitamines et en buvant plus d'eau;
- éviter toute forme d'alcool, car il est un déprimeur et est dangereux pour le bébé en développement;
- faire de l'exercice régulièrement, car il produit de l'endorphine (renforceur d'humeur) qui aide à combattre la fatigue, la léthargie et les troubles de sommeil;
- maintenir des cycles « veille-sommeil » réguliers;
- se servir des méthodes de gestion du stress, notamment le yoga, les exercices de relaxation, les habiletés en gestion du temps.

Ces stratégies utilisées seules ne seront peut-être pas suffisantes pour guérir la dépression. Il se peut que la femme ait besoin d'aide et de médicaments.

OBTENIR DE L'AIDE

En raison du chevauchement des symptômes de la grossesse et de la dépression, il se peut que la femme ait à parler à son médecin de famille plusieurs fois des sujets suivants :

- l'intensité des émotions comme la tristesse;
- la fréquence des émotions comme les pleurs;

- la façon dont les émotions nuisent à sa vie, à sa capacité à prendre soin d'elle, à effectuer des tâches à la maison et au travail ou comment elles nuisent à ses interactions avec son partenaire, sa famille et ses amis;
- les problèmes de sommeil et d'appétit (trop ou pas assez de sommeil ni d'appétit);
- les sentiments de désespoir et les pensées suicidaires.

Le médecin ne sait pas à quoi la femme pense et ne sait pas à quoi elle occupe ses journées. Elle peut parler librement et ouvertement de ses comportements, de ses sentiments et de ses pensées, même si cela l'effraie.

TRAITER LA DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes souffrant de dépression grave peuvent avoir besoin de services de consultation et de médicaments. Lors d'une consultation, l'intervenant renseigne les femmes sur la maladie, il les rassure, les aide à trouver les cycles de pensée négative et à développer des stratégies pour composer avec ce moment stressant. Le médecin peut prescrire, selon le besoin, des médicaments en soupesant leurs risques et leurs avantages.

Au cours de la dernière décennie, il a été démontré que grâce à de nouveaux médicaments et à de nouvelles recherches, certains antidépresseurs et certains médicaments anxiolytiques peuvent être utilisés pendant la grossesse et avoir peu ou pas d'effets sur le fœtus. Il faut discuter des risques de la prise de médicaments par opposition aux risques de ne pas en prendre, ce qui permettra à la femme de juger ce qui est bon pour elle. En règle générale, il faut éviter les médicaments pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, moment où le fœtus se développe le plus. Les médicaments commenceront à faire effet entre quatre à six semaines après le début du traitement. L'arrêt de la prise de médicaments se fera graduellement et non soudainement pour éviter l'apparition de symptômes graves liés à l'arrêt ou à la dépression originale.

Les symptômes de la femme fluctueront pendant la grossesse même s'ils sont traités. L'état de la femme enceinte pourra s'améliorer, se détériorer et puis s'améliorer de nouveau. L'état de la femme pourra s'aggraver après la naissance s'il n'y a pas de traitement. Après un traitement, la plupart se remettront complètement de leur état dépressif, mais un faible pourcentage de ces femmes souffrira d'une maladie mentale persistante. Sans traitement, les femmes peuvent livrer bataille à la dépression en silence pendant des années.

SOUTENIR LA FEMME ENCEINTE

Les partenaires, la famille, les amis et toutes les autres personnes faisant partie de l'entourage de la femme enceinte dépressive peuvent l'aider en écoutant ses préoccupations, en la prenant dans leurs bras et en la réconfortant. La femme peut vouloir être accompagnée chez son médecin, ou il se peut qu'elle ait besoin d'une aide plus pratique, comme pour les tâches quotidiennes, les repas ou le ménage. La femme dépressive qui est aussi mère d'autres enfants aura besoin d'aide supplémentaire.

RÉSUMÉ

L'état de la plupart des femmes qui souffrent de dépression pendant leur grossesse et qui reçoivent un traitement s'améliore. Elles se sentent mieux après la naissance de leur

bébé et sont davantage en mesure de répondre à leurs besoins et à ceux de leur enfant. Une fois guéries, bon nombre de femmes qui ont lutté contre la dépression peuvent parler ouvertement de leur façon dont la maladie a changé leur vie, afin de composer avec leurs anciennes peurs et de renforcer leurs relations positives.

Inspiré de : *La dépression pendant la grossesse*,
Agence de la santé publique du Canada, www.phac-aspc.gc.ca, 17 août 2005.

12. VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LES FEMMES DANS LE CONTEXTE D'INTERVENTION EN PÉRINATALITÉ

Bien que des hommes puissent être victimes de violence, le présent document traite uniquement des femmes victimes de violence conjugale, d'où l'emploi des appellations « femmes ou mères victimes » et « conjoint ayant des comportements violents ».

La violence conjugale s'inscrit dans la problématique plus large de la violence faite aux femmes. Dans sa déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, adoptée le 1^{er} décembre 1993, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que cette violence est la manifestation de rapports de force historiquement inégaux qui ont abouti à la domination des hommes sur les femmes.

La violence conjugale a longtemps été ignorée, voire tolérée. Elle est désormais dénoncée. Depuis les années 70, le gouvernement du Québec a mis de l'avant des initiatives et soutenu différentes actions pour contrer la violence conjugale. En 1995, il a instauré la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, signée par plusieurs ministères et secrétariats.

PERTINENCE D'INTERVENIR EN PÉRINATALITÉ

L'activité de sensibilisation s'appuie sur des constats découlant d'études récentes, dont celle de Cherniak, Grant, Mason, Moore et Pellizzari, (2005) et de groupes de discussion auprès d'une centaine d'intervenants, dont des intervenants psychosociaux et des infirmières en périnatalité.

Les principaux constats sont les suivants :

- l'infirmière en périnatalité a un rôle privilégié auprès des familles où il y a de la violence conjugale, son aide est perçue comme non menaçante;
- l'efficacité des interventions à domicile en périnatalité est reconnue pour prévenir la violence conjugale et ses conséquences;
- les taux de prévalence de la violence entre partenaires intimes semblent s'accroître chez les femmes enceintes et chez les adolescentes;
- la violence conjugale est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes;
- les femmes violentées courent un risque accru de faire une dépression ou d'avoir des idées suicidaires et de connaître des complications au cours de la grossesse, y compris le décès maternel et fœtal;
- les enfants dont la mère subit de la violence courent un risque accru de connaître des difficultés liées à leur développement : il est également possible qu'ils soient eux-mêmes violentés;

- les femmes immigrantes, réfugiées, lesbiennes, autochtones ou handicapées sont souvent victimes de violence conjugale. Il est plus difficile pour ces femmes de dévoiler cette violence en raison de nombreux obstacles auxquels elles ont à faire face (culturels, sociaux, etc.);
- les interventions cliniques visant à accroître les comportements liés à la sécurité ont mené à l'adoption de ces pratiques et à des réductions d'incidents violents dans le cas des femmes enceintes.

PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Questionnaire : Mythes et réalités sur la problématique de la violence conjugale

Directives :

- répondre spontanément;
- mettre un crochet dans la case correspondant à votre réponse.

ÉNONCÉ	RÉPONSE
1) La femme victime de violence conjugale fait souvent quelque chose pour provoquer son conjoint.	Mythe ☐ Réalité ☐
2) L'alcool n'est pas une cause de la violence conjugale.	Mythe ☐ Réalité ☐
3) Il est très rare d'observer de la violence conjugale pendant la grossesse, car le couple est en période de lune de miel.	Mythe ☐ Réalité ☐
4) L'homme violent est avant tout malade.	Mythe ☐ Réalité ☐
5) Une femme qui reste avec un conjoint violent démontre qu'elle est masochiste.	Mythe ☐ Réalité ☐

Réponses :

- 1) **Mythe** : La violence est plutôt un comportement choisi délibérément pour dominer l'autre. Chaque personne est responsable de ses actes. Les comportements de la victime ne sont pas la cause de la violence conjugale. Le système judiciaire québécois reconnaît la violence conjugale comme un crime.
- 2) **Réalité** : Ce n'est pas parce qu'ils ont consommé de l'alcool ou des drogues que les hommes violentent leur partenaire. Il n'existe pas de substances ou de situations stressantes qui font en sorte de rendre quelqu'un violent contre sa volonté. Bien que l'alcool et les drogues réduisent les inhibitions et que le stress engendre une certaine tension, la prise d'alcool ou de drogue ne doit pas servir d'excuse aux hommes violents pour se déresponsabiliser.
- 3) **Mythe** : Des études rapportent que la violence conjugale ne s'arrête pas pendant la grossesse. Dans son enquête de 1993 sur la violence faite aux femmes, Santé

Canada rapporte que 21 % des femmes violentées ont signalé des épisodes de violence au cours de la grossesse et que 40 % de ces femmes ont affirmé que la violence avait commencé au cours de la grossesse. Par ailleurs, jusqu'à 64 % des femmes violentées au cours de la grossesse ont signalé que la violence s'était accrue pendant la grossesse. Enfin, 95 % des femmes qui ont subi de la violence au cours du 1^{er} trimestre ont affirmé qu'elle s'était accentuée à la suite de la naissance de l'enfant.

Lorsque la grossesse n'est pas planifiée, ou désirée, les femmes courent quatre fois plus de risques de subir des actes de violence plus graves que lorsque la grossesse est souhaitée.

- 4) **Mythe** : La violence n'est pas une maladie, c'est plutôt un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle (gouvernement du Québec, 1995). Dans le contexte du couple, la violence devient une problématique sociale. Ce n'est donc pas dans un contexte où la santé mentale de l'agresseur est altérée.
- 5) **Mythe** : Les femmes violentées ne sont pas masochistes. C'est plutôt que chaque cycle de violence diminue l'estime que les femmes ont d'elles-mêmes. Toutes les formes de violence attaquent l'intégrité des victimes et ces dernières finissent par croire qu'elles méritent ce traitement, qu'elles en sont responsables, qu'elles ne peuvent aspirer à mieux. C'est ce qu'on appelle la victimisation. S'ensuivent parfois des problèmes importants liés aux conséquences de la violence : abus d'alcool ou de médicaments, dépression, maladie psychosomatique et autres. Ces problèmes diminuent davantage la capacité d'autonomie de la victime.
Outre la victimisation, une multitude d'autres raisons motivent la femme victime de violence conjugale à rester avec son conjoint : le bien-être des enfants, l'espoir que le conjoint change, la peur que la violence s'aggrave et les pressions de l'entourage pour rester avec le conjoint (Gaumont et Lemieux, 1991).



JOURNAL INTIME, UNE HISTOIRE DE VICTIMISATION³

J'en suis à ma troisième tasse de café et à ma cinquième cigarette, que je fume en cachette. Denis est à la veille d'arriver à la maison. Je regarde autour de moi, tout est propre, on pourrait manger par terre, tellement le plancher brille. Les chaises sont droites, la table est mise, comme Denis l'aime, rien ne manque. J'ai même pris la recette de sa mère pour faire le bœuf bourguignon qui mijote. Je regarde par la fenêtre et je remarque qu'il fait beau, l'été arrive à pas de géant et je n'ai pas le temps de mettre les pieds dehors, j'ai trop de travail à la maison même si les garçons sont très disciplinés. Ce sont pourtant de si jeunes enfants! Ça me rappelle ce que maman nous disait : « Soyez sages, car papa arrive de travailler et il a eu une grosse journée. » Je me sens seule et triste. Depuis quelque temps, je n'ose même pas aller chez ma mère ou chez mes sœurs. Selon Denis, ça a l'air que dans ma famille, personne ne l'aime...

Comment en suis-je arrivée là?

Ma mère était toujours à la maison, une guenille dans la main, et elle frottait tout le temps. Comme moi, d'ailleurs. Elle me répétait : « Les hommes aiment quand la maison est

³ L'auteure de ce texte fictif écrit en 2005, est Rosa Miranda, coordonnatrice de la Maison pour femmes immigrantes.

propre et que leur femme s'est faite belle pour les attendre. » Pourtant, lorsque j'étais petite, je m'étais promis de ne jamais faire comme elle. J'ai fait des études, même si mes parents me disaient toujours : « Une femme instruite ça éloigne les hommes. » J'avais un groupe d'amis qui me soutenait, des garçons et des filles de l'université. Je me souviens que les fins de semaine, j'étais la première à être prête pour aller veiller. On allait souper ensemble au restaurant et après on traversait à la discothèque. C'est comme ça que j'ai rencontré Denis. Comme il était beau ! Il est devenu mon amoureux ; je le trouvais doux et attentionné. Quelques mois plus tard, il décidait qu'on devait prendre un appartement ensemble. Je n'étais pas prête à m'en aller vivre avec quelqu'un, même si je l'aimais à la folie. J'étais trop bien avec ma colocataire Maryse, ma meilleure amie, mon amie de toujours. Je voulais profiter de la vie.

Lorsque j'ai dit à Denis que je préférais attendre un peu et que je n'étais pas prête à déménager avec lui, je suis restée figée sur place. L'homme que j'adorais s'est transformé. Il m'a crié des mots horribles et blessants. Ensuite, il m'a crié : « Je t'aime à la folie, je ne peux pas vivre loin de toi et si tu ne viens pas en appartement avec moi tout est fini entre nous. » Je me sentais mal, j'étais mêlée mais je l'aimais et je voulais tant lui faire plaisir. Je me disais que l'amour était plus important que l'amitié et que de toute façon, je pourrais quand même voir mon amie.

Aussitôt que j'ai eu accepté sa proposition, il est redevenu le garçon charmant et doux que je connaissais. Il m'a retenue longuement entre ses bras et s'est excusé : « Sincèrement, ces mots sont sortis de ma bouche sans que je réfléchisse. C'est parce que je t'aime trop et que je te veux tout à moi ! » Ça m'a fait plaisir et ça m'a complètement rassurée, moi qui déteste tant les chicanes. Elles me rappellent trop mon enfance quand mon père criait et menaçait ma mère.

Quelques mois après que nous ayons emménagé ensemble, j'ai trouvé un travail dans une boîte de communication et je filais le parfait bonheur. J'aimais Denis, il m'aimait, il avait une belle job, moi aussi, et comme disait Denis : « Notre groupe d'amis n'est plus nécessaire, on est trop bien, nous deux ensemble ! » La fin de semaine, nous regardions la télé et nous sortions rarement.

Denis, lui, n'avait pas abandonné ses amis et s'est mis à sortir une fin de semaine sur deux avec eux. Il arrivait tard et se faisait à manger à trois heures du matin. Bien sûr, c'est moi qui ramassais le lendemain. J'ai essayé de lui en parler mais il a piqué toute une colère. La première fois que je n'ai pas touché à la vaisselle sale, il ne m'a pas parlé pendant deux jours. Je me sentais mal, je me posais des questions, je n'avais pourtant rien fait de grave. Peut-être que je n'aurais pas dû le provoquer...

Lorsque je suis devenue enceinte de Nathaniel, il n'était pas question de faire garder le bébé pour aller travailler, il a fait les comptes et décidé que « c'est plus payant que tu restes à la maison » et que « une mère doit toujours être auprès de ses enfants ». Je ne voyais pas les choses de la même façon, mais je n'ai pas dit un mot pour éviter une autre chicane. Il m'a finalement convaincue. Les larmes aux yeux, j'ai donné ma démission au travail. Mes supérieurs étaient très surpris, car j'étais une des meilleures collaboratrices dans la boîte et selon eux, j'avais beaucoup d'avenir chez eux.

Après cet épisode, Denis est redevenu très gentil. Je lui demandais parfois de « garder » le bébé. Il répondait toujours qu'il était fatigué, qu'il ne connaissait rien des bébés... Petit à petit, j'ai dû cesser de voir mes amies et surtout ma meilleure amie Maryse qui, selon

lui, était une « fille facile » qui m'entraînait dans des aventures avec des hommes! Je ne voulais pas le rendre jaloux et j'ai cessé de voir mes amies, surtout Maryse.

Le deuxième bébé, c'est lui qui le voulait, moi j'avais l'espoir de retourner au travail, j'avais tellement étudié pour réussir à rentrer dans cette boîte de communication, mais il n'était pas question que j'en parle.

Maintenant chaque fois que j'aborde le sujet, il se fâche et j'ai peur de lui. La dernière fois, il était tellement en colère qu'il a défoncé le mur avec son poing. Je pense que maintenant j'en ai fait mon deuil.

Aujourd'hui, je pense tellement à maman et à son éternelle guenille! Denis n'endure pas que les choses soient déplacées à la maison, qu'il y ait de la poussière sur les meubles, tout doit être rangé et propre, et les garçons aussi... C'est d'ailleurs pour ça que je reste à la maison pendant que lui, il travaille.

Est-ce que c'est ça le bonheur?

Je me rends compte que j'ai peur de Denis, de ses réactions, de son silence menaçant, de ses crises de jalousie. Je me demande parfois pourquoi je ne le quitte pas. Mais je l'aime et il est un très bon père avec les garçons. Il fait beaucoup d'activités avec eux, la fin de semaine il les amène faire du sport et manger chez McDo. La semaine, c'est moi qui m'occupe des devoirs et de la discipline, c'est mon travail. Je me sentrais très coupable de séparer les enfants de leur père. Je n'ai pas vraiment le droit de penser à moi. J'aurais honte de moi en tant que mère, donc, j'endure et je subis, comme ma mère qui me dit souvent : « Ton père n'a jamais été un cadeau, les hommes sont comme ça. Je ne suis pas morte, moi. Reste avec ton Denis, t'as une belle maison, de l'argent, t'as de beaux enfants et t'es pas battue. » Je me sens seule, vraiment seule...

Annie



CONFLIT, COLÈRE, AGRESSIVITÉ : NON SYNONYME DE VIOLENCE!

Certaines notions sont trop souvent confondues avec la violence conjugale. Ce sont notamment le conflit, la colère et l'agressivité.

Un **conflit** est une opposition d'intérêts, d'opinions ou de valeurs entre deux ou plusieurs personnes. Il est normal de ne pas toujours être d'accord. Bien géré, un conflit sera résolu sans violence par la négociation, le compromis ou la médiation.

Ni bonne, ni mauvaise, la **colère** est une émotion normale et inévitable. C'est ce qu'on en fait qui importe. En effet, mal maîtrisée, elle peut servir de prétexte à la violence. Bien maîtrisée, l'expression de la colère fait partie des composantes de l'affirmation de soi, au même titre que la reconnaissance de ses besoins et de ses limites.

L'**agressivité** est une pulsion fondamentale qui permet de survivre. Mal utilisée, elle peut être destructrice, entraîner des manifestations de violence envers les autres ou envers soi-même. En revanche, bien utilisée, l'agressivité peut générer une énergie constructive, comme dans le cas d'un athlète qui se sert de cette énergie pour se surpasser.

La **violence** est un ensemble d'attitudes, de propos, de comportements pour dévaloriser, dominer, apeurer, blesser psychologiquement ou physiquement une autre personne.

DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONJUGALE

La définition retenue est celle de la *Politique interministérielle d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Cette politique a été entérinée par plusieurs ministères québécois en 1995 et en 2004.

« La violence conjugale 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. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. »

Gouvernement du Québec, 1995, p. 23.

Le gouvernement du Québec fonde sa politique sur neuf principes directeurs

1. La société doit refuser toute forme de violence et la dénoncer.
2. La société doit promouvoir le respect des personnes et de leurs différences.
3. L'élimination de la violence conjugale repose d'abord sur des rapports d'égalité entre les sexes.
4. La violence conjugale est criminelle.
5. La violence conjugale est un moyen choisi pour dominer une autre personne et affirmer son pouvoir sur elle.
6. La sécurité et la protection des femmes victimes et des enfants ont priorité en matière d'intervention.
7. Toute intervention auprès des victimes doit être basée sur le respect de leur autonomie et reposer sur leur capacité à reprendre le contrôle sur leur vie.
8. Toute intervention doit tenir compte des effets de la violence conjugale sur les enfants et viser à les atténuer.
9. Les agresseurs sont responsables de leurs comportements violents; l'intervention doit viser à leur faire reconnaître leur responsabilité par rapport à leur violence et à l'assumer.

FORMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Même violence : plusieurs visages

Comparée à d'autres formes de violence, la violence conjugale est très particulière. D'abord, elle ne surgit pas au hasard, entre étrangers, mais s'exerce toujours dans le contexte d'une relation privilégiée. Elle implique toutes sortes de moyens que l'homme utilise pour dominer sa conjointe ou pour l'obliger à lui obéir. À une extrémité, il y a la menace. À l'autre, il y a la mort. Entre les deux, le conjoint a des comportements variés depuis les coups superficiels jusqu'aux blessures graves en passant par l'agression sexuelle, la violence psychologique et le viol. Enfin, la violence conjugale se définit par sa constance et par la répétition de son cycle. Les comportements violents se multiplient et, des deux conjoints, c'est habituellement la femme qui voit son intégrité physique et psychologique atteinte.

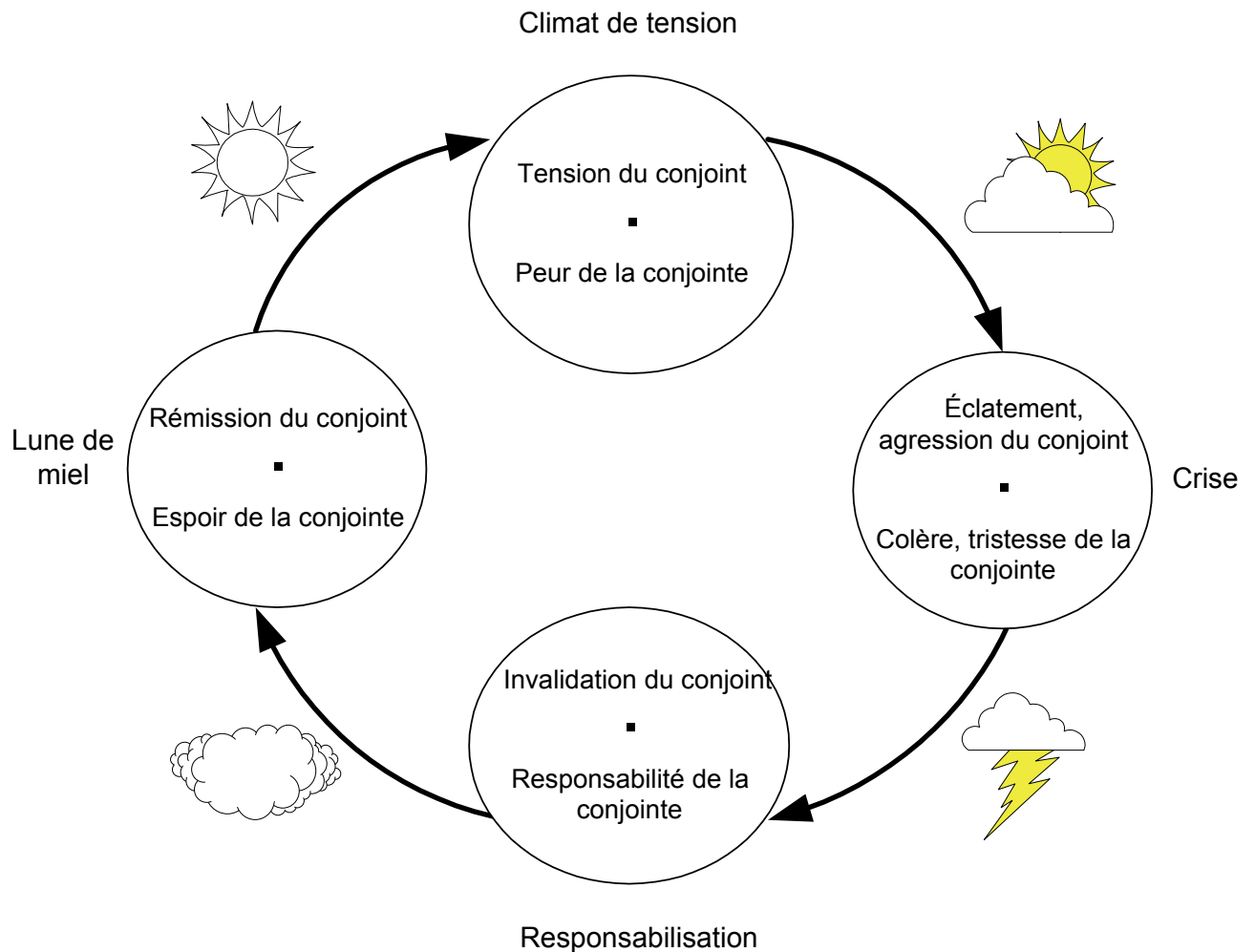
Principales formes de violence conjugale

- **Psychologique** : la plus invisible, tant pour la femme que pour son entourage, mais tout aussi destructrice. Elle vise à contrôler la personne dans toutes les sphères de sa vie. L'homme peut, par exemple, contrôler les sorties, les fréquentations de sa femme ou s'attaquer aux zones de vulnérabilité de celle-ci. Cette forme de violence prive la femme de son identité et la détruit petit à petit. Le conjoint peut également briser des objets qui ont une valeur pour elle, frapper ou blesser l'animal domestique, ce qui lui fait craindre qu'il puisse éventuellement s'attaquer à elle ou aux enfants.
- **Économique** : elle vise à brimer l'autonomie de la femme, à contrôler ou à s'approprier son argent.
- **Spirituelle** : ce type de violence empêche les pratiques spirituelles ou religieuses personnelles, ridiculise les croyances, force l'adhésion à des pratiques religieuses et même à des rituels extrêmes.
- **Verbale** : cette violence est entendue par la femme et l'entourage et accompagne toutes les autres. Elle est la plus banalisée, elle a pour but d'intimider la conjointe, de lui faire peur pour la dominer.
- **Sexuelle** : la plus taboue, la plus cachée, elle vise à dénigrer l'image corporelle de la femme, à obliger la femme à s'adonner à des pratiques sexuelles non désirées ou dégradantes, à la blesser au cours d'une relation sexuelle ou à la violer.
- **Physique** : la plus évidente, la plus connue, la plus médiatisée : coups, blessures, morsures, tentatives d'étranglement, etc.

VIOLENCE CONJUGALE : UN CYCLE INFERNAL

Le cycle de la violence conjugale est un cercle vicieux comprenant quatre phases : tension, agression, responsabilisation et espoir appelée aussi « lune de miel »⁴.

LE CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE



⁴ Inspiré du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour mères victimes de violence conjugale (1993)

TABLEAU IV
RÉACTIONS POSSIBLES DE L'HOMME ET DE LA FEMME
SELON LES PHASES DU CYCLE⁵

PHASE DU CYCLE DE VIOLENCE	RÉACTIONS...	
	...DE L'HOMME AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS	...DE LA FEMME VICTIME DE VIOLENCE
TENSION (monte graduellement)	L'homme peut faire des menaces, crier, garder le silence, s'absenter, etc. Il exprime ses contrariétés, ses frustrations, ses insatisfactions.	La femme craint de plus en plus son conjoint, elle a peur de bouger. Elle peut même avoir peur qu'il l'assassine. Graduellement, elle se centre sur les besoins du conjoint tout en se décentrant d'elle-même.
CRISE, AGRESSION (phase généralement plus courte que la première)	L'homme passe à l'acte de violence, qu'elle soit physique, psychologique ou autre. Une raison banale déclenchera la crise. Il prend le contrôle, il ne le perd pas.	La femme éprouve de la peur, de la colère ou de la tristesse et souvent, une impression de cul-de-sac. À cette étape, il lui arrive de chercher de l'aide.
RESPONSABILISATION	L'homme cherche à se déresponsabiliser de ses comportements violents. Il minimise la violence. Toutes les excuses sont bonnes : l'alcool, les drogues, le stress, les médicaments. Il va même jusqu'à rendre responsable sa conjointe qui, selon lui, l'a provoqué.	La femme, dans certains cas, peut se sentir responsable de la violence de son conjoint. Avec le temps, elle finit par croire qu'elle est responsable, elle se sent coupable, se dénigre. Elle trouve des excuses à l'extérieur de son couple.
LUNE DE MIEL, ESPOIR	L'homme manifeste du regret, s'excuse, promet qu'il ne recommencera plus. Il est gentil et généreux avec sa conjointe. D'une crise à l'autre, il ajoute un élément nouveau pour alimenter l'espoir de la conjointe. Mais...	La femme se sent aimée et appréciée, s'accroche à la relation. Elle n'envisage pas la rupture du couple. Elle reprend espoir et développe une tolérance à la violence. Mais...
ce n'est que partie remise, la tension se réinstalle et le cycle recommence.		

⁵ Adaptation de Confédération des syndicats nationaux (1994). *Mettre fin à la violence contre les mères*, p. 17.

CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Toutes les femmes vivant dans un contexte de violence conjugale souffrent de cette situation : « Ça fait très mal de voir quelqu'un qu'on aime devenir son agresseur. » Les conséquences de la violence conjugale limitent l'épanouissement des femmes en attaquant leur santé physique et mentale, en portant atteinte à leur autonomie personnelle et financière, ce qui peut se répercuter sur leur carrière.

Selon des données d'un rapport produit par le gouvernement du Québec (1995), le quart des patientes en obstétrique subiraient la violence de leur conjoint. De plus, ces données informent que la violence exercée contre la mère peut influencer sur les soins prodigués aux enfants et sur leur sécurité.

TABLEAU V
CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE CONJUGALE SUR LES FEMMES

RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES	RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES	RÉACTIONS PHYSIQUES
▪ Crainte ▪ Ambivalence ▪ Blâme personnel ▪ Colère exprimée ou non ▪ Culpabilité ▪ Déception ▪ Honte ▪ Impuissance ▪ Peur ▪ Résignation ▪ Tristesse ▪ Isolement ▪ Désespoir	▪ Anxiété, attaques de panique ▪ Fuite dans l'alcool, les drogues ou les médicaments ▪ Manque de confiance en soi ▪ Perte d'estime de soi ▪ Perte de sécurité ▪ État dépressif ▪ Repli sur soi ▪ Stress ▪ Dépression ▪ Utilisation de la violence pour se protéger ▪ Réactions ou symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ▪ Tentatives ou idéations suicidaires	▪ Étourdissements ▪ Perte d'appétit ▪ Fatigue générale ▪ Maux de tête, migraines ▪ Palpitations ▪ Perte de mémoire ▪ Troubles du sommeil, souvenirs envahissants, rêves récurrents ▪ Ulcères d'estomac, troubles gastriques ▪ Problèmes gynécologiques et obstétriques (maladies transmises sexuellement, grossesse non désirée, fausse couche etc.) ▪ Blessures physiques (ecchymoses, commotions brûlures, fractures, contusions, etc.) ▪ Décès

AMPLEUR DU PROBLÈME DE LA VIOLENCE CONJUGALE

- Un pourcentage de 29 % des Canadiennes sont victimes de violence physique ou sexuelle de la part de conjoint (Rodgers, 1994; Suderman et Jaffe, 1999);
- un total de 25 % des Québécoises ont affirmé avoir subi un acte de violence physique ou sexuelle depuis l'âge de 16 ans de la part d'un conjoint actuel ou d'un conjoint précédent (gouvernement du Québec, 1995);
- le quart des patientes en obstétrique subirait la violence de leur conjoint (gouvernement du Québec, 1995);
- chez 40 % des femmes maltraitées pendant leur grossesse, la violence a commencé quand elles étaient enceintes (Statistique Canada 1993a; Rogers, 1994; Johnson, 1996);
- selon Statistique Canada, 100 Canadiennes en moyenne sont assassinées chaque année par leur partenaire masculin (gouvernement du Québec, 1995);
- de 11 % à 23 % des enfants canadiens seraient témoins chez eux de divers actes de violence envers leur mère; une estimation prudente permet de dire que, dans chaque salle de classe, deux à six enfants ont été témoins chez eux d'une forme quelconque de violence envers leur mère au cours de l'année (Suderman et Jaffe, 1999);
- les trois quarts des hommes qui maltraitent leur conjointe ont été exposés à des actes de violence entre leurs parents durant leur enfance (Wolfe, 1999).

Difficultés liées à la reconnaissance de cas⁶

Les principales difficultés liées à la reconnaissance de la problématique de la violence conjugale, de même que des répercussions qu'elles entraînent sur la reconnaissance des cas d'enfants exposés à cette dernière, sont présentées ci-dessous.

Sur le plan social



Jusqu'à tout récemment, la violence conjugale était considérée comme un **phénomène privé** faisant partie des rapports entre certains adultes. La violence conjugale demeure un sujet tabou pour les victimes et les enfants qui y sont exposés, tout comme pour les personnes qui en sont témoins, ce qui ne facilite pas sa reconnaissance. Dans certaines situations, la langue, la culture et la religion peuvent augmenter les difficultés.

Sur le plan de la famille

Pour des raisons différentes, l'agresseur et les victimes (mères et enfants) utilisent de **nombreuses stratégies afin de camoufler la violence conjugale**. Pour bien comprendre cette situation, il importe de se référer au cycle de la violence conjugale et de se centrer davantage sur les justifications intégrées par les victimes et leur entourage.



⁶ Inspiré de : Gouvernement du Québec (1995); Isabelle Côté, document inédit (novembre 2000); McGee, (1997).

Les femmes victimes de violence conjugale et les enfants qui y sont exposés **vivent souvent dans le secret, la crainte et la peur**. Il leur est donc difficile de parler de la situation qui existe à la maison.

Si les enfants sont interrogés, il pourrait être difficile d'obtenir leurs confidences. Les enfants peuvent être perplexes, penser qu'ils exagèrent ce qui se passe réellement, vivre un conflit de loyauté ou avoir peur des représailles. En ce qui concerne les adolescents, certains croiront même que cela ne les regarde pas.

Les mères victimes de violence conjugale **ne parleront pas spontanément ni ouvertement** de la violence qu'elles subissent pour plusieurs raisons :

- elles vivent dans la peur de leur partenaire, elles craignent des représailles pour elles ou pour les enfants si l'homme apprend qu'elles ont dévoilé la situation;
- l'emprise psychologique du partenaire violent est très forte et peut amener certaines femmes à croire, comme leur partenaire l'affirme, qu'elles provoquent sa violence;
- plusieurs femmes violentées ne se considèrent pas elles-mêmes comme étant victimes de violence conjugale;
- les femmes hésitent aussi à se confier par peur d'être jugées, d'être incomprises ou d'être poussées à quitter leur conjoint;
- certaines femmes ont peur de briser la famille, peur de perturber les enfants, peur des réactions de la famille élargie, etc.

De manière générale, les pères ou les conjoints ont une grande difficulté à admettre leurs comportements violents et à endurer tout type d'ingérence dans leur vie privée. Il est donc peu probable que les intervenants puissent obtenir d'eux des informations concernant le vécu de leurs enfants ou de ceux de leurs conjointes.

NON SPÉCIFICITÉ DES SIGNES LIÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

Les conséquences de la violence conjugale laissent des traces, parfois physiques et souvent psychologiques, chez les victimes (mères et enfants). Cependant, **plusieurs de ces signes ne sont pas exclusifs à la violence conjugale** et peuvent être associés à d'autres types de problèmes.

DIFFICULTÉ D'ABORDER LA QUESTION DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Les intervenants ne se sentent généralement **pas très bien outillés** pour aborder le sujet délicat de la violence conjugale, et ce, autant avec les mères qu'avec leurs enfants :

- en ignorant la possibilité qu'une situation de violence conjugale puisse exister, les conséquences de cette violence risquent de devenir de plus en plus importantes autant pour les femmes que pour les enfants;
- certains minimisent l'impact de la violence sur les enfants lorsqu'ils n'ont pas été directement violentés;
- plusieurs intervenants sont mal à l'aise de dénoncer les cas de violence conjugale, ils se sentent souvent impuissants par rapport aux suites à donner.

INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Avant le dévoilement

Si l'infirmière a des soupçons :

Observer la femme, son conjoint et ses enfants afin de trouver les indicateurs de violence conjugale⁷ :

- mettre en place des conditions favorables au dévoilement;

Lors du dévoilement

Poser quelques questions pour cerner les cas de violence conjugale⁸.

Créer un climat de confiance :

- respecter le rythme de la femme lors du dévoilement.

Recevoir ses confidences⁹ :

- l'encourager à parler de ce qu'elle vit;
- l'encourager à exprimer ses émotions;
- l'aider à dénoncer la violence sous toutes ses formes.

L'amener à assurer sa sécurité et celle de ses enfants :

- l'aider à planifier des mesures de sécurité¹⁰.

L'amener à briser son isolement :

- l'aider à trouver des personnes qui peuvent la soutenir et l'encourager à se joindre à un groupe de soutien.

L'amener à consulter, pour elle et pour ses enfants, des ressources pour assurer un suivi :

- l'encourager à poursuivre une démarche d'aide pour elle et pour ses enfants et la soutenir en fonction de ses besoins.

QUE FAIRE QUAND LA MÈRE NIE ÊTRE VICTIME DE VIOLENCE CONJUGALE?

- Maintenir le lien de confiance;
- poursuivre l'observation des signes;
- si nécessaire, signaler le cas à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

⁷ Annexe 1 : Les indicateurs de violence conjugale

⁸ Annexe 2 : Exemples de questions pour l'identification de cas

⁹ Annexe 3 : Scénario de protection

¹⁰ Annexe 4 : Liste des ressources

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS POUR FAVORISER UNE MEILLEURE INTERVENTION

Être à l'écoute de la femme victime

Comme les femmes victimes de violence vivent des sentiments de honte et de culpabilité, il est souvent difficile pour elles de s'ouvrir au sujet de leur vécu. L'intervenant doit donc se mettre à leur écoute et respecter leur rythme.

Favoriser l'expression des émotions

La femme victime vit des émotions intenses liées au cycle de la violence. Il est important de savoir l'écouter sans la juger tout en respectant le rythme de ses confidences.

Affirmer que le conjoint est responsable de ses comportements

Il faut éviter d'excuser le conjoint violent en blâmant ou en culpabilisant la femme ou l'enfant ni accepter que l'enfant ou la mère s'accorde une part de responsabilité quant à la violence subie.

Condamner le comportement violent non la personne

La mère ou l'enfant peuvent éprouver de l'amour envers cette personne. Ils veulent que la violence cesse, mais pas nécessairement que la famille éclate. L'intervenant doit rejeter le geste de violence et non la personne.

Respecter les choix de la femme victime

D'une part, il faut éviter de dicter ses choix à partir de sa conception personnelle de la vie de couple. Une invitation à la compréhension et à la patience ou à nourrir un espoir de changement de comportement de la part de l'agresseur ne fera que prolonger le cycle de la violence. D'autre part, mettre de la pression pour que la femme quitte son conjoint peut compromettre sa sécurité et celle de ses enfants en minimisant le problème de violence conjugale et le niveau de dangerosité. Lorsqu'il y a reprise de vie commune avec le conjoint violent ou de contacts entre le père et l'enfant, il faut faire confiance aux choix de la femme victime. Elle est l'experte de sa situation et ce choix est peut-être une façon de se protéger. Il faut continuer de soutenir la femme.

Soutenir la femme dans son rôle de mère

La mère peut avoir eu des comportements inadéquats envers ses enfants. Ces comportements sont souvent une conséquence de la violence conjugale subie. Les chercheurs et praticiens ont souligné que les femmes violentées ne sont pas de mauvaises mères, comme on pourrait le croire. Dans la plupart des cas, ces femmes ont réussi à survivre à la violence conjugale et ont besoin de soutien pour gérer les conséquences attribuables à cette violence, tant pour elles que pour leurs enfants.

Assurer la sécurité de la femme et de ses enfants

La sécurité de la mère et des enfants est une priorité de l'intervention en violence conjugale. On peut recommander à la femme de se rendre dans une maison d'hébergement et la soutenir dans ses démarches.

Encourager la mère à poursuivre une démarche d'aide personnelle

En raison du rapport de domination au sein du couple quand il y a violence conjugale, il faut éviter de suggérer une thérapie de couple.

Travailler en collaboration avec les autres ressources

Il est aussi à éviter de se situer comme expert de la situation et garder l'exclusivité de l'intervention. La collaboration et la concertation sont dans l'intérêt de la femme victime.

*Tiré de : La violence conjugale envers les femmes
dans le contexte d'intervention en périnatalité
par Louise Arsenault, Christiane Lampron et*

France Paradis, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, février 2008.

13. POINTS DE PRESSION, MASSAGE, RESPIRATION ET RELAXATION

Lors de cette rencontre, c'est une belle occasion pour pratiquer avec les participants des massages de relaxation aux endroits suivants du corps : les épaules, les mains ou tout le long de la colonne vertébrale.

Des points de pression au niveau lombaire ou sacrée ou des points de réflexologie.

Une explication de la respiration et de la relaxation : leurs effets bénéfiques pour la femme et le fœtus, ainsi que pour la population en général.

ANNEXE 1

LES INDICATEURS DE VIOLENCE CONJUGALE

	FEMME	ENFANT EXPOSÉ	CONJOINT AU COMPORTEMENT VIOLENT
TRAUMATISMES	- Blessures (tête, tympan, visage, cou, thorax, sein, abdomen, parties génitales) - Traumatismes répétés - Lésions non conformes à un accident (strangulation, brûlure, morsure, etc.)	- Blessures à des tissus mous ou osseux (fractures du crâne, luxations) - Blessures anciennes et récentes - Morsures, brûlures - Gravité des blessures augmentant à chaque visite	Traces indiquant que la victime s'est défendue (coup de griffe au visage, blessures aux mains)
PROBLÈMES PHYSIQUES	- Problèmes de santé reliés au stress (hyperventilation, céphalées, insomnie, troubles digestifs fonctionnels, douleurs gynécologiques ou abdominales vagues, maux de dos) - Avortement ou menace d'avortement	- Mauvaise résistance à la maladie (affections ou rhumes fréquents) - Insuffisance pondérale pour son âge - Anémie - Grossesse à l'adolescence - Maladies psychosomatiques (douleurs abdominales)	
INDICATEURS PSYCHOLOGIQUES	- Faible estime de soi - Dépression, anxiété, tentatives suicidaires - Usage de tranquillisants, de drogue, d'alcool - Repli sur soi - État d'alerte - Regard fuyant - Passé de violence comme témoin ou victime - Sentiment de culpabilité - Intégration des stéréotypes sexuels	- Peu d'amour propre - Dépression, tentatives suicidaires - Usage de drogues, d'alcool - Repli sur soi (surtout chez les filles) - Comportement agressif, destructeur, violent (chez les garçons) - Parle mal, difficultés d'apprentissage - Paraît anormalement mûr pour son âge - Se croit fautif	- Fort sentiment d'insécurité, difficulté d'affirmation - Stress - Dépression, menaces suicidaires - Usage excessif de drogues et d'alcool - Difficulté d'expression des émotions, sauf la colère - Passé de violence comme témoin ou victime - Tendance à blâmer les autres - Laisse deviner qu'il se conduit d'une façon brusque avec les enfants et la conjointe - Intégration des stéréotypes sexuels - Consommation de pornographie
ATTITUDE RELATIONNELLE AVEC LE MÉDECIN	- Discordance entre les blessures et les faits relatés par la patiente - Délai de consultation inexplicable - Consultations répétées auprès de plusieurs médecins - Plaintes vagues, réponses vagues	- Discordance entre les blessures et les faits relatés par l'enfant ou par le parent - Montre de l'attachement excessif pour la personne soignante - Enfant secret	- Tendance à minimiser les blessures ou à les nier - Attitude menaçante - Pose des questions voilées - Insistance pour rester près de sa conjointe - Réponse donnée aux questions à la place de sa conjointe - Surprotecteur par rapport à sa conjointe en consultation
ATTITUDE RELATIONNELLE AVEC LE CONJOINT (OU LES PARENTS)	- Crainte du conjoint, le consulte avant de répondre, se fait discrète, silencieuse en sa présence - Défense de son conjoint	- Peur quand on évoque le parent - Crainte des représailles	- Attitude menaçante ou grande familiarité - Exigeant pour sa conjointe - Contrôlant - Jalousie excessive
INDICATEURS CIRCONSTANCIELS	- Isolement - Problèmes avec les enfants (santé, apprentissage) - Dépendance économique	- Fait des fugues - Changements dans les résultats scolaires	- Chômage, difficultés économiques - Situation de rupture de couple - Casier judiciaire

ANNEXE 2

EXEMPLES DE QUESTIONS POUR L'IDENTIFICATION DE CAS EN VIOLENCE CONJUGALE

On peut aider la femme à parler de son vécu en lui posant des questions. Toutefois, on ne sait pas très bien si une approche directe ou indirecte est préférable. Quelques auteurs proposent de commencer par des questions directes et de passer à des questions indirectes au besoin, tandis que d'autres croient qu'il est préférable de commencer par des questions indirectes.

Voici quelques exemples de questions **indirectes** :

- Toutes les familles vivent des conflits, comment vous y prenez-vous, vous et votre partenaire, pour régler les conflits?
- Qu'arrive-t-il quand vous ou votre partenaire êtes en colère?
- Vous avez mentionné que votre partenaire consomme de l'alcool : comment agit-il quand il a pris un verre de trop?

Voici quelques exemples de questions **directes** :

- Vivez-vous un climat de tension à la maison?
- Avez-vous l'impression d'être contrôlée par votre conjoint?
- Vous sentez-vous en sécurité à la maison?
- Avez-vous peur des comportements de votre partenaire?
- Est-ce qu'il vous méprise, dénigre ou menace?
- Est-ce qu'il vous a frappé?

Il est important de se rappeler que les femmes victimes de violence conjugale qui réussissent à s'en sortir disent qu'elles auraient apprécié que quelqu'un leur demande si elles étaient contrôlées, rabaissées, humiliées ou frappées par leur partenaire. Elles disent que cela les aurait aidées à s'en sortir plus tôt et ainsi éviter que la situation ne se détériore encore plus. Il faut se rappeler l'importance de respecter le rythme de la mère tout au long du dévoilement en étant à son écoute.

ANNEXE 3

SCÉNARIO DE PROTECTION POUR LA FEMME

Déterminer les facteurs entourant et déclenchant habituellement les scènes de violence

- Faire avec la femme un inventaire des moyens, stratégies, ressources, aménagements, tactiques, comportements pouvant augmenter sa sécurité.

« Vous sentez-vous en sécurité? »
« Comment comptez-vous vous protéger, car vous êtes en danger? »
- Anticiper avec elle certaines situations et prévoir à l'avance les réactions possibles. Cela diminue les risques de paralysie de la femme et lui permet de prendre conscience qu'elle a du pouvoir malgré la violence qu'elle subit. Elle augmente ainsi ses capacités à se défendre et à protéger ses enfants.

« Voulez-vous que nous regardions des moyens à prendre pour augmenter votre sécurité et celle de vos enfants? »
« Nommez-moi les situations où vous vous sentez menacée. »
« Qu'est-ce que vous pourriez faire par rapport à ces situations pour vous sentir mieux? »
« Vous pouvez téléphoner à une maison d'hébergement à toute heure. »
L'intervenant peut lui donner le numéro de téléphone de la maison.
- L'aider à faire un scénario de protection pour son enfant ou lui faire part de celui fait avec son enfant.

« Que peut faire votre enfant pour se protéger? Pouvez-vous l'aider en ce sens? »
« Il est important que vous disiez à votre enfant qu'il n'est pas responsable de la violence ni de vous protéger. Il doit seulement assurer sa propre sécurité. »

SI VOUS SUBISSEZ DE LA VIOLENCE

Brisez le silence :

- Parlez de votre situation avec une personne en qui vous avez confiance et qui vous croira : ami, voisin, membre de votre famille, intervenant du CSSS ou d'une maison d'hébergement, médecin, infirmière.

Brisez l'isolement :

- Gardez contact avec votre entourage.
- Augmentez votre cercle d'amis et de contacts.
- Participez à des activités extérieures.

Cernez les quatre phases du cycle de la violence :

- Repérez les signes avant-coureurs d'une crise dans votre couple ou d'une agression afin de réagir à temps.
- Définissez les facteurs entourant et déclenchant habituellement les scènes de violence.

Informez vos enfants des mesures à prendre en cas d'incident violent et assurez-vous de leur collaboration :

- Appeler la police ou le 9-1-1.
- Partir de la maison.
- Vous réfugier chez un voisin.

Entendez-vous avec un voisin :

- Convenez d'un code d'appel à l'aide afin qu'il puisse alerter la police.
- Convenez que vos enfants se réfugieront chez lui en cas de crise.
- Prévoyez le nécessaire en cas de départ précipité.

Planifiez une évacuation rapide

IMPORTANT :

Ne retournez pas seule à votre domicile pour récupérer des papiers ou des effets personnels. La police peut vous y accompagner.

SI VOUS PENSEZ PARTIR

- Déterminez un lieu de refuge sécuritaire (maison d'hébergement, famille, ami).
- Gardez assez d'argent pour au moins payer un taxi.
- Préparez discrètement le contenu d'un **sac de départ**, soit :
 - ☐ vos cartes d'assurance sociale et d'assurance maladie et celles de vos enfants;
 - ☐ les carnets de santé et de vaccination des enfants;
 - ☐ votre permis de conduire;
 - ☐ les actes de naissance de tous les membres de la famille;
 - ☐ votre contrat ou certificat de mariage;
 - ☐ votre passeport et ceux de vos enfants ou preuve de résidence;
 - ☐ le bail ou contrat d'achat de la maison, comptes de taxes et évaluations municipales;
 - ☐ tout contrat d'emprunt;
 - ☐ vos livrets de banque (votre compte et celui du compte conjoint, s'il y a lieu);
 - ☐ les preuves d'assurances à votre nom et à celui des enfants;
 - ☐ vos déclarations de revenus;
 - ☐ votre testament;
 - ☐ vos reçus ou une liste des biens que vous avez achetés, acquis par contrat, par donation ou par testament;
 - ☐ vos diplômes, droit de pratique, cartes de compétences;
 - ☐ une liste des numéros de téléphone importants.

Photocopiez tous ces documents et remettez-les à une personne de confiance ou déposez-les en lieu sûr.

Pensez aussi à apporter :

- ☐ un double des clés de la maison et de l'automobile;
- ☐ les médicaments pris régulièrement et les ordonnances;
- ☐ quelques vêtements faciles à emporter;
- ☐ le jouet préféré de chaque enfant;
- ☐ vos bijoux et objets de valeur.

ANNEXE 4

LISTE DES RESSOURCES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE VIOLENCE CONJUGALE

ORGANISME	TÉLÉPHONE
CSSS : Centre de santé et de services sociaux	
Programme Famille-Enfance-Jeunesse	
Soutien, intervention individuelle et de groupe auprès des enfants et de leurs parents	
CSSS de la Vieille-Capitale	
▪ CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier (Groupe EEVC projet pilote)	418 529-2572
▪ CLSC Haute-Ville	418 641-2572
▪ CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (Groupe EEVC)	418 651-2572
CSSS de Québec-Nord	
▪ CLSC de la Jacques-Cartier	418 843-3001
▪ CLSC Orléans	418 663-2572
▪ Beauport	418 827-5241
▪ Sainte-Anne-de-Beaupré	418 828-2241
▪ Île-d'Orléans	
▪ CLSC La Source	418 628-2572
▪ Charlesbourg	418 849-2572
▪ Notre-Dame-des-Laurentides	
CSSS de Portneuf	
▪ CLSC Donnacona	418 285-2626
▪ CLSC Pont-Rouge	418 873-6062
▪ CLSC Saint-Marc-des-Carières	418 268-3571
▪ CLSC Saint-Raymond	418 337-4611
CSSS de Charlevoix	
▪ CLSC Baie-Sainte-Catherine	418 237-4272
▪ CLSC Baie-Saint-Paul	418 435-5475
▪ CLSC Isle-aux-Coudres	418 438-2788
▪ CLSC La Malbaie	418 665-6413
▪ CLSC Saint-Siméon	418 638-2369

CRISE

Centre jeunesse de Québec – Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Service d'information – Signalement – Urgence sociale

Jour
418 661-6951
Soir
418 661-3700
1 800 463-4834

Région de la Capitale-Nationale

Police

911

Centre de crise de Québec Inc.

Écoute téléphonique, intervention

418 688-4240

MAISONS D'HÉBERGEMENT ET TRANSITION

(Pour femmes et enfants aux prises avec la violence conjugale ou en difficulté)

Jonction pour elle, Lévis

Intervention individuelle et de groupe – Accompagnements
Suivi après hébergement

418 833-8002

La Maison du Cœur pour femmes

Aide – Écoute et accueil pour femmes et enfants (3-17 ans)
Intervention individuelle et de groupe

418 841-0011

La Maison MIREPI, Portneuf

Intervention – Écoute téléphonique – Hébergement

418 337-4811

Maison des femmes de Québec

Hébergement – Intervention – Accompagnement – Information

418 522-0042

Maison pour femmes immigrantes, Québec

Accueil – Intervention individuelle et de groupe – Service d'interprète –
Hébergement – Suivi en externe post-hébergement pour femmes et enfants

418 652-9761

Maison Kinsmen Marie-Rollet, Québec

Suivi en externe post-hébergement pour femmes et enfants
Intervention auprès des femmes avec ou sans enfants

418 688-9024

Maison La Montée, Charlevoix

Écoute téléphonique – Entrevue en externe –
Interventions individuelles et de groupe

418 665-4694

Maison Hélène Lacroix, Québec

Intervention individuelle et de groupe auprès des femmes
Suivi en externe post-hébergement pour les femmes

418 527-4682

S.O.S. Violence conjugale

Accueil – Écoute (24 heures) – Orientation – Activités – Évaluation en vue
d'hébergement ou d'écoute

1 800 363-9010

Violence-Info

Écoute téléphonique – Suivi individuel et de groupe

418 667-8770

GAPI (Groupe d'aide pour les personnes impulsives), Québec

Service pour conjoints violents

418 529-3446

SHIC (Service pour hommes impulsifs et colériques), La Malbaie, Charlevoix Service pour hommes et adolescents (14 à 17 ans) violents	418 665-3477
Centre de prévention du suicide, Québec	1 866 APPELLE 1 866 277-3553
Viol Secours (Mouvement contre le viol) Centre d'aide pour femmes et adolescentes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et l'adolescence – Suivi à court et moyen terme – Ligne d'urgence 24 heures – Intervention téléphonique – Accompagnement médico-légal (24 heures)	418 522-2120
CALACS (Centre d'aide local en matière d'agression à caractère sexuel) CALAC de Charlevoix, La Malbaie	418 665-2999
ENFANCE	
Parcours d'enfants Service d'aide multiprofessionnel pour enfants et adolescents	418 653-5318 1 866 598-9655
Entraide jeunesse Activités de soutien et de prévention s'adressant aux jeunes de 12 à 25 ans	418 649-9705
Ligne Parents Ligne d'intervention pour les parents qui ont des difficultés avec des jeunes de moins de 20 ans	1 800 361-5085
Entraide parent Pour les parents éprouvant des difficultés relationnelles avec leurs enfants – Écoute téléphonique – Groupe d'entraide – Soutien – Information et accompagnement dans l'action éducative	418 684-0050
FAMILLE	
MAISONS DE LA FAMILLE	
Maison de la famille D.A.C., Charlesbourg Croissance personnelle – Volet consultation	418 623-5705
Maison de la famille D.V.S., Limoilou Droits de visite	418 523-0472
Maison de la famille de Québec Écoute téléphonique – Groupe d'entraide pour adultes et pour enfants	418 529-0263
Maison de la famille Louis-Hébert, Sainte-Foy, Sillery Écoute téléphonique – Groupe d'entraide pour adultes – Intervention individuelle, de famille et de couple – Conférences	418 681-0141
Maison de la famille Saint-Ambroise, Loretteville Groupe d'entraide – Consultation – Écoute téléphonique	418 847-1990
Maison de la famille de Charlevoix Groupe d'entraide – Consultation – Écoute téléphonique	418 665-3282
Centre d'amitié autochtone de Québec Activités pour les jeunes et les familles	418 843-5818

RESSOURCES POUR FAMILLES MONOPARENTALES ET RECOMPOSÉES

Carrefour familles monoparentales de Donnacona	1 888 337-3704 418 337-3704
Carrefour familles monoparentales de Charlesbourg	418 623-4509
Centre des familles monoparentales et recomposées de Québec Soutien aux familles monoparentales et recomposées	418 529-0137
Sources Vives, familles monoparentales et recomposées de Beauport Références téléphoniques	418 623-8121

FEMMES

Centre des femmes de Charlevoix (Baie-Saint-Paul)	418 435-5752
Centre Femmes-aux-Plurielles (La Malbaie)	418 665-7459
Centre femmes de la Basse-Ville	418 648-9092
Centre Femmes d'aujourd'hui	418 651-4280
Le collectif « Les Accompagnantes » Service d'accompagnement à l'accouchement	418 688-6039
Groupe « Les Relevailles » Groupe d'entraide post-natale – Accompagnement pour aider les mères – Jumelles bénévoles	418 688-3301

JUSTICE

CAVAC (Centre d'aide pour victimes d'actes criminels) Écoute et information sur le processus judiciaire – Accompagnement en cours avec une approche particulière pour les enfants – Service d'assistance technique pour remplir le formulaire de dédommagement IVAC	418 648-2190
---	--------------

Tiré de : *La violence conjugale envers les femmes
dans le contexte d'intervention en périnatalité*
par Louise Arsenault, Christiane Lampron et

France Paradis, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, février 2008.