



Les **sages-femmes**
reconnaissent et répondent
à la violence familiale

Reconnaître la violence familiale et y répondre

RAPPORT DU SONDAGE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

MAI 2021



Remerciements

Cette recherche a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans le cadre de sa stratégie de soutien aux projets visant à prévenir la violence fondée sur le sexe, et ses répercussions, sous la perspective du milieu de la santé. L'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) et le National Aboriginal Council of Midwives (NACM) sont reconnaissants du soutien de l'ASPC d'avoir rendu ce projet possible.

Ce projet de recherche a été évalué et approuvé par le Community Research Ethics Office.

Table des matières

Résumé des objectifs et de la raison d'être du projet de recherche.....	3
Méthodologie.....	4
L'équipe.....	4
Profil des répondant.e.s.....	5
Résumé des résultats.....	6
Travailler avec des communautés vulnérables.....	6
Reconnaître la violence familiale.....	7
Intervenir en cas de violence familiale.....	9
Attitudes et obstacles face à l'intervention en matière de violence familiale.....	10
Bonnes pratiques et défis.....	13
Apprentissage et participation.....	16
Situations de violence décrites par les répondant.e.s.....	20
Données démographiques.....	23
Quelques points à retenir.....	24
Conclusion.....	25
Tableaux.....	26



Sondage d'évaluation des connaissances : reconnaître la violence familiale et y répondre



Résumé des objectifs et de la raison d'être du projet de recherche

L'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) et le National Aboriginal Council of Midwives (NACM), en partenariat avec l'Université McMaster, amorce un projet de trois ans visant à donner aux sages-femmes non autochtones et autochtones les moyens de reconnaître la maltraitance envers les enfants, la violence conjugale et l'exposition des enfants à celle-ci, et d'y répondre de manière sécuritaire. À travers ce programme, nous visons à toucher des milliers de sages-femmes et leurs clients, avec la possibilité de toucher jusqu'à 18 000 personnes par an. Ce projet est financé par l'Agence de la santé publique du Canada.

L'un des volets de notre programme consiste à adapter des ressources éducatives sur la violence familiale élaborées à l'Université McMaster par une équipe multidisciplinaire de professionnelles et professionnels. La plateforme en ligne [VEGA](#) (Violence, Éléments factuels, Guidance, Action) s'adresse à tous les prestataires de soins de santé et de services sociaux, mais ne s'adresse pas précisément aux sages-femmes.

Le sondage d'évaluation des connaissances avait pour but de mesurer le niveau de connaissance et de compétence actuel des sages-femmes quant à la reconnaissance de la maltraitance envers les enfants et de la violence conjugale et leur capacité d'intervention. Ce sondage a été conçu de manière à relever les lacunes dans les connaissances et les compétences, afin de nous aider à adapter et à développer des ressources qui répondent aux besoins des sages-femmes. Il était accessible en français et en anglais.

Le sondage visait à obtenir l'information suivante :

- Les statistiques démographiques des sages-femmes et étudiant.e.s en pratique sage-femme qui ont répondu au sondage
- Les connaissances actuelles des sages-femmes et étudiant.e.s en pratique sage-femme sur la façon de reconnaître les signes de violence familiale
- L'attitude des sages-femmes en exercice à l'égard de la violence familiale, les obstacles rencontrés lors de leurs interventions et les pratiques utilisées
- La manière dont les sages-femmes en exercice décrivent les bonnes pratiques pour reconnaître la violence familiale et intervenir à cet égard
- Les styles d'apprentissage, les moyens de trouver des ressources et les champs d'intérêt en matière de formation continue



Méthodologie

Le sondage a été envoyé à tous les membres de l'ACSF et de NACM ainsi qu'aux étudiant.e.s des sept programmes de formation en pratique sage-femme existants à cette date, et des cinq programmes de formation communautaire en pratique sage-femme autochtone au Canada. Nous avons rejoint quelque 1 900 sages-femmes et 600 étudiant.e.s au moyen d'infolettres, de listes de diffusion par courriel et de publications sur les médias sociaux. Le taux d'ouverture moyen des courriels contenant un lien vers le sondage était de 47,1 %, et le taux de clics moyen de 14,95 %. Selon la plateforme de marketing par courriel Constant Contact, ces taux sont bien meilleurs que les taux d'ouverture et de clics moyens de 21,07 % et 10,07 % respectivement, pour le secteur à but non lucratif.

Les réponses au sondage ont été recueillies sur SimpleSondage, un outil de collecte de données et d'analyse basé sur l'infonuagique. Les résultats des répondant.e.s non autochtones et autochtones ont été compilés dans un tableau. Les réponses qualitatives ont été analysées pour y relever des thèmes récurrents. Les personnes interrogées ont consenti à être citées dans le rapport de l'enquête.

L'équipe

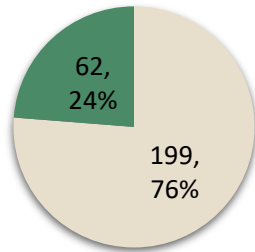
La Chef de projet, application des connaissances (programme de prévention de la violence basée sur le genre), de l'Association canadienne des sages-femmes était la chercheuse principale pour la conception et l'analyse du sondage. Elle a travaillé en collaboration avec la responsable de l'engagement communautaire du National Aboriginal Council of Midwives. D'autres sages-femmes ont été consultées pendant le processus de création du sondage, incluant du personnel de l'ACSF et d'autres sages-femmes qui offrent leurs services à une clientèle touchée de façon disproportionnée par la violence familiale ou qui ont participé à la création des ressources éducatives sur la violence familiale de VEGA.





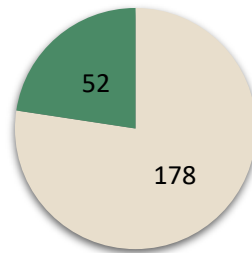
Profil des répondant.e.s

Tout.e.s les répondant.e.s



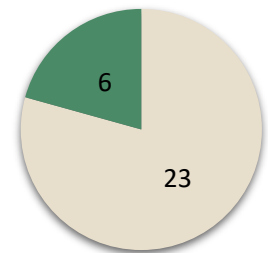
- Sages-femmes, sages-femmes autochtones
- Étudiant.e.s en pratique sage-femme

Répondant.e.s non autochtones



- Sages-femmes, sages-femmes autochtones
- Étudiant.e.s en pratique sage-femme

Répondant.e.s autochtones



- Sages-femmes, sages-femmes autochtones
- Étudiant.e.s en pratique sage-femme

Un échantillon représentatif de sages-femmes, de sages-femmes autochtones¹ et d'étudiant.e.s en pratique sage-femme ont répondu au sondage d'évaluation des connaissances sur la violence familiale. La provenance des personnes interrogées reflète [la représentation géographique](#) des sages-femmes au Canada, le plus grand nombre de réponses provenant de l'Ontario, puis de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Alberta. Des sages-femmes du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, du Nunavik, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon y ont également répondu.

Au total, 395 personnes ont répondu au sondage (soit 16% des membres de l'ACSF), et 261 personnes l'ont complété. De ce nombre, 230 s'identifient comme non autochtones et 29 comme autochtones (communautés des Premières Nations, inuites ou métisses). Le nombre de répondant.e.s autochtones correspond à 17% des membres du NACM. Les taux de réponse du sondage sont similaires à d'autres sondages menés par l'ACSF et NACM, et indiquent un taux de réponse typique pour nos sondages sur des enjeux spécifiques.

Au total, environ trois quarts des répondant.e.s sont des sages-femmes et un quart étaient étudiant.e.s. La répartition est similaire entre les répondant.e.s non autochtones et autochtones.

¹ En Ontario, les sages-femmes autochtones qui offrent des soins aux communautés autochtones sont exemptées de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*. La *Loi sur les sages-femmes de l'Ontario* permet aux sages-femmes autochtones qui offrent des services traditionnels de sage-femme d'utiliser le titre « sage-femme autochtone ».



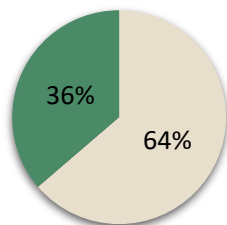
Les 63 étudiant.e.s qui ont rempli le sondage ont reportés être inscrits aux programmes de formation en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières, de l'Université de Colombie-Britannique, de l'Université Ryerson, de l'Université MountRoyal, de l'Université McMaster et de l'Université Laurentienne. Une répondante étudiait auprès du Onkwehonwe Midwives Collective, qui offre un programme de formation communautaire autochtone.

Résumé des résultats

Travailler avec des communautés vulnérables

La plupart des répondant.e.s travaillent avec des personnes qui sont exposées à la violence familiale; les répondant.e.s sont toutefois plus susceptibles de travailler avec des personnes exposées à la violence conjugale qu'à la maltraitance envers les enfants.

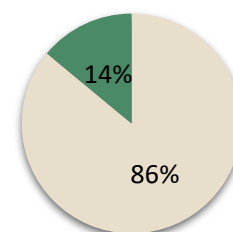
Toutes les répondant.e.s



- Travaillent avec des personnes vulnérables
- Ne travaillent pas avec des personnes vulnérables

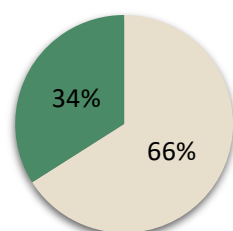
Dans l'ensemble, les sages-femmes et étudiant.e.s autochtones indiquent être plus susceptibles de travailler auprès de personnes exposées à la violence familiale comparativement aux sages-femmes non autochtones.

Répondant.e.s autochtones



- Travaillent avec des personnes vulnérables
- Ne travaillent pas avec des personnes vulnérables

Répondant.e.s non autochtones



- Travaillent avec des personnes vulnérables
- Ne travaillent pas avec des personnes vulnérables



Ventilation des résultats :

- La plupart des répondant.e.s (76,83%, ou 199 sur 259) indiquent prodiguer des soins à une personne qu'ils soupçonne de vivre de la violence conjugale.
 - Ce taux est encore plus élevé chez les répondant.e.s autochtones : 27 répondant.e.s sur 29 (93,10%) ont indiqué fournir des soins à une personne soupçonnée, ou du moins pour qui ils avaient des motifs raisonnables de soupçonner, de vivre de la violence conjugale.

La probabilité de prodiguer des soins à une personne dont on suspecte que les enfants vivent de la maltraitance est beaucoup plus faible que celle de fournir des soins à une personne soupçonnée d'être en situation de violence conjugale.

- 108 répondant.e.s sur 258 (41,55%) indiquent fournir des soins à une personne dont ils soupçonnaient l'enfant d'être maltraité.

Reconnaître la violence familiale

Nous avons cherché à déterminer les aptitudes actuelles des sages-femmes et des étudiant.e.s en pratique sage-femme à reconnaître les signes et symptômes de la violence familiale. Les résultats du sondage montrent que les sages-femmes non autochtones et autochtones et les étudiant.e.s en pratique sage-femme qui ont répondu possèdent une bonne compréhension générale des signes et symptômes de la violence familiale, y compris de la violence conjugale et de la maltraitance envers les enfants. *Voire les tableaux 1 à 3 présentent les réponses au sondage sur les signes et les symptômes.*

Une majorité écrasante des répondant.e.s mentionne les blessures physiques (90,38%) et les perturbations de la santé mentale (96,92%) comme indicateurs de la violence familiale. La douleur chronique est citée par 78,08% de toutes les répondant.e.s. Ces résultats correspondent aux signes et symptômes fondés sur des données probantes dont il est question dans les [ressources de VEGA](#). La douleur chronique peut être attribuable à de nombreuses causes, ce qui pourrait expliquer que moins de répondant.e.s ont nommé ce signe comme un indicateur de la violence familiale.

Un grand nombre de répondant.e.s ont inscrit dans la catégorie « Autre » d'autres indicateurs de la violence conjugale ou de la maltraitance envers les enfants, comme des problèmes de comportement ou des troubles physiques ou psychologiques. En référence aux enfants, les répondant.e.s ont également cité comme indicateur le fait de ne « pas atteindre les seuils de développement. »

En général, les répondant.e.s se sentent plus confiantes en leur capacité à reconnaître les indicateurs de violence conjugale que ceux de la maltraitance envers les enfants.



Il convient de souligner que le grand nombre de commentaires d'ordre qualitatif en lien avec la reconnaissance de la violence familiale démontre à quel point ces indicateurs sont propres au contexte et reposent sur l'évaluation des sages-femmes.

Facteurs de risque

La vaste majorité des 260 répondant.e.s nomment comme facteurs de risque de la violence familiale un lourd fardeau financier ou une perte d'emploi récente (97,69%), la consommation abusive d'alcool ou de drogues (96,92%), un niveau élevé de stress familial (96,15%), une séparation récente (83,08%) et l'expression de normes de genre néfastes (80,77%).

Parmi les facteurs de risque mentionnés dans la catégorie « Autre », des répondant.e.s ont nommé les facteurs socioéconomiques ou en lien avec la communauté et les expériences individuelles, notamment la pauvreté, le statut d'immigration, le racisme, la santé mentale, le handicap, les antécédents de violence familiale, les traumatismes intergénérationnels, les effets de la colonisation et la grossesse.

Quels sont les autres facteurs de risque de la violence familiale?

Selon les répondant.e.s :

Traumatismes/trouble de stress post-traumatique (TSPT). Prise en charge de l'enfant précédant par les services de protection de l'enfance. Situation précaire de logement. Accès limité à la nourriture et aux ressources de base nécessaires au développement. Effets de la colonisation sur les familles autochtones. Ressources limitées dans la réserve.

Famille victime de racisme, membre de la famille vivant avec un handicap et un manque de soutien, membres de la famille en colère.

Pauvreté extrême, non-respect des limites familiales et personnelles, traumatisme intergénérationnel et comportements acquis.





Intervenir en cas de violence familiale

Les sages-femmes sont plus susceptibles de porter attention aux signes et symptômes de la violence conjugale qu'à ceux de l'exposition des enfants à la violence conjugale ou à la maltraitance.

- La plupart des répondant.e.s, ou 226 sur 260 (86,92%), surveillent régulièrement les signes et symptômes de la violence conjugale ou posent des questions à ce sujet. Seules 2 répondant.e.s sur 260 disent *ne pas* surveiller les signes et symptômes.
- En comparaison, 61,24% des répondant.e.s, ou 158 sur 258, indiquent surveiller régulièrement l'exposition des enfants à la violence conjugale ou à la maltraitance.

Les réponses concernant l'utilisation d'un protocole pour la surveillance des signes et symptômes sont réparties ainsi :

- 41,38% (96 sur 232) affirment faire l'usage d'un protocole en particulier
- 47,41% (110 sur 232) affirment ne pas faire l'usage d'un protocole en particulier

Exemples de protocoles utilisés :

- Questions et outils de dépistage lors de la prise des antécédents médicaux pour l'ouverture du dossier. Exemples de formulaires et d'outils de dépistage mentionnés : dossier prénatal provincial; protocole de dépistage universel complet et systématique (*Routine Universal Comprehensive Screening Protocol*); outil de dépistage de la violence envers les femmes (*Women Abuse Screening Tool [WAST]*); protocoles provinciaux.
- Soins qui tiennent compte des traumatismes;
- Mélange de questions directes, de questions ouvertes et de questions fermées (uniformisées) afin de susciter le dialogue;
- Observation de l'apparence et du comportement;
- S'assurer que la cliente est seule;
- Poser des questions à ce sujet au moins deux fois pendant la grossesse.

À quoi ressemble ce protocole ou cette méthode?

Selon les répondant.e.s :

Mise en application de l'outil de dépistage reconnu par la province; utilisation de mon intuition, de mon sens de l'observation et de mon expérience pour compléter le dépistage.

Visites à domicile pour la plupart des rendez-vous (en contexte prénatal et postnatal); observation détaillée des interactions de la famille, instauration d'un lien de confiance en se montrant ouverte et ne posant pas de jugements; attendre d'avoir établi un lien de confiance avant de poser des questions plus intimes, etc.



Lacunes et possibilités

En général, les résultats du sondage suggèrent que les sages-femmes utilisent une approche axée sur la clientèle pour intervenir en matière de violence familiale. La manière d'intervenir dépend de la personne et du contexte propre à sa communauté, et également des connaissances de la sage-femme et des risques pour la sécurité.

Beaucoup ont indiqué utiliser des outils de dépistage comportant des questions uniformisées, et d'autres se servent de leur jugement et de questions ouvertes. Il convient de noter que selon le manuel VEGA sur la violence conjugale: le dépistage universel de la violence conjugale (interroger tout le monde, quels que soient les signes et les symptômes) n'est pas considéré comme un protocole fondé sur des preuves.

La pratique la plus courante est de poser des questions sur les inquiétudes des clients en matière de sécurité. Plusieurs répondant.e.s ont rapporté la difficulté d'évaluer la violence de manière virtuelle.

Par ailleurs, ce ne sont pas toutes les sages-femmes qui ont déclaré surveiller systématiquement les indicateurs de violence familiale. Tel que l'indique le tableau 4, la principale raison de ne pas surveiller les indicateurs de la violence familiale est l'impossibilité de poser des questions au moment de la visite, en raison d'un risque pour la personne prise en charge. Parmi les autres raisons, le fait de ne pas savoir quoi dire ou la peur d'offenser la personne suivie ont été mentionnés.

Les lacunes au niveau des connaissances, les risques pour la sécurité et l'absence d'uniformité dans les protocoles d'intervention en matière de violence familiale représentent une occasion de créer des ressources adressées aux sages-femmes et de la formation professionnelle continue sur les meilleures pratiques, surtout en ce qui a trait à la maltraitance envers les enfants.

Attitudes et obstacles face à l'intervention en matière de violence familiale

Attitudes

Un signe de la complexité de l'exercice de la profession de sage-femme, peu de répondant.e.s se sentent *tout à fait confiantes* en leurs capacités de reconnaître la violence familiale et d'y répondre en tenant compte des traumatismes.

- Seulement 7,51%, ou 19 répondant.e.s sur 255, se sentent *tout à fait confiantes* en leurs capacités à reconnaître la violence familiale; 49,60% se qualifient de *plutôt confiantes*.
- De même, 10,63% des répondant.e.s se sentent *tout à fait confiantes* en leurs capacités à répondre à la violence familiale, d'une façon qui tient compte des traumatismes, alors que 42,91% se sentent *plutôt confiantes*.



Par rapport aux répondant.e.s non-autochtones, les répondants autochtones sont généralement plus confiants dans leur capacité à reconnaître les situations de violence familiale et à y répondre.

- 74,07 % des répondant.e.s autochtones se disent assez ou très confiants dans leur capacité à reconnaître la violence familiale, contre 58,48 % des répondant.e.s non-autochtones.
- 70,37 % des répondant.e.s autochtones se disent assez ou très confiants dans leur capacité à répondre à la violence familiale, contre 54,47 % des répondant.e.s non-autochtones.

La majorité des répondant.e.s conviennent que de répondre aux situations de violence familiale représente un aspect important du principe de la continuité des soins du modèle de pratique sage-femme et fait partie du champ d'exercice des sages-femmes. La majorité des répondant.e.s conviennent également que de répondre à une situation de violence familiale ne supprime pas les causes systémiques ou structurelles de la violence.

Obstacles

Les sages-femmes non-autochtones et autochtones reconnaissent qu'une formation insuffisante, des connaissances insuffisantes sur la façon de défendre les personnes clientes et leurs enfants en situation de violence familiale, et les obstacles logistiques (en lien avec l'accès aux services, les ressources financières, le lieu géographique, la culture, la langue, etc.) représentent un obstacle majeur ou modéré à l'intervention en situation de violence familiale.

Confiance envers le système

- 61,54% des répondant.e.s autochtones reconnaissent qu'il leur arrive de signaler des situations à des institutions en sachant que celles-ci pourraient faire plus de tort à la personne. En comparaison, 44,04% des répondant.e.s non autochtones donnent la même réponse.
- Toutes les sages-femmes autochtones sont d'accord, dans une certaine mesure, pour dire que leur clientèle n'obtiendra pas l'aide nécessaire après avoir été orientée vers des services.
- Plus de la moitié, ou 54,98% (138) des répondant.e.s, conviennent que les limites de leur obligation professionnelle à signaler les cas de violence et de négligence à l'égard des enfants ou de risque que la personne cliente subisse des blessures corporelles n'est pas toujours claire.



Orientation vers des services

Lorsque les répondant.e.s viennent en aide à une personne en situation de violence familiale, celle-ci sera plus fréquemment d'être orienter vers une travailleuse sociale ou un travailleur social, un refuge ou les services de protection de l'enfance.

Lorsque les répondant.e.s songent à orienter une personne vers un service, un grand nombre mentionne se sentir contraint par des systèmes qui font plus de mal que de bien. Sur ce point, les répondant.e.s ont cité les difficultés rencontrées avec les services de protection de l'enfance et les obstacles systémiques tels que le racisme, la discrimination et l'accès à des services adéquats. Certains commentaires portent sur le cycle de la violence et sur le fait que les interventions sont faites de façon progressive et que les effets se font ressentir avec le temps. D'autres citent des exemples d'interventions efficaces comme l'établissement de relations et l'orientation vers un ensemble de ressources de confiance.

En prenant en compte ces difficultés, seulement 36% des 236 répondant.e.s affirment que leurs interventions/orientations vers des services sont efficaces *tout le temps*. Parallèlement, environ les deux tiers des répondant.e.s, ou 62,29% des 236 répondant.e.s, disent percevoir leurs interventions/orientations vers des services comme étant *parfois* efficaces.

Implication et incidence

Nombre de sages-femmes demeurent très impliquées auprès des personnes après les avoir aiguillées vers des services. Toutefois, en proportion, plus de sages-femmes autochtones (62,96%) mentionnent rester impliquées activement comparativement aux sages-femmes non autochtones (43,25%).

Toutes les sages-femmes ressentent les incidences de l'exposition à la violence familiale, mais les sages-femmes autochtones semblent les plus touchées personnellement.

En comparaison avec les répondant.e.s non-autochtones, les répondant.e.s autochtones sont plus nombreux à subir des traumatismes vicariants, à être retraumatisés et à souffrir d'effets sur leur santé mentale à la suite d'une exposition à la violence familiale. Cela est certainement dû aux impacts continus du colonialisme et aux traumatismes intergénérationnels subis par les communautés autochtones. Voir le tableau 5 sur l'impact de l'exposition à la violence familiale.

Malgré cet impact, un plus grand nombre de sages-femmes autochtones (69,23 %) que de sages-femmes non-autochtones (53,77 %) ont déclaré que l'exposition à des situations de violence familiale les avait motivées à continuer à faire ce travail important.



Bonnes pratiques et défis

Nous avons demandé aux sages-femmes en exercice de décrire leurs bonnes pratiques pour reconnaître la violence familiale et y répondre, ainsi que les défis connexes.

Cent quarante-cinq sages-femmes ont mentionné les bonnes pratiques suivantes :

- Faire un dépistage systématique/universel, suivre les lignes directrices provinciales, se conformer à l'obligation de signalement
- Prodiger des soins qui tiennent compte des traumatismes et qui sont guidés par le principe du choix éclairé
- Prioriser la continuité des soins
- Développer une relation : poser des questions, créer un lieu sûr propice au dialogue ouvert, formuler des observations, utiliser son instinct
- Établir des liens avec les réseaux de soutien locaux dans le but d'assurer une intervention d'équipe
- Offrir des ressources de sensibilisation à la clientèle; certaines personnes parlent d'afficher du matériel dans les cliniques et d'aiguiller la clientèle vers les services sociaux, les services d'aide à l'enfance, des avocats et des refuges

Selon les répondant.e.s :

Ma pratique est guidée par les normes de la société, les ressources de la communauté et ma propre expérience.

Je pose des questions directes, j'utilise des outils de dépistage reconnus, je prodigue des soins en tenant compte des traumatismes (toujours demander le consentement avant de toucher la personne, être consciente du fait que certaines procédures peuvent agir comme déclencheurs, me montrer délicate avec tout le monde, y compris mes collègues et les étudiant.e.s), je travaille selon un modèle de soins de sage-femme fondé sur la continuité des soins, je respecte l'obligation de signalement, je ne fais pas de signalement à la protection de l'enfance ou à tout autre organisme potentiellement préjudiciable sans motif important et valable.

Je respecte les droits de la personne, je mets l'accent sur la sécurité, je favorise une approche multidisciplinaire avec les autres prestataires de soins de santé impliqués dans la mise à jour du plan de soins et je m'assure que tous les besoins sont satisfaits.

J'ai une approche qui tient compte des traumatismes : je crée un espace sécuritaire et j'invite les personnes à s'exprimer sans devoir entrer dans les détails. Je ne demande que l'information qui m'aidera à fournir des soins. J'ai toujours le temps et les ressources si la réponse est oui. Je ne suis pas au courant de l'existence d'un protocole de pratiques exemplaires.



Défis

Cent cinquante-huit sages-femmes ont décrit les défis rencontrés lorsque tentant de reconnaître la violence familiale et d'intervenir, ainsi que la façon dont ces défis sont surmontés. On peut relever un certain nombre de thèmes dans leurs réponses qualitatives :

- Ressources/services limités ou manquants
Plusieurs personnes mentionnent des difficultés d'accès à des ressources ou à des services adéquats et de qualité au sein de la communauté ou à l'échelle locale, surtout pendant la pandémie de COVID-19. Plusieurs personnes parlent également de la collaboration avec d'autres professionnels et d'une approche d'équipe concertée à la fois comme d'un défi et d'un besoin.
- Défis systémiques et sociaux
Les défis systémiques suivants sont mentionnés par plusieurs personnes :
 - Problèmes avec les services d'aide à l'enfance dans les communautés autochtones
 - Manque de protection de la part des services d'aide à l'enfance,
 - Manque de logement sécuritaire
 - Patriarcat, inégalités entre les genres
 - Racisme
- Manque de formation et de connaissances
Plusieurs personnes parlent d'un manque de formation ou de connaissances sur toutes les formes de violence familiale. Deux personnes mentionnent également le manque de clarté concernant l'obligation de signalement/mise en garde.
- Peur de causer du tort
Plusieurs personnes parlent de la peur de causer du tort à la clientèle ou à elles-mêmes en raison d'un manque de connaissances ou de leur méfiance à l'égard du système, surtout en ce qui concerne la protection de l'enfance.
- Champ d'exercice limité
Quelques personnes parlent du fait que les sages-femmes font partie d'un système d'intervention face à la violence familiale plus large et que leur rôle direct y est limité.

Faire face aux défis

Différentes personnes mentionnent que l'établissement et le maintien de relations avec la clientèle sont une manière de créer un espace sécuritaire. Ce point est jugé particulièrement important pour les communautés vulnérables. En général, l'importance de protéger les relations avec la clientèle est citée comme une priorité, tout comme rester au fait des services à la communauté.



Toutefois, bien que l'établissement de relations de confiance soit considéré comme un élément clé pour reconnaître la violence familiale et y réagir, certains obstacles viennent faire entrave à la création de liens :

- Difficulté à se retrouver seule à seule avec la personne
- Barrières culturelles (pratiques religieuses, normes de genre)
- Réticence de la personne suivie à parler par peur ou par méfiance à l'égard du système ou incapacité à sortir de la situation

Selon les répondant.e.s :

Ces réponses offrent un certain aperçu des défis systémiques et professionnels ainsi que des meilleures pratiques :

Incapacité/réticence de la personne à quitter une situation de violence; incapacité du système de santé ou de la société à répondre aux besoins de la personne (manque de logements à prix modique et de refuges, services de santé mentale de mauvaise qualité et coûteux qui favorisent les personnes de statut socioéconomique élevé); racisme et discrimination de la part des services de protection de l'enfance; difficulté à distinguer la maltraitance envers les enfants des différences culturelles et d'un style d'approche parentale différent; méconnaissance de la part des collègues (p. ex. considérer que la consommation de cannabis équivaut à de la maltraitance ou constitue un motif pour faire un signalement à la protection de l'enfance). Je surmonte ces défis en me tenant au courant des recherches et des meilleures pratiques, dans une optique de sécurisation culturelle, en écoutant ma clientèle et en établissant des liens de confiance et privilégiés, et en prenant une part active aux réunions communautaires avec la protection de l'enfance au moyen de recherches et de discussions avec diverses parties prenantes.

Je n'ai pas l'impression d'être suffisamment préparée, et je me sens dépassée par ce problème alors que les sages-femmes ont déjà tellement à faire en matière de soins à la clientèle. Je suis consciente que nous sommes en mesure, en tant que prestataires de soins primaires, de repérer la violence conjugale et la maltraitance envers les enfants, mais je crois également que la prise en charge de ces questions ne relève pas de notre compétence. La gestion devrait être assurée par les professionnels du domaine et en collaboration avec eux.

À moins qu'une personne n'admette subir de la violence, cette dernière est souvent cachée. Nous pouvons avoir des soupçons, mais nous n'avons jamais suffisamment de preuves pour aiguiller vers des services. Nous ne sommes qu'une partie de leur équipe de soins, pour une durée limitée, et même lorsque les rendez-vous durent plus longtemps, nous ne sommes pas assez exposées à la réalité de la personne pour confirmer nos soupçons ou bâtir une relation suffisamment forte pour que la personne admette vivre de la violence.



Les réponses aux questions relatives aux attitudes, aux obstacles, aux défis et aux interventions donnent un bon aperçu de la nécessité d'accroître les connaissances et de fournir des outils et des ressources pour renforcer la confiance et la capacité à reconnaître la violence et à y réagir. En même temps, bien que les sages-femmes puissent jouer un rôle important dans l'atténuation de la violence familiale au sein des foyers, leurs actions ne font pas disparaître les causes systémiques/structurelles de la violence. Un changement systémique est nécessaire pour réduire l'impact de la violence familiale sur la société.

Apprentissage et participation

Nous avons questionné les répondant.e.s sur leur connaissance actuelle des ressources de VEGA ainsi que sur celles offertes sur les sites de santé fédéraux et provinciaux. Nous voulions également connaître leurs styles d'apprentissage, leurs préférences concernant l'accès aux ressources et les champs d'intérêt en matière de formation continue.

Connaissance des ressources existantes

De nombreuses répondant.e.s indiquent ne pas connaître les ressources existantes mentionnées. Ce sont surtout les ressources de VEGA qui sont méconnues, comparativement aux sites fédéraux ou provinciaux.

- 86,05% des 259 répondant.e.s **ne connaissent pas VEGA**; 58,14%, ou 150 répondant.e.s, ne connaissent pas les sites de santé fédéraux; et 43,02%, ou 111 répondant.e.s, ne connaissent pas les sites de santé provinciaux.

Les répondant.e.s ont davantage tendance à utiliser les sites de santé provinciaux plutôt que les sites fédéraux ou les ressources de VEGA.

- Seulement 5,81%, ou 15 répondant.e.s, indiquent utiliser les ressources de VEGA; 22,48%, ou 58 répondant.e.s, se servent des sites de santé fédéraux; 42,64%, ou 110 répondant.e.s, utilisent les sites provinciaux.

Fait intéressant, nombre de répondant.e.s mentionnent connaître les ressources, mais sans les utiliser.

- 8,14%, ou 21 répondant.e.s, indiquent connaître les ressources de VEGA, mais ne pas s'en servir; 19,38%, ou 50 répondant.e.s, connaissent les sites de santé fédéraux, mais ne s'en servent pas; et 14,34%, ou 37 répondant.e.s, connaissent les sites de santé provinciaux, mais ne s'en servent pas.
- Par ailleurs, les répondant.e.s autochtones sont plus susceptibles de connaître les ressources de VEGA, mais de ne pas s'en servir. C'est ce que déclarent 24,14% des répondant.e.s autochtones, ou 7 sur 29.



Lacunes et possibilités

Les lacunes au niveau des connaissances représentent une occasion de mieux faire connaître les ressources existantes, en particulier celles de VEGA. De même, le grand nombre de personnes qui connaissent les ressources mentionnées sans les utiliser signale la possibilité d'élaborer des ressources et des occasions d'apprentissage adaptées aux sages-femmes.

Selon les répondant.e.s :

Je n'ai jamais eu à utiliser ces sites Web, je n'ai jamais entendu parler de VEGA et je ne crois pas que le fédéral offre des ressources utiles. J'aurais plus tendance à chercher au niveau local : les ressources offertes dans la ville, puis les ressources provinciales.

Les trucs du gouvernement sont inutiles, sauf les numéros de téléphone. Je n'ai entendu parler de VEGA que récemment; mon travail est guidé par un cadre et des enseignements autochtones.

Ressources privilégiées

Nous avons demandé aux sages-femmes et étudiant.e.s en pratique sage-femme d'indiquer le type d'information ou de ressources pouvant être utiles pour évaluer une personne en situation de violence familiale et lui venir en aide.

Les ressources suivantes sont celles qui sont privilégiées :

- Documents téléchargeables et imprimables (affiches, brochures, guides, fiches de conseils)
- Listes de contrôle (p. ex. des listes d'indicateurs ou de signes de violence familiale ou de considérations pour des soins qui tiennent compte des traumatismes)
- Organigrammes (p. ex. des cheminements vers les services disponibles)
- Infographies (p. ex. des statistiques sur la violence conjugale, l'exposition des enfants à celle-ci, la maltraitance des enfants et le rôle des sages-femmes)
- Ressources de sensibilisation à partager avec la clientèle.



Plusieurs personnes ont suggéré des ressources supplémentaires destinées à la clientèle ou aux sages-femmes.

Clientèle :	Sages-femmes :
<ul style="list-style-type: none">• Zine pointant vers des ressources• Ressources sur la réduction des méfaits (plan de sécurité)• Applications• Infographies pour expliquer la violence conjugale (sous toutes formes)• Ressources propres à la culture• Ressources offertes dans plusieurs langues	<ul style="list-style-type: none">• Protocole de suivi• Renseignements sur les mesures d'aide locales (pour la clientèle et les sages-femmes)• Ressources pour faciliter l'accès aux services sociaux tels que le logement, l'aide au revenu, l'accès à la nourriture et les services intégrés• Ressources de sensibilisation à partager avec des collègues

Pour ce qui est de l'accès à l'information, les répondant.e.s préfèrent avoir accès à des ressources partageables telles que des images, des infographies et des vidéos, ainsi qu'à des ressources interactives telles que des webinaires et des modules d'enseignement.

Perfectionnement professionnel

Environ 90% des 257 répondant.e.s souhaiteraient participer à des ateliers de perfectionnement professionnel sur la violence familiale. Le tableau suivant résume les cinq sujets suscitant le plus grand intérêt. Les résultats sont présentés pour toutes les répondant.e.s, les répondant.e.s non autochtones et les répondant.e.s autochtones. Fait notable, en comparaison aux répondant.e.s non-autochtones, les répondant.e.s autochtones démontrent un intérêt significativement plus grand à améliorer leurs aptitudes à reconnaître la violence familiale, à intervenir face aux traumatismes intergénérationnels, et à défendre les droits de leurs clients.





Sujets privilégiés (toutes les répondant.e.s)	Non autochtones	Autochtones
1. La violence et les soins qui tiennent compte des traumatismes – 80,93%	81,14%	89,66%
2. Reconnaître la violence conjugale, l'exposition des enfants à celle-ci et la maltraitance des enfants – 77,87%	77,68%	92,5%
3. Effectuer des évaluations cliniques à la maison en toute sécurité – 69,17%	67,86%	69,23%
4. La défense des droits de la clientèle (à l'accès aux services de soutien psychosociaux) – 67,45%	69,16%	81,48%
5. Les traumatismes intergénérationnels, la colonisation et leurs effets sur le bien-être des familles – 62,20%	62,83%	75%

Les participant.e.s pouvaient suggérer d'autres sujets qu'il serait intéressant d'aborder dans les formations de perfectionnement professionnel.

En voici une liste :

- Sécurité (sage-femme/clientèle)
- Comorbidité liée à la santé mentale et à la dépendance
- Consommation de substances pendant la grossesse
- Défis propres aux communautés autochtones (accès limité aux ressources)
- Processus d'aiguillage clair et outils pour naviguer à travers les services de protection de l'enfance lorsqu'il y a beaucoup de méfiance envers le système
- Coordination d'une approche d'équipe efficace
- Diagrammes aidant à documenter les blessures physiques (ressource)
- Scénarios de mise en situation
- Liste de ressources nationales et locales
- Outils pour reconnaître toutes les formes de violence, y compris la violence non physique, et pour travailler avec les populations vulnérables
- Suggestion de conférencière sur les soins qui tiennent compte des traumatismes : Jodi Hall
- Témoignages de survivantes



Quel autre sujet de perfectionnement professionnel devrait-on aborder?

Selon les répondant.e.s :

La résilience post-traumatisme – des témoignages de personnes ayant subi de la violence qui regagnent leurs forces et qui se débarrassent bravement de leur rôle de victime. Je veux entendre plus d'histoires positives, car j'ai besoin d'une façon de gérer le malaise que j'éprouve après toutes ces listes de contrôle.

Situations de violence décrites par les répondant.e.s

Les sages-femmes qui ont prodigué des soins à des personnes vivant de la violence familiale ont pu décrire la ou les situations observées. Cinquante sages-femmes ont partagé des expériences qui reflètent un certain nombre de schémas relationnels, individuels et propres à des communautés.

Schémas :

- Partenaire contrôlant, isolement
- Normes de genre traditionnelles, surtout chez les nouveaux arrivants
- La plupart des sages-femmes décrivent des situations de violence physique, dont des viols entraînant une grossesse, des traumatismes sexuels; mention d'un cas de trafic sexuel
- Mentions de situations d'abus psychologique et émotionnel
- Situations impliquant des populations vulnérables : nouveaux arrivants, travailleuses du sexe, personnes handicapées, personnes en situation de dépendance, de pauvreté, ou vivant dans des logements surpeuplés

Quelques témoignages bouleversants décrivent le rôle des sages-femmes dans les situations de violence familiale, la difficulté de leur travail et les incidences de la violence et des obstacles systémiques.

Selon les répondant.e.s :

Chez une cliente, quelque chose semblait ne pas tourner rond, mais elle n'en a jamais parlé malgré les tentatives répétées pour l'amener à se confier et lui offrir de l'aide. Finalement, pendant le travail, quelque chose a déclenché chez elle un grave malaise lorsqu'un accouchement opératoire est devenu nécessaire et qu'elle a dû être mise sous anesthésie générale avant la césarienne. Ce fut très traumatisant pour toutes les personnes concernées, et surtout pour elle, j'imagine. Je me suis sentie mal préparée pour affronter cette situation et j'ai eu l'impression de la laisser tomber alors que j'ai pourtant fait tout en mon pouvoir. J'aurais aimé avoir plus de connaissances.



Une de mes clientes est une personne ayant subi la traite de personnes et a été visée à nouveau par son agresseur libéré de prison en mars 2020 en raison des restrictions liées à la COVID-19. Elle avait passé deux ans à se battre pour le mettre derrière les barreaux afin de protéger sa fille. Après sa libération, il l'a forcée à redevenir travailleuse du sexe, puis s'est servi de son implication dans le milieu du travail du sexe pour lui retirer la garde de sa fille. Elle était une mère extraordinaire. Elle n'a pas pu rendre visite à son enfant en raison des contraintes liées au personnel et à la COVID. Les services de protection de l'enfance ne veulent pas lui rendre la garde de sa fille tant qu'elle ne quitte pas l'industrie du sexe. Son enfant habite avec la mère de son proxénète, et il a un droit de visite malgré 21 condamnations. Elle a été traitée à plusieurs reprises à l'hôpital pour préjudices corporels graves résultant de viols.

Les répondant.e.s ont également pu partager tout autre commentaire sur le fait de côtoyer la violence familiale dans le cadre de leur profession.

Voici des thèmes récurrents :

- Les sages-femmes sont particulièrement bien placées pour faire ce travail, qui s'accompagne toutefois d'une énorme responsabilité. Leur position privilégiée fait en sorte que leurs actions peuvent avoir un impact bénéfique ou nuisible.
- Les sages-femmes peuvent jouer un rôle important auprès de certaines personnes, mais pour s'attaquer aux causes de la violence et offrir du soutien adéquat, un changement systémique est nécessaire.
- Une formation plus formelle portant sur l'identification de toutes les formes de violence est nécessaire, et il faut également se pencher sur la question de la sécurité des sages-femmes qui desservent une clientèle faisant face à des situations de violence familiale.
- Sachant qu'un signalement peut causer davantage de dommages, il est nécessaire de faire preuve de discernement en lien avec l'obligation de signalement.
- La méfiance généralisée à l'égard du système cause plus de tort que de bien, d'où la nécessité d'un changement structurel, y compris de plus nombreuses ressources où aiguiller la clientèle.
- Ce travail a une lourde incidence au niveau personnel et certaines se demandent s'il devrait faire partie de leur champ d'exercice.
- L'amélioration des mesures de soutien communautaire est prioritaire, et cela se fait au niveau systémique.



Selon les répondant.e.s :

Ma propre fille a subi du contrôle coercitif. Ma connaissance du sujet m'a permis de le reconnaître dans ma pratique et je suis troublée par sa fréquence. Je crois fermement que notre position de sage-femme et la nature de notre relation avec notre clientèle nous donnent l'occasion de reconnaître ce phénomène et de sensibiliser notre clientèle. Mais si nous ignorons ce dont il s'agit, comment pouvons-nous agir? L'absence de bleus ne signifie pas l'absence de violence. Des ressources éducatives à ce sujet seraient vraiment nécessaires.

Les sages-femmes ont beaucoup de pouvoir, tandis que les clientes n'ont pas toujours le sentiment d'être en plein pouvoir. En contexte de violence familiale, les actions de la sage-femme (ou son inaction) peuvent avoir de sérieuses répercussions si la cliente n'est pas au centre des soins.

Nous pouvons déceler des situations et offrir un certain soutien, mais il s'agit d'un problème de société plus vaste et nous ne sommes qu'un simple rouage du système. Je pense que nous pouvons offrir une certaine aide et développer des relations de confiance avec notre clientèle, mais les changements doivent se faire à plus grande échelle.

Les sages-femmes peuvent jouer, et jouent, un rôle essentiel de soutien, de sensibilisation et de défense d'un avenir meilleur pour les femmes et leurs enfants, dans l'optique de rompre le cycle de la violence familiale.

En tant que sages-femmes, nous jouons un rôle crucial dans le soutien et la protection des familles (à savoir nos clientes et leurs enfants). Notre profession nous donne un incroyable privilège. Grâce à des rendez-vous plus longs, à l'accent mis sur les déterminants sociaux de la santé physique et mentale, et à nos visites à domicile, nous sommes en position privilégiée pour constater les dynamiques familiales et le bien-être en ces temps incertains. Nous devons utiliser ce privilège pour assurer leur sécurité et protéger leur bien-être au mieux de nos capacités; nous le leur devons.



Données démographiques

Les répondant.e.s au sondage exercent en Ontario (129), en Colombie-Britannique (50), au Québec (30), en Alberta (15), au Manitoba (5), dans le Nord du Canada (6) et dans les Maritimes (5). Cette répartition est conforme à la représentation géographique des sages-femmes à travers le Canada. La plupart des répondant.e.s (61%) pratiquent en milieu urbain. Les répondant.e.s restants pratiquent en zone périurbaine/banlieue (28,79%), en zone rurale (30,35%), en région éloignée (6,61%) et en zone nordique (6,23%). La majorité (83%) des répondant.e.s ont entre 25 et 54 ans. Le nombre de sages-femmes détenant de nombreuses années d'expérience est similaire à celui des sages-femmes avec cinq ans d'expérience ou moins.

Compte tenu de la façon dont la question sur les communautés desservies a été conçue (tableau 9), nous ne pouvons pas déduire quelles sont les communautés les plus desservies. Cependant, il est clair que les sages-femmes servent un éventail de communautés, notamment sont les communautés autochtones, immigrantes, racisées et LGBTQ2S+.

Les répondant.e.s pouvaient choisir parmi les communautés mentionnées dans la liste, ainsi que dans la catégorie « autre ». Les répondant.e.s avaient aussi la possibilité de fournir plus d'informations. Les répondant.e.s qui ont choisi « autre » ou fourni plus d'informations ont déclaré qu'ils desservaient des personnes de race blanche, des groupes religieux et culturels (mennonites, amish, évangéliques), des populations à faible revenu, de classe moyenne et sans statut².

Il y a notamment deux différences importantes entre les réponses des répondant.e.s autochtones et non-autochtones.

- 78,57% des sages-femmes autochtones travaillent auprès des communautés autochtones, contre 52,05% des sages-femmes non-autochtones.
- 66,21 % des sages-femmes non-autochtones travaillent avec des communautés d'immigrants comparativement à 50,00 % des sages-femmes autochtones.

Les tableaux 6 à 9 présentent des données démographiques plus détaillées.

² Certaines personnes qui ont fourni plus d'informations ont mentionné qu'elles servaient des communautés déjà listées dans la question, soit les communautés autochtones, racialisées, immigrantes et LGBTQ2s+. Seules les réponses qui étaient différentes des choix énumérés sont décrites comme des réponses « autre ».



Quelques points à retenir

1. Les répondant.e.s au sondage constituent un échantillon représentatif de la population des sages-femmes au Canada.
2. Des lacunes dans la reconnaissance de la violence familiale et dans l'intervention face à celle-ci ont été relevées, surtout en ce qui concerne la maltraitance envers les enfants. Le sondage a également soulevé le besoin de formation officielle sur les meilleures pratiques qui tiennent compte des traumatismes. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à l'orientation vers des services, étant donné la possibilité de créer davantage de dommages. Cela s'applique particulièrement lors de la recommandation de services aux communautés qui présentent des taux de violence familiale plus élevés ou disproportionnés et qui sont confrontées à l'héritage continu du colonialisme, du racisme et de la discrimination systémique, à savoir les communautés autochtones, racisées, immigrantes et LGTQ2S+.
3. Les obstacles systémiques à la prévention de la violence ainsi qu'aux solutions pour contrer ce problème ont été mentionnés à plusieurs reprises dans les réponses. Même si les sages-femmes peuvent avoir une incidence sur la vie des individus, il est entendu que pour voir des solutions à long terme à la violence familiale, il faut opérer un changement systémique et s'attaquer aux causes structurelles.
4. Un intérêt marqué est relevé pour des ressources pratiques et dynamiques et pour des activités d'apprentissage interactif portant sur les formes d'aide que les sages-femmes peuvent offrir à leur clientèle en situation de violence familiale. Il faut que très peu de répondant.e.s connaissent ou utilisent les ressources VEGA existantes ; la plupart des répondant.e.s ne se fient pas aux sites web gouvernementaux pour obtenir des informations sur la violence familiale.
5. Les risques liés à ce travail sont plus grands pour les Autochtones – les sages-femmes autochtones sont plus susceptibles de travailler auprès de personnes vulnérables à la violence familiale et d'être confrontées à des obstacles systémiques, et sont plus susceptibles de connaître des répercussions personnelles en faisant ce travail. Ces tendances soulignent la nécessité pour toutes les sages-femmes qui travaillent avec les communautés autochtones d'être sensibilisées aux conséquences du colonialisme et d'éviter d'en faire perdurer les dommages.
6. Les sages-femmes sont très soucieuses du bien-être de leur clientèle. Les centaines de commentaires recueillis dans le sondage illustrent toute la volonté des sages-femmes à soutenir leur clientèle en situation de violence familiale. Parallèlement, les sages-femmes reconnaissent qu'il s'agit d'une tâche ardue qui les épuise, autant du point de professionnel que personnel.



Conclusion

Bien que nul ne soit à l'abri de la violence familiale, nous reconnaissons que certaines personnes sont plus susceptibles d'être touchées en raison des [inégalités socioéconomique](#). Nous savons que les barrières systémiques sont à l'origine de ces disparités, en particulier pour les personnes faisant face aux impacts continus du colonialisme, du racisme, du sexisme, du classisme, du capacitisme, de la xénophobie et de l'homophobie. Nous reconnaissons également que la violence familiale peut débuter ou s'aggraver [pendant la grossesse](#).

La continuité des soins est un principe fondamental de la profession de sage-femme au Canada. La capacité d'établir des relations de confiance avec les clients et leurs familles et de s'impliquer activement dans la communauté, placent les sages-femmes dans une position unique pour reconnaître la violence familiale. L'accès aux outils et aux ressources, y compris la connaissance des soins tenant compte des traumatismes, permettra aux sages-femmes de reconnaître la violence familiale et d'y répondre d'une manière constructive, socialement responsable.

Les sages-femmes autochtones ont une connaissance intime de leur communauté et des causes profondes de la violence. Ce projet vise à permettre aux sages-femmes de mettre à profit ces connaissances et d'accroître leur capacité d'éliminer les préjudices de la violence coloniale en travaillant avec une clientèle qui vit avec cet héritage.

Il est important de centrer le savoir des communautés autochtones. Il est également important de reconnaître la responsabilité de l'ACSF et de toutes les sages-femmes dans le soutien de l'objectif de NACM de restaurer la pratique des sages-femmes autochtones dans leurs communautés comme une étape cruciale dans la lutte contre la violence coloniale systémique.

Grâce à ce projet, nous espérons qu'une intervention précoce pourra atténuer l'impact dévastateur de la violence familiale sur la santé physique, psychologique et sociale de toutes les communautés. Les résultats du sondage d'évaluation des connaissances nous aideront à orienter nos travaux pour atteindre cet objectif.





Tableaux

Tableau 1 : Signes et symptômes de la violence conjugale

*6. Selon vous, lesquels de ces signes ou symptômes peuvent être associés à la violence conjugale, à l'exposition des enfants à celle-ci ou à la maltraitance envers les enfants? Cochez toutes les réponses pertinentes :

Répondant.e.s: 260

Choix	Pourcentage	Compte	
a) Les blessures physiques	90.38%	235	
b) Les perturbations de la santé mentale (dépression, stress post-traumatique)	96.92%	252	
c) La douleur chronique	78.08%	203	
d) Autre - veuillez spécifier :	41.92%	109	
e) Incertaine ou incertain	3.46%	9	
Total	100%	260	

Tableau 2: Signes et symptômes de l'exposition des à la violence conjugale et à la maltraitance envers les enfants

*7. Selon vous, lesquels de ces comportements ou signaux peuvent être associés à l'exposition des enfants à la violence conjugale et à la maltraitance envers les enfants? Cochez toutes les réponses pertinentes.

Répondant.e.s: 260

Choix	Pourcentage	Compte	
a) La peur	90.38%	235	
b) Un comportement d'opposition	79.23%	206	
c) Le (parent ou parent substitut) ne donne pas suite aux traitements	82.31%	214	
d) Autre - veuillez spécifier :	20.00%	52	
e) Incertaine ou incertain	11.15%	29	
Total	100%	260	



Tableau 3: Signes et comportements de personnes faisant face à la violence conjugale

*8. Selon vous, lesquels de ces comportements ou signaux sont associés à la violence conjugale?
Cochez toutes les réponses pertinentes.

Répondant.e.s: 260

*Les indicateurs de la violence conjugale, de la maltraitance des enfants et de l'exposition des enfants à la violence conjugale inclus comme options étaient basés sur des indicateurs fondés sur des preuves dans les ressources VEGA.

Choix	Pourcentage	Compte	
a) L'annulation de rendez-vous à répétition	91.15%	237	
b) Le recours accru aux services de santé	65.77%	171	
c) La personne enceinte se rapporte à son ou sa partenaire lors du rendez-vous	94.23%	245	
d) Le ou la partenaire est toujours présent	94.62%	246	
e) Le ou la partenaire répond pour la personne enceinte	98.46%	256	
f) Tout autre comportement contrôlant : veuillez expliquer	36.15%	94	
g) Autre - veuillez spécifier :	15.38%	40	
h) Incertaine ou incertain	4.23%	11	
Total	100%	260	



Tableau 4: Manque d'observation de la violence familiale

13. Si vous n'avez pas l'habitude d'observer la clientèle afin de déceler les signes et symptômes de violence familiale ou ne posez pas de questions à ce sujet, lesquels de ces scénarios en décrivent le mieux les raisons?

J'ai déjà eu des inquiétudes liées à la violence familiale, mais je n'ai rien dit parce que (cochez toutes les raisons pertinentes)

Répondant.e.s.: 73

Choix	Pourcentage	Compte	
a) Je ne savais pas quoi dire	27.40%	20	
b) Je ne pouvais pas demander à ce moment (risque pour la personne suivie)	68.49%	50	
c) Je ne voulais pas offusquer la personne suivie	23.29%	17	
d) J'avais peur d'en apprendre plus, car je ne saurais pas que faire après.	19.18%	14	
e) Autre - veuillez spécifier :	31.51%	23	
Total	100%	73	

Tableau 5: Impact de l'exposition à la violence familiale

22. Quelle incidence l'exposition à la violence familiale a-t-elle eue sur vous? Cochez toutes les réponses pertinentes.

Choix	Pourcentage non-autochtone	Compte	Pourcentage autochtone	Compte
a) J'ai vécu un traumatisme indirect en raison de mon exposition.	46.15%	12	22.61%	45
b) Cela m'a traumatisé-e de nouveau.	26.92%	7	14.57%	29
c) Ma santé mentale en a souffert.	42.31%	11	22.61%	45
d) Cela a mis à l'épreuve ma motivation à continuer ma pratique.	19.23%	5	6.03%	12
e) Cela m'a motivé-e à continuer de faire ce travail important.	69.23%	18	53.77%	107
f) Je n'ai pas remarqué d'incidence importante.	11.54%	3	30.15%	60
g) Autre - veuillez spécifier :	11.54%	3	16.58%	33
Total	100%	26	100%	199



Tableau 6: Âge

35. Quel âge avez-vous?

Répondant.e.s: 259

Choix	Pourcentage	Compte	
Moins de 25 ans	1.93%	5	
De 25 à 34 ans	30.50%	79	
De 35 à 44 ans	28.96%	75	
De 45 à 54 ans	23.94%	62	
De 55 à 64 ans	11.97%	31	
Plus de 65 ans	2.70%	7	
Total	100%	259	

Tableau 7: Années de pratique de la profession de sage-femme

37. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que sage-femme?

Répondant.e.s:259

Choix	Pourcentage	Compte	
5 ans ou moins	26.25%	68	
De 6 à 10 ans	17.37%	45	
De 11 à 15 ans	13.51%	35	
De 16 à 20 ans	10.04%	26	
Plus de 20 ans	15.44%	40	
Sans objet	17.37%	45	
Total	100%	259	



Tableau 8: Milieu de pratique

38. Décrivez le milieu dans lequel vous pratiquez. Cochez toutes les réponses pertinentes.

Répondant.e.s: 257

Choix	Pourcentage	Compte	
Zone urbaine	61.09%	157	
Banlieue	28.79%	74	
Zone rurale	30.35%	78	
Zone éloignée	6.61%	17	
Zone nordique	6.23%	16	
Autre - veuillez spécifier :	3.11%	8	
Sans objet	7.39%	19	
Total	100%	257	

Tableau 9: Communautés desservies dans la pratique sage-femme

39. Décrivez les communautés qui sont servies par votre pratique. Cochez toutes les réponses pertinentes.

Choix	Pourcentage non-autochtone	Compte	Pourcentage autochtone	Compte
Les peuples autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis)	52.05%	114	78.57%	22
Les communautés immigrantes	66.21%	145	50.00%	14
Les communautés racisées	53.88%	118	50.00%	14
Les communautés LGBTQ2S+	48.86%	107	42.86%	12
(Facultatif) Veuillez fournir plus de renseignements :	14.61%	32	17.86%	5
Autre - veuillez spécifier :	14.16%	31	7.14%	2
Sans objet	8.22%	18	3.57%	1
Total	100%	219	100%	28



Les sages-femmes reconnaissent et répondent à la violence familiale

2330 rue Notre-Dame Ouest, Suite 300, Montréal, Québec, H3J 1N4

Tel: 514-807-3668 Fax: 514-738-0370

canadianmidwives.org