

Évaluation et compréhension de la coercition reproductive exercée sur les femmes : étude exploratoire auprès de professionnels de la santé en Belgique

Assessing and understanding reproductive coercion on women: an explorative study of health professionals in Belgium

Firuzan Tas^{1,*}, Charline Equeter¹, Françoise Adam^{1,2}

¹ Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique

² Faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation, Université de Liège, Belgique

Mots clés

Coercition reproductive,
Santé reproductive,
Droits reproductifs,
Autonomie reproductive,
Violence sexuelle

Keywords

Reproductive coercion,
Reproductive health,
Reproductive rights,
Reproductive autonomy,
Sexual violence

RÉSUMÉ – Concept émergent et novateur, la coercition reproductive (CR) implique des comportements d'interférence dans l'autonomie reproductive d'une personne dans le but de maintenir un contrôle sur celle-ci. Elle se manifeste à travers des pressions liées à la grossesse, le sabotage contraceptif et la coercition quant au devenir de la grossesse, et aurait un impact sur la santé reproductive, sexuelle, psychologique et relationnelle de la victime. L'objectif de cette recherche est d'évaluer les connaissances des professionnels de la santé sur la CR en Belgique à travers une analyse qualitative. Cette analyse est basée sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels de la santé (n = 10). Au regard des résultats, l'analyse thématique révèle que les professionnels de la santé rencontrent bien la CR dans leurs consultations. En effet, ils sont souvent confrontés aux manifestations et aux conséquences de la CR dans leur travail. Même si ces derniers semblent être conscients de ce phénomène, ils ne parviennent toutefois pas à nommer ces comportements. Dès lors, il semble que la sensibilisation et la formation des professionnels à propos de la CR soient essentielles. Il semble également important de développer des outils de dépistage de la CR afin de soutenir les professionnels dans la prise en charge de ce phénomène.

ABSTRACT – An emerging and innovative concept, reproductive coercion (RC) involves behaviors that interfere with a person's reproductive autonomy in order to maintain control over them. It manifests itself through pregnancy-related pressures, contraceptive sabotage,

Pour citer cet article. Tas F, Equeter C, Adam F. Évaluation et compréhension de la coercition reproductive exercée sur les femmes : étude exploratoire auprès de professionnels de la santé en Belgique. *Sexologies* 2023 ; 32(1) : XX-XX. doi : 10.1016/sexol.2023.0002

and coercion regarding the outcome of the pregnancy, and is thought to impact the reproductive, sexual, psychological, and relational health of the victim. The objective of this research is to evaluate the knowledge of health professionals on RC in Belgium through a qualitative analysis. This analysis is based on semi-structured interviews among health professionals (n = 10). Thematic analysis of the results reveals that health professionals do encounter CR in their consultations. Indeed, they are often confronted with the manifestations and consequences of CR in their work. Although they seem to be aware of this phenomenon, they are unable to name these behaviors. Therefore, it seems that awareness and training of professionals about RC are essential. It also seems important to develop screening tools for CR in order to support professionals in the management of this phenomenon.

La coercition reproductive (CR) est définie comme « tout comportement d'auteur visant à établir et à maintenir le pouvoir et le contrôle sur une personne, en interférant avec son autonomie reproductive » (Price *et al.*, 2022, p. 2825). Les données concernant la prévalence du phénomène sont fluctuantes. Aux États-Unis, 9 % d'une population de femme tout-venant auraient été victimes de CR (Black *et al.*, 2011) alors que les prévalences parmi des femmes victimes de violence entre partenaires intimes (VPI) varient de 25 à 35 %. Pour ce qui est des autres pays, nous pouvons retrouver qui varie en fonction des pays : 10,17 % au Nigeria (Silverman *et al.*, 2020), 15,1 % en Inde (Tomar *et al.*, 2020), 18,5 % en Côte d'Ivoire (McCauley *et al.*, 2014a) et jusqu'à 57,61 % en Éthiopie (John et Edmeades, 2018). Aucune donnée n'a été retrouvée pour les pays d'Europe francophone.

La littérature existante rapporte que la CR a principalement lieu au sein des relations intimes et le principal auteur semble être le partenaire intime (Miller *et al.*, 2010a; Nikolajski *et al.*, 2015; Lévesque *et al.*, 2019a; PettyJohn *et al.*, 2021; Tarzia et Hegarty, 2021). Cependant, la CR peut être exercée par d'autres personnes, comme les membres de la famille ou de la belle-famille de la femme (Price *et al.*, 2022). Ceux-ci peuvent exercer des pressions pour l'avortement (Pomicino *et al.*, 2013) ou des pressions pour générer une grossesse (McCauley *et al.*, 2014; Boyce *et al.*, 2020). La CR peut également avoir lieu à un niveau structurel. Dans ce cas, ce sont les lois et politiques en matière d'IVG et de contraception du pays dans lequel le couple se trouve, qui exercent une forme de

CR (Dejoy, 2019). Dans cette étude, nous étudierons plus spécifiquement les femmes victimes de CR.

Manifestations de la coercition reproductive

D'après la littérature, la CR se manifeste sous trois formes : les pressions liées à la grossesse, le sabotage contraceptif et la coercition quant au devenir de la grossesse (Price *et al.*, 2019; Burry *et al.*, 2020; Lévesque *et al.*, 2021).

Les pressions liées à la grossesse peuvent apparaître à travers des oppositions à l'utilisation de moyens contraceptifs (Wood *et al.*, 2020), des menaces de mettre un terme à la relation (Phillips *et al.*, 2016) ou des accusations d'infidélité (Burry *et al.*, 2020) si la femme n'accepte pas de tomber enceinte. De la pression psychologique, telle que des commentaires répétitifs sur le désir d'avoir un enfant, peut également être utilisée par l'auteur de CR. Enfin, ce dernier peut exercer une surveillance excessive des périodes de fertilité en suivant les périodes de menstruation ou la présence d'une grossesse (Lévesque *et al.*, 2021).

Le sabotage contraceptif correspond à des comportements qui ont pour but d'entraver le choix contraceptif de la personne. Ces comportements peuvent être liés à l'utilisation du préservatif au travers le refus de l'utiliser (Davis *et al.*, 2014; Philips *et al.*, 2016), sa perforation (Miller *et al.*, 2007) ou son retrait durant la relation sexuelle (Holliday *et al.*, 2017). Par ailleurs, le partenaire coercitif peut interférer dans l'usage de la pilule contraceptive en la jetant (Nikolajski

et al., 2015; Phillips et al., 2016), en la cachant (Grace et al., 2020), ou encore en la détruisant (Burry et al., 2020). Enfin, le sabotage contraceptif peut se manifester par l'interférence dans l'accès aux services de soins de santé (Silverman, 2020; Price et al., 2022). Ainsi, les partenaires refusent de payer les rendez-vous obstétricaux ou empêchent les femmes de se rendre aux rendez-vous contraceptifs par le moyen de pressions verbales, de diversions ou de contraintes physiques (Grace et al., 2020).

La coercition quant au devenir de la grossesse constitue une autre forme que peut prendre la CR. Il s'agit d'une pression pour forcer ou maintenir une grossesse non désirée (Burry et al., 2020). Dans cette perspective, les femmes peuvent subir des interdictions d'avortement (Buchanan et Humphreys, 2021) ou des menaces de mettre fin à la relation si elles n'acceptent pas la décision de leur partenaire quant à l'aboutissement de la grossesse (Lévesque et al., 2021).

Facteurs de risque

Au niveau individuel, plusieurs facteurs semblent augmenter le risque d'être victime de CR: le jeune âge de la femme (Lévesque et Rousseau, 2019a), un faible niveau d'éducation (Saleem et Pasha, 2008; Phillips et al., 2016; Tomar et al., 2020; Swan et al., 2021), un faible niveau socio-économique (Gee et al., 2009), l'appartenance ethnique minoritaire (Miller et al., 2010a; Thaller et Messing, 2015; Nikolajski, 2015; Holliday et al., 2017; Hill et al., 2019): avoir une appartenance religieuse (John et Edmeades, 2018; OlaOlorun et al., 2020), être porteur d'une déficience physique ou intellectuelle (Alhusen et al., 2020), les addictions aux substances (Cannon et al., 2018; Stancil et al., 2021), les expériences défavorables durant l'enfance (Hill et al., 2018) et avoir des antécédents de CR (Willie et al., 2019; Fleury-Steiner & Miller, 2020).

Au niveau relationnel, les études existantes pointent un lien étroit entre le fait de vivre de la violence entre partenaires intimes (VPI) et la CR (Fanslow et al., 2008; Gee et al., 2009; Miller et al. 2010a; Silverman et Raj, 2014; Thaller et Messing, 2015; Northridge et al., 2017; Cannon et al., 2018; Willie et al., 2019; Price et al., 2022). Par ailleurs, certains auteurs vont même jusqu'à avancer que la CR serait une forme de VPI

(Lévesque et Rousseau, 2016; Alhusen et al., 2020). En revanche, il n'est pas clair si la VPI apparaît avant la CR ou l'inverse (Miller et al., 2010a). Il semble toutefois que le lien entre les VPI et la CR soit bidirectionnel. En effet, les femmes victimes de VPI sont plus à risque de vivre de la CR et inversement, les femmes victimes de CR peuvent devenir victimes de VPI en conséquence du stress généré par la transition de la grossesse vers la parentalité (Willie et al., 2019). La CR peut également se manifester au sein de relations exemptes de violences (Miller et al., 2010b). Dans ce cas, elle semble associée aux inégalités des normes sociales genrées (Pallito et O'Campo, 2005).

Au niveau culturel et sociétal, dans des contextes où la possibilité d'avoir le contrôle sur la sexualité et la reproduction des femmes est donnée aux hommes, la capacité des femmes à refuser la relation sexuelle ou à négocier la contraception est lourdement impactée (Cripe et al., 2008; Burry et al., 2020). Enfin, dans certaines cultures, ce sont les femmes âgées de la famille qui endossent le rôle de décisionnel sur la reproduction du couple (Raj et al., 2011).

Conséquences de la coercition reproductive sur les femmes

Les répercussions de la CR peuvent être multiples pour les femmes qui la subissent. Tout d'abord, la santé reproductive peut être impactée par une grossesse non désirée (Miller et al., 2010a; Miller et al., 2014), par l'interruption volontaire de grossesse (IVG) (Thiel de Bocanegra et al., 2010; Anderson et al. 2017), par la dissimulation de la prise de contraceptif (Silverman et al., 2020) ou par le choix d'une méthode contraceptive à long terme et permanente comme l'implant intra-utérin ou la stérilisation (Thiel de Bocanegra et al., 2010). Ensuite, il peut y avoir un impact sur la santé sexuelle à travers le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST) (Thiel de Bocanegra et al., 2010; Rowlands et Parker, 2019) ou de générer des dysfonctions sexuelles telles que la baisse du désir et du plaisir sexuel (Lévesque et Rousseau, 2019a; Lévesque et al., 2021). La santé obstétrique peut être affectée par la CR par l'apparition d'une détresse prénatale (Willie et Callands, 2018). De plus, la CR peut avoir des répercussions sur la sphère psycho-

logique comme un syndrome de stress post-traumatique (McCauley *et al.*, 2014a) mais aussi de ressentir la honte, de la colère, et atteindre l'estime de soi (Lévesque et Rousseau, 2019a). Enfin, de la méfiance, de l'isolement et des difficultés de confiance envers les hommes ou un changement dans les intérêts relationnels sont également repérés chez les femmes victimes de CR (Lévesque et Rousseau, 2019a).

Actuellement, ce phénomène semble avoir une place importante dans les débats sur les droits reproductifs des femmes car il interfère avec l'autonomie reproductive de celles-ci. La présence de la CR a déjà été étudiée aux États-Unis et ailleurs dans le monde (Black *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2010a; McCauley *et al.*, 2014a; John et Edmeades, 2018; Tomar *et al.*, 2020; Silverman *et al.*, 2020). Toutefois aucune étude n'a encore été menée en Europe francophone. Dans cette perspective, nous avons mené une étude qualitative auprès de professionnels de la santé ($n = 10$) afin de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les connaissances des professionnels de la santé sur la CR en Belgique ? ». Cette étude a été menée en collaboration avec le Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB).

Méthode

Recrutement et participants

Un mail d'appel à participants a été envoyé aux professionnels de la santé des hôpitaux et plannings familiaux de la région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie. Les entretiens se sont déroulés entre le 29 novembre 2021 et le 12 janvier 2022.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient d'être un professionnel de la santé exerçant actuellement en Belgique et d'être francophone. Nous avons considéré comme professionnels de la santé toutes les personnes exerçant en tant que gynécologue, médecin généraliste, sage-femme ou travailleur de centre de planning familial.

Onze professionnels ont accepté de participer à l'étude mais une participante a été exclue selon les critères d'inclusion. L'échantillon final est composé de dix professionnels de la santé dont sept femmes ($n = 7$) et trois hommes ($n = 3$).

Entretien semi directif

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés entre le 29 novembre 2021 et le 12 janvier 2022. Un formulaire de consentement a été signé avant chaque entretien. Les entretiens ont été menés à partir d'un guide d'entretien adapté de celui de Lévesque et Rousseau (2019b). Ce guide aborde différentes thématiques autour de la coercition reproductive : la connaissance du terme, la définition de la CR, les violences associées, les manifestations, les observations du phénomène de CR, les conséquences de la CR, les victimes/auteurs, les facteurs de risque, le dépistage, le rôle des professionnels de santé vis-à-vis de la CR sont abordés (*annexe 1*). Les questions posées sont, par exemple, « Que pouvez-vous nous dire sur la CR ? », « Selon vous, comment se manifeste la CR ? », « Quelles sont les conséquences de la CR ? », « Quels sont les facteurs de risque de CR ? », « Comment dépister la CR ? ». Cette étude a été validée par le Comité d'éthique de la faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain (2021-19).

Analyse qualitative des données

Les entretiens ont été retranscrits en verbatims et analysés selon une analyse thématique de type phénoménologique. Cette technique permet de réduire les données en thèmes afin de résumer et traiter les données. Elle permet de délimiter l'essentiel d'un discours tout en exposant des renseignements sur la teneur des propos (Paillé et Muchielli, 2012).

Ainsi, les thèmes principaux qui ressortent de la présente analyse sont apparus à la suite d'une triangulation des données récoltées aux côtés de professionnels de la santé issus de différentes disciplines. Les données sont également étudiées selon le processus d'analyse inductive, ce qui permet de codifier les différents thèmes.

Résultats

Analyses descriptives de l'échantillon

Au total, l'échantillon était composé de gynécologues ($n = 2$), de médecins traitants ($n = 3$), de psychologues

(n = 3), de sexo-psychologue (n = 1) et d'assistant social (n = 1) travaillant dans un planning familial.

Analyse thématique

D'après nos analyses, quatre thèmes ont émergé :

1. Compréhension de la CR,
2. Facteurs de risque,
3. Conséquences de la CR,
4. Pistes de dépistage.

Chaque thème est subdivisé en sous-thèmes afin de détailler les analyses (tableau 1).

Thème 1 : compréhension de la coercition reproductive

Connaissance du terme

Au regard des analyses, sept participants connaissaient le terme de CR avant l'entretien. Certains d'entre eux le connaissaient via un colloque sur la contraception (n = 2) : une présentation du sujet dans l'institution (n = 1) ou parce qu'il apparaît sur le formulaire d'enregistrement de l'avortement (n = 2). Pour les quatre autres professionnels, la source de cette connaissance est inconnue. Une des participantes qui connaissait le terme rapporte : « En fait finalement, j'ai l'impression qu'on met le mot sur quelque chose qui a finalement toujours existé mais qui était encore un petit peu tabou » (P1).

Seuls trois participants ne connaissaient pas le terme « parce que c'est pas tellement utilisé dans le langage médical ou même dans le langage des médias on n'entend pas souvent parler de tout ça ». (P7).

Définition de la coercition reproductive

La moitié des participants (n = 5) définissent la CR comme étant un contrôle reproductif, entendu comme des comportements de contrainte pour engendrer une grossesse ou pour l'éviter. La deuxième définition la plus citée est le sabotage contraceptif (n = 2). Un participant définit la CR uniquement en tant que contrainte pour la reproduction et un autre l'aborde plutôt comme un contexte sociétal. Seul un participant ne peut donner de définition.

Manifestations de la coercition reproductive

La majorité des participants (n = 9) évoquent au moins une des trois formes de manifestation de la CR, bien que celles-ci ne soient pas citées comme telles. La plupart des participants (n = 9) parlent de sabotage contraceptif comme type de manifestation de la CR. Cela se passerait par l'interférence dans l'utilisation de la contraception féminine (n = 4) en refusant que la femme utilise une méthode contraceptive (n = 2) : en changeant les pilules par des bonbons (n = 1) ou par le retrait du stérilet par le partenaire (n = 1). La CR se manifesterait aussi par l'interférence dans l'utilisation de la contraception masculine (n = 7) à travers le refus d'utiliser le préservatif (n = 3) : la perforation (n = 2) et le retrait non-consensuel du préservatif, appelé *stealth* (n = 6). Cependant, deux participantes font part de leur hésitation quant à la considération du *stealth* comme manifestation de la CR : « Alors, la difficulté est là pour moi de savoir dans quelle mesure ça rentre dedans ou pas. C'est quel est l'objectif de cette personne quand il retire le préservatif ? Est-ce qu'il y a une question en lien avec la reproduction ou pas ? Est-ce qu'on considère que c'est une coercition reproductive, même s'il n'y a pas cette intention-là de la part de la personne qui retire le moyen de contraception du, du couple-là en question » (P5).

Enfin, une participante parle d'interférence dans l'accès aux soins de santé : « Donc une patiente qui voulait une IVG, mais son mari ne voulait pas et donc à chaque fois, il l'a, il l'a empêché un petit peu, pas par la violence physique mais par la violence psychique de ne pas consulter pour qu'elle dépasse le terme finalement prévu par la loi » (P9).

La coercition quant au devenir de la grossesse est la seconde manifestation de la CR la plus rapportée par les professionnels (n = 7) avec des menaces de mettre fin à la relation si la femme ne fait pas d'IVG ou en manifestant de la violence physique dans le but de générer une fausse couche (n = 1).

Enfin, quatre participants évoquent la pression pour la grossesse comme type de CR. Parmi ces pressions, les prescriptions sociales semblent jouer un rôle majeur comme l'âge pour avoir un enfant (n = 1). Un participant évoque des actions de stérilisations menées pour éviter une grossesse chez une population présentant des déficiences. Toutefois, un participant explique ne pas avoir

Synthèse

Évaluation et compréhension de la coercition reproductive exercée sur les femmes : étude exploratoire auprès de professionnels de la santé en Belgique

Tableau 1. Résultats présentés en thèmes et sous-thèmes.

Thèmes	Sous-thèmes	Résultats	N	
1. Compréhension de la CR	Connaissance du terme	Connaissance	7	
		Pas de connaissance	3	
	Définition	Contrôle reproductif	5	
		Sabotage contraceptif	2	
		Contrainte à la reproduction	1	
		Contexte sociétal	1	
		Pas de définition	1	
	Types de CR	Sabotage contraceptif	9	
		Pressions pour la grossesse	4	
		Coercition quant au devenir de la grossesse	6	
Personnes concernées par la CR	Victime	Homme et femme	10	
		Uniquement Femme	1	
Auteur		Famille	8	
		Partenaire intime	7	
		Médecin	3	
		Partenaire masculin	2	
		Belle-famille	2	
		Entourage féminin	1	
Contexte relationnel		Violence	6	
		Hors violence	3	
		Relation inégalitaire	3	
2. Facteurs de risque	Facteurs de risque individuel	Âge	4	
		Niveau socio-économique	4	
		Vulnérabilité psychique	3	
		Appartenance ethnique	2	
		Niveau d'éducation	2	
		Être issu de l'immigration	2	
		Femme cisgenre	1	
		Addiction	1	
		Déficience	1	
		Milieu de vie	1	
	Facteurs de risque social		Politiques démographiques	1
			Société autoritaire	1
			Société patriarcale	3
Facteurs de risque culturel		Prescriptions sociales	6	
		Religion	4	
		Culture	2	

suffisamment de connaissance puisqu'il ne rencontre qu'une patientèle spécifique en gynécologie.

Personnes concernées

Du point de vue des victimes, les participants (n = 9) évoquent le fait que la femme est la première victime de cette coercition. Les hommes victimes sont

évoqués dans un second temps par huit participants. Concernant les auteurs de CR, la famille est la plus citée par les participants (n = 8) : suivie du partenaire intime (n = 7) : puis des médecins (n = 3) au travers de jugements, d'entraves à la contraception ou de refus d'IVG. Ensuite le partenaire masculin (n = 2), la belle-famille de la femme (n = 2) et l'entourage féminin des femmes

Tableau 1. (suite)

Thèmes	Sous-thèmes	Résultats	N	
3. Conséquences de la CR	Santé reproductive	Grossesses non-désirées	8	
		IVG	4	
		IVG à répétition	1	
	Santé sexuelle	Risque IST Dysfonction sexuelle	4 2	
Santé psychologique	Santé psychologique	Atteinte à soi	3	
		Mal-être	2	
		Culpabilité	2	
		Trauma	1	
Santé relationnelle	Santé relationnelle	État de libération/ démarche émancipatoire	1	
		Vie affective	1	
		Sentiment de confiance biaisé	1	
		Violences intra-familiales	1	
		Difficultés à s'investir dans le rôle de mère	1	
Accentuation des violences	1			
4. Pistes de dépistage	Comportements indicateurs de CR	IVG à répétition	3	
		Échecs de la contraception	2	
		Prise de contraceptifs d'urgence	2	
		Questionnements sur la contraception	1	
		Tests de grossesse	1	
		Grossesse à répétition	1	
		Tests d'IST	1	
		Présence systématique du conjoint	1	
	Besoins des professionnels	Besoins des professionnels	Outils de dépistage	3
			Information	3
Formation	2			
Pistes d'orientation/réseau de confiance	3			
Sensibilisation	1			

Abréviations. CR : coercition reproductive ; IVG : interruption volontaire de grossesse ; IST : infection sexuellement transmissible

(n = 1) sont également mentionnés comme auteur, « ou peut-être des patientes qui ne veulent pas être enceintes, mais on voit la maman ou la famille en général qui va insister etc. » (P9) : « des médecins qui refusent l'accès à certaines contraceptions pour des raisons non médicales. En tout cas non objectivables »... « ...ou qui refusent de pratiquer l'interruption de grossesse et qui mettent en place toute une mécanique pour dissuader la personne » (P3).

Contexte relationnel

Plus de la moitié des participants (n = 6) évoquent un contexte de violence lorsqu'il s'agit de la CR. Cependant, certains d'entre eux (n = 3) rapportent

le fait que la CR pourrait avoir lieu hors contexte de violence mais alors lié à un contexte politique, culturel ou de patriarcat. La relation inégalitaire est également mentionnée par trois participants. « C'est pas forcément lié à de la violence dans le couple ou quoi. Je dirai plutôt que c'est, c'est quelque chose lié au, au, au système-même du patriarcat où, où finalement l'homme ou la famille a le dernier mot sur la femme » (P9).

La forme de violence la plus rapportée par les participants est la violence psychologique (n = 8) avec les pressions, l'emprise ou encore le harcèlement. Les violences physiques sont ensuite citées par la moitié des participants (n = 5). La violence économique est rapportée par une participante qui évoque l'emprise

d'une personne par la force économique d'une autre. Enfin, la violence des lois sur l'avortement qui forcent à la maternité en cas de dépassement du délai légal est évoquée par une participante.

Thème 2: facteurs de risque

Facteurs de risque individuels

Parmi les données recueillies, les facteurs de risque individuels les plus rapportés sont le jeune âge (n = 4), un faible niveau socio-économique (n = 4) et la vulnérabilité psychologique (n = 3). Le fait d'être issu de l'immigration est mentionné et expliqué par le fait que les femmes se retrouvent dans une situation de dépendance à leur mari et d'isolement à cause de la barrière linguistique (n = 2). Le niveau d'éducation (n = 2), être une femme cis (n = 1), l'appartenance ethnique (n = 2), les addictions (n = 1), la présence de déficience (n = 1) et le milieu de vie de la femme (n = 1) sont également évoqués.

Facteurs de risque sociétaux

Seuls quatre participants citent des facteurs de risques sociétaux. Les facteurs cités sont le fait de vivre dans une société patriarcale (n = 3), l'influence des politiques démographiques (n = 1) et le fait de vivre dans une société autoritaire (n = 1): « *Mais quand un régime décide qu'une femme doit avoir 5 enfants, comme je vous disais l'Iran le Yatola euh Chamani qui décide que y'aura plus d'avortement et plus de contraception parce qu'il faut que les femmes aient le plus d'enfants possibles pour renforcer l'Iran, ça s'appelle de la coercition reproductive à un niveau politique* » (P2).

Facteurs de risque culturels

Six participants indiquent des facteurs de risque culturels. Les prescriptions sociales apparaissent fréquemment dans le discours de la majorité (n = 6): « *Y'a le poids que la société met sur la femme et donc euh d'associer une vie de femme avec une vie de mère* » (P7).

Quatre participants citent la religion en évoquant une interdiction de l'avortement. Enfin, la culture de la personne est mentionnée par deux participants.

Thème 3: conséquences de la coercition reproductive

Santé reproductive

Les répercussions de la CR décelées par les professionnels de la santé sont les impacts sur la santé reproductive (n = 8) avec des grossesses non désirées (n = 8): des IVG (n = 4) et des IVG à répétition (n = 1).

Santé sexuelle

Les participants (n = 7) évoquent des répercussions sur la santé sexuelle au travers le risque de contracter des IST (n = 5) ou l'apparition de difficultés sexuelles (n = 2) tels que l'absence de plaisir ou l'évitement des relations sexuelles.

Santé psychologique

Il peut y avoir des répercussions sur la santé psychologique (n = 7) comme l'apparition d'une anxiété, d'une angoisse ou de la dépression, et de la culpabilité (n = 4). Certains participants (n = 3) évoquent une altération de la confiance en soi et de l'image de soi. Une participante (n = 1) rapporte que la CR pourrait générer un traumatisme. De manière surprenante, une participante (n = 1) parle d'effets positifs dans le cas où la femme demande l'interruption d'une grossesse non désirée. Cela serait un état de libération, une démarche émancipatoire.

Santé relationnelle

Enfin, la CR peut impacter la vie relationnelle selon certains participants (n = 3) car celle-ci toucherait la vie affective (n = 1): générerait un sentiment de confiance biaisé (n = 1): favoriserait l'apparition de violences intra-familiales (n = 1) ou accentuerait ces violences (n = 1). Selon une participante (n = 1), la femme pourrait rencontrer des difficultés à s'investir dans son rôle de mère lorsque l'enfant est issu d'une CR.

Thème 4: Pistes de dépistage

Comportements indicateurs

De nombreux comportements indicateurs sont énoncés par les participants: les IVG à répétition (n = 3): la prise de contraceptifs d'urgence (n = 2): les échecs de la contraception (n = 2): les tests de gros-

sesse (n = 1) : les questionnements sur la contraception (n = 1) : les tests d'IST (n = 1) : la présence systématique du conjoint qui traduirait une emprise de celui-ci sur la femme (n = 1) et les grossesses à répétition (n = 1).

Besoins

Les professionnels énoncent majoritairement le besoin d'outils de dépistage adaptés (n = 3) : d'information (n = 3) et formation (n = 2) pour mieux comprendre le phénomène, de pistes d'orientation à un réseau de confiance (n = 2) : de sensibilisation des professionnels (n = 1) et d'une médiation culturelle qui permettrait de communiquer plus facilement sur la contraception et le désir de grossesse selon les codes culturels des victimes (n = 1).

Discussion

La CR est un phénomène déjà étudié aux États-Unis et ailleurs dans le monde (Black *et al.*, 2011 ; Miller *et al.*, 2010a ; McCauley *et al.*, 2014a ; John et Edmeades, 2018 ; Tomar *et al.*, 2020 ; Silverman *et al.*, 2020). À notre connaissance, aucune étude n'a été menée en Europe francophone. Cette étude qualitative par entretiens avait comme objectif de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de la santé (n = 10) sur la CR en Belgique. Les résultats de notre étude indiquent que la majorité des participants ont déjà entendu parler de la CR. Cela montre que ce sujet n'est pas une préoccupation secondaire. Même si les professionnels francophones semblent être sensibilisés à la CR, les informations issues du terrain en Europe sont rares.

Si les professionnels ont déjà entendu parler de la CR, cette connaissance n'est pas complète. En effet, bien que les trois manifestations de la CR soient rencontrées, aucun professionnel n'a pu les nommer. Cela peut être lié à l'absence théorique sur le sujet étant donné la nouveauté du terme. Aussi, la CR était généralement associée au sabotage contraceptif comme, entre autres, l'interférence dans l'utilisation du préservatif. D'après Katz *et al.* (2017) : il s'agirait de la technique la plus utilisée dans l'exercice de la CR. Concernant l'interférence dans l'utilisation du préservatif, il est intéressant de noter que nos participants émettent un doute quant à la considération du

stealth comme type de CR. En effet, comme l'étude de Tarzia et Hegarty (2021) l'indique, il s'agirait d'un comportement distinct de la CR mais qui pourrait avoir une incidence sur la reproduction. Autrement dit, le *stealth* ne serait pas toujours utilisé dans le but de générer une grossesse mais cet acte pourrait avoir comme conséquence une grossesse non désirée.

Il semble que les professionnels des plannings familiaux aient davantage de connaissances sur la CR par rapport aux gynécologues travaillant en milieu hospitalier et/ou ayant une spécialité chirurgicale. Toutefois, nos résultats nous montrent que les gynécologues obstétriciens rencontrent également la CR sous différentes formes. Ainsi ces résultats constituent un indicateur des lieux où la CR semble davantage évaluée. Selon notre échantillon, les travailleurs de planning familial, les gynécologues en obstétrique et les médecins généralistes semblent être davantage confrontés à ce phénomène. Cela rejoint l'étude de Rowlands et Parker (2019) qui souligne l'importance d'évaluer la CR dans les services de maternité, de santé reproductive et sexuelle, et en médecine générale. En ce qui concerne le manque d'information des autres professionnels de soins, dont ceux exerçant dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive, nous pouvons avancer sur la base de nos résultats plusieurs hypothèses. Par exemple, la durée restreinte des consultations, le manque de sensibilisation à la CR ainsi que l'ampleur de la problématique du patient (notamment lorsqu'il s'agit d'un cas chirurgical) pourraient mener les professionnels à ne pas porter une attention particulière à la CR.

Il est étonnant de constater que l'auteur de CR le plus cité est la famille et non le partenaire intime. Nos résultats corroborent avec l'étude de Price *et al.* (2022) qui avançaient que la CR peut être perpétrée par le partenaire intime mais aussi par la famille de la victime. Notre étude précise que les médecins et l'entourage féminin des femmes pourraient également être auteur de CR. Ces données sont encore peu étudiées dans la littérature existante. Il est possible que cela soit expliqué par la diversité sociale et culturelle des patientes rencontrées par nos participants. De plus, notre étude met en avant la situation sociale de la femme comme facteur de risque de CR. En effet, le fait d'être la partenaire issue de l'immigration dans

le mariage pourrait accentuer l'isolement et la dépendance au conjoint. L'immigration matrimoniale entraînerait une relation asymétrique de dépendance au partenaire et à la famille (Tas, 2014) et la femme prendrait davantage place dans le domaine de la reproduction (Tas et Manço, 2019).

D'après nos résultats, les professionnels semblent également conscients des conséquences de la CR déjà mentionnées dans les études précédentes (Lévesque et Rousseau, 2019a; Lévesque *et al.*, 2021). De plus, les résultats dévoilent un nouvel aspect en ce qui concerne les conséquences sexuelles. Il s'agit d'un évitement des relations sexuelles qui est mis en place afin de se protéger contre le risque de revivre une expérience de CR.

Notre étude donne quelques pistes d'amélioration clinique. En effet, les professionnels font part de leurs besoins d'information, de formation et d'outils pour dépister la CR. De ce fait, il semble important de mieux former les professionnels afin de dépister cette forme de coercition (Rowlands et Parker, 2019) et de proposer des stratégies pour aider les victimes (Miller *et al.*, 2010a). Un outil nécessaire que relève cette étude est le potentiel besoin de médiation culturelle. Au vu de la diversité culturelle des femmes rapportée par les participants, il semble nécessaire d'adopter une clinique interculturelle pour avoir conscience des significations de la patiente (Mortureux, 2010).

Dans le futur, il serait intéressant d'interroger les femmes victimes de CR afin de récolter des données sur la manière dont elles l'ont vécu, et de comparer les observations des professionnels avec l'expérience subjective des victimes afin de trianguler les informations. Il serait aussi intéressant d'explorer la vie sexuelle des victimes afin de récolter davantage de données sur les conséquences sexuelles de la CR. Par ailleurs, cette étude se focalisait sur la CR vécue par les femmes mais il semblerait intéressant d'explorer la présence de ce phénomène auprès des hommes car, quand bien même aucune étude n'aborde le sujet, ils pourraient en être victime.

Enfin, cette étude exploratoire comporte certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon est assez restreint et est limité aux professionnels de la santé exerçant en Belgique francophone. De ce fait, les résultats obtenus pourraient ne pas être représentatifs de la situation dans

la Belgique entière et ne sont pas transposables à toutes les cultures. De plus, l'échantillon est principalement composé de professionnels qui travaillent en centre de planning familial. Nos résultats suggèrent toutefois la présence de CR en dehors de ce secteur d'activité mais les données à ce propos sont limitées.

Conclusion

Le but de cette recherche était d'évaluer les connaissances des professionnels de la santé sur la CR en Belgique. Les résultats de notre étude indiquent que les professionnels de la santé sont conscients des différents aspects de la CR sans pour autant savoir les nommer. Il est clair que le concept de CR a permis de mettre en évidence et nommer un phénomène présent dans la société. Toutefois, cette recherche nous renseigne qu'il est primordial d'informer, sensibiliser sur la CR et fournir des outils de dépistage aux professionnels de la santé.

Compte tenu des résultats obtenus, quand bien même sur un faible échantillon, il ressort toute l'importance de développer des recherches sur cette thématique. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- [Alhusen JL, Bloom T, Anderson J, Hughes RB. Intimate partner violence, reproductive coercion, and unintended pregnancy in women with disabilities. *Disabil Health J* 2020; 13: 100849.](#)
- [American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 554: Reproductive and sexual coercion. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 441-5.](#)
- [Anderson JC, Grace KT, Miller E. Reproductive coercion among women living with HIV: an unexplored risk factor for negative sexual and mental health outcomes. *AIDS \(London, England\)* 2017; 31: 2261-5.](#)
- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, *et al.* Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale* 2008; 19: 142-5.
- Black MC, Basile KC, Breiding MJ, *et al.* *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report.* Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.

- Boyce SC, Uysal J, DeLong SM, et al. Women's and girls' experiences of reproductive coercion and opportunities for intervention in family planning clinics in Nairobi, Kenya: a qualitative study. *Reproductive Health* 2020; 17: 96.
- Buchanan F, Humphreys C. Coercive Control During Pregnancy, Birthing and Postpartum: Women's Experiences and Perspectives on Health Practitioners' Responses. *Journal of Family Violence* 2021; 36: 325-35.
- Burry K, Thorburn N, Jury A. 'I had no control over my body': Women's experiences of reproductive coercion in Aotearoa New Zealand. *AOTEAROA New Zealand Social Work* 2020; 32: 17-31.
- Cannon LM, Kusunoki Y, Dalton VK, Harfmann RF, Boyd CJ, MacAfee LK. Coercive experiences and sexual/reproductive health outcomes among women with opioid use disorders. Poster Michigan University, 2018.
- Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynecol Obstet* 2008; 100: 104-8.
- Davis KC, Stappenbeck CA, Norris J, et al. Young men's condom use resistance tactics: a latent profile analysis. *J Sex Res* 2014; 51: 454-65.
- Fanslow J, Whitehead A, Silva M, Robinson E. Contraceptive use and associations with intimate partner violence among a population-based sample of New Zealand women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48: 83-9.
- Flcury-Steiner RE, Miller SL. reproductive coercion and perceptions of future violence. *Violence against women* 2020; 26: 1228-41.
- Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 148.e1-487.
- Grace KT, Alexander KA, Jeffers NK, et al. Experiences of reproductive coercion among latina women and strategies for minimizing harm: "the path makes us strong". *J Midwifery Womens Health* 2020; 65: 248-56.
- Hill AL, Jones KA, McCauley HL, Tancredi DJ, Silverman JG, Miller E. Reproductive coercion and relationship abuse among adolescents and young women seeking care at school health centers. *Obstet Gynecol* 2019; 134: 351-9.
- Holliday CN, McCauley HL, Silverman JG, et al. Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *J Womens Health* 2017; 26: 828-35.
- John NA, Edmeades J. Reproductive coercion and contraceptive use in Ethiopia. *African Population Studies* 2018; 32: 3884-92.
- Katz J, Poleshuck E, Beach B, Olin R. Reproductive coercion by male sexual partners: associations with partner violence and College women's sexual health. *J Interpers Violence* 2017; 32: 3301-20.
- Lévesque S, Rousseau C. *La coercition reproductive. Exploration qualitative des expériences de jeunes femmes adultes québécoises*. Montréal: Université du Québec, 2019a.
- Lévesque S, Rousseau C. Young women's acknowledgement of reproductive coercion: a qualitative analysis. *J Interpers Violence* 2019b; 1-24.
- Lévesque S, Rousseau C. La coercition reproductive vécue dans un contexte de relations intimes: revue des définitions, outils de mesure et facteurs de risque. *J Int Vict* 2016; 13: 1-20.
- Lévesque S, Rousseau C, Dumerchat M. influence of the relational context on reproductive coercion and the associated consequences. *Violence Against Women* 2021; 27: 828-50.
- McCauley HL, Falb KL, Streich-Tilles T, Kpebo D, Gupta J. Mental health impacts of reproductive coercion among women in Côte d'Ivoire. *Int J Gynecol Obstet* 2014a; 127: 55-9.
- Miller E, Decker MR, McCauley HL, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* 2010a; 81: 316-22.
- Miller E, Jordan B, Levenson R, Silverman JG. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* 2010b; 81: 457-9.
- Miller E, Decker MR, McCauley HL, et al. A family planning clinic partner violence intervention to reduce risk associated with reproductive coercion. *Contraception* 2011; 83: 274-80.
- Nikolajski C, Miller E, McCauley HL, et al. Race and reproductive coercion: a qualitative assessment. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2015; 25: 216-23.
- Northridge JL, Silver E, Talib HJ, Coupey SM. Reproductive Coercion in high school-aged girls: associations with reproductive health risk and intimate partner violence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30: 603-8.
- OlaOlorun FM, Anglewicz P, Moreau C. From non-use to covert and overt use of contraception: Identifying community and individual factors informing Nigerian women's degree of contraceptive empowerment. *PLoS One* 2020; 15: e0242345.
- Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. In: Paillé P, Mucchielli A (eds). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, 2012, p. 231-314.
- Pallitto CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2205-16.
- Phillips SJ, Bennett AH, Hacker MR, Gold M. Reproductive coercion: an under-recognized challenge for primary care patients. *Family practice* 2016; 33: 286-9.
- Pomicino L, Romito P, Escribà-Agüir V, Molzan-Turan J. Est-ce que je peux choisir? Violence contre les femmes et décisions reproductives. *Nouvelles Questions Féministes* 2013; 32: 29-45.
- Price E, Sharman LS, Douglas HA, Sheeran N, Dingle GA. Experiences of reproductive coercion in Queensland women. *J Interpers Violence* 2022; 37: NP2823-43.
- Raj A, Sabarwal S, Decker MR, et al. Abuse from in-laws during pregnancy and post-partum: qualitative and quantitative findings from low-income mothers of infants in Mumbai, India. *Matern Child Health J* 2011; 15: 700-12.
- Rowlands S, Walker S. Reproductive control by others: means, perpetrators and effects. *BMJ Sex Reprod Health* 2019; 45: 61-7.
- Saleem A, Pasha, GR. Women's reproductive autonomy and barriers to contraceptive use in Pakistan. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13: 83-9.
- Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence and reproductive coercion: global barriers to women's reproductive control. *PLoS Med* 2014; 11: e1001723.
- Silverman JG, Challa S, Boyce SC, Averbach S, Raj A. Associations of reproductive coercion and intimate partner violence with overt and covert family planning use among married adolescent girls in Niger. *EClinicalMedicine* 2020; 22: 100359.
- Swan L, Mennicke A, Kim Y. Reproductive coercion and interpersonal violence victimization experiences among college students. *J Interpers Violence* 2021; 36: 11281-303.
- Tarzia L, Hegarty KA. Conceptual re-evaluation of reproductive coercion: centring intent, fear and control. *Reprod Health* 2021; 18: 87.

Synthèse

Évaluation et compréhension de la coercition reproductive exercée sur les femmes : étude exploratoire auprès de professionnels de la santé en Belgique

Tas E. *Les alliances renversées. Souffrances des gendres dans les migrations matrimoniales turques*. Presses académiques francophones, 2014.

Tas E, Manço A. Mariages, migrations et santé mentales : l'exemple des Turcs en Belgique. In: Barras C, Manço A (dir). *L'accompagnement des familles. Entre réparation et créativité*. Paris: L'Harmattan, 2019, p. 209-18.

Thaller J, Messing J. Reproductive coercion by an intimate partner: occurrence, associations, and interference with sexual health decision making. *Health and Social Work* 2014; 41: e11-9.

[Thiel de Bocanegra H, Rostovtseva DP, Khera S, Godhwani N. Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Against Women* 2010; 16: 601-12.](#)

[Tietelman AM, Tennille J, Bobinski JM, Jemmott LS, Jemmott JB. Unwanted unprotected sex. Condom coercion by male partners and self-silencing of condom negotiation among adolescent girls. *ANS Adv Nurs Sci* 2011; 34: 243-59.](#)

[Tomar S, Dehingia N, Dey AK, Chandurkar D, Raj A, Silverman JG. Associations of intimate partner violence and reproductive coercion with contraceptive use in Uttar Pradesh, India: How associations differ across contraceptive methods. *PLoS One* 2020; 15: e0241008.](#)

[Willie TC, Powell A, Callands T, et al. Investigating intimate partner violence victimization and reproductive coercion victimization among young pregnant and parenting couples: a longitudinal study. *Psychol Violence* 2019; 9: 278-87.](#)

[Willie TC, Callands TA. Reproductive coercion and prenatal distress among young pregnant women in Monrovia, Liberia. *Health Care Women Int* 2018; 39: 968-74.](#)

[Wood SN, Kennedy SR, Akumu I, et al. Reproductive coercion among intimate partner violence survivors in Nairobi. *Stud Fam Plann* 2020; 51: 343-60.](#)

Annexe 1. Guide d'entretien

> Introduction

> Présentation de la recherche

> Présentation de l'interviewé

Thème	Question(s)	Question(s) de relance	Ce qui est attendu
Introduction	1. Pouvez-vous vous présenter ?	Quelle profession exercez-vous ? Dans quel(le) service/structure travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?	Présentation du participant

> Grille d'entretien

Thème	Question(s)	Question(s) de relance	Ce qui est attendu
Définition de la coercition reproductive (CR)	2. Que pouvez-vous nous dire sur la CR ?	Connaissez-vous le terme avant l'entretien ? Pouvez-vous le définir ?	Mettre en évidence le manque d'informations
Violence	3. Avec cette définition et ce qu'elle implique pour la victime, à quel context relationnel cela vous fait-il penser ?	Pensez-vous que cela se fait dans des relations saines ? Abusives ?	Liens étroits entre la CR et la violence entre partenaires intimes (VPI) qui peut prendre différentes formes. Néanmoins, la CR peut avoir lieu en l'absence de VPI
Manifestations	4. Selon vous, comment se manifeste la CR ?	Quelles sont les différentes formes de CR ?	Distinguer les 3 types de CR observés : sabotage, pression pour la grossesse et coercition sur le devenir de grossesse
Observation du phénomène CR	5. Avez-vous observé des situations impliquant de la CR dans le cadre de votre travail ? Lesquelles ?	À l'accueil des patients ou en consultation, quels sont les éléments/indicateurs qui vous ont fait penser à de la CR ? SC : avez-vous des exemples de situations où le partenaire interférait avec la méthode de contraception de la femme ? PG : avez-vous des exemples de situations où le partenaire faisait pression sur la femme pour qu'elle soit enceinte alors qu'elle ne le souhaitait pas ? CG : avez-vous des exemples de comportements de contrôle ou de domination par rapport à l'issue d'une grossesse ? Que ce soit pour la poursuivre ou l'interrompre ?	Éléments d'observation des professionnels de la santé vis-à-vis de la CR
	6. Quels éventuels autres types de VPI avez-vous décelés dans ces situations impliquant de la CR ?	Quels autres comportements de violence (physique, psychologique, verbale ou autre) de la part du partenaire avez-vous éventuellement relevés dans ces situations de CR ?	Distinguer CR avec ou sans VPI et comprendre davantage les liens éventuels

Annexe 1. (suite)

Conséquences de la CR	7. Quelles sont les conséquences de la CR?	En matière de santé sexuelle et reproductive ? Quelles autres sphères sont-elles impactées ?	Fréquences augmentées des gros-sesses non dési-rées/IST/ avortements/limitation, négociation et mauvais usage de la contraception, augmentation de la contraception d'urgence Touche de nombreuses sphères : physique, mentale/psychologique, sexuelle/ gynécologique/ obstétricale + conséquences du mal-être : recherche de soins en santé reproductive, consommation de drogue/alcool/tabac, idée suici-daïre, dépression, mort
Victime/auteur	8. Quelles sont les personnes concernées ?	Qui peut être victime de ce type de violence ? Qui peut perpétrer ce genre de violence ?	Majorité de femmes mais les hommes sont aussi concernés Partenaire intime, belle-famille
Facteurs de risques	9. Quels sont les facteurs de risque de CR ?		Âge, ethnïe, vulnérabilité, précarité, culture, religion, IPV, normes sociales, etc.
Dépistage	10. Comment dépister la CR ?	Quels sont les signes d'alarme les plus fréquents ? Disposez-vous d'un protocole de dépistage et de prise en charge des VPI dont la CR ?	Recherche de soins en santé reproductive : contraception d'urgence, avortements à répétition, tests de dépistage répétitifs, grossesses rapprochées
Rôle des professionnels de santé vis-à-vis de la CR	11. Quel rôle le professionnel de santé pourrait-il avoir dans la CR ?	Comment aider les victimes ?	Prévention, dépistage, prise en charge Écoute, empathie, évaluation des risques, information sur les VPI, sensibilisation Soutien et orientation vers la personne adéquate, sensibiliser et conscientiser les victimes, Travail et collaboration multi-disciplinaire, orientation vers les services adaptés Contraception non visible pour le partenaire, soutien IVG et dépistage IST
	12. De quoi avez-vous eu besoin et/ou de quoi auriez-vous eu besoin pour soutenir/ aider à faire face aux situations impliquant de la CR ?		Formation, informations, sensibilisation sur le sujet, d'outils de dépistage et de prise en charge, soutien, concertation entre les professionnels
Ajouts	13. Avez-vous des éléments à ajouter ?	Quelle profession exercez-vous ? Dans quel(le) service/structure travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?	